Sundhedsstyrelsen

FU 6-12

Speciallægeuddannelsen

Status og perspektivering

Speciallægeuddannelsen - Status og perspektivering

© Sundhedsstyrelsen, 2012

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: http://www.sst.dk

Emneord: speciallægeuddannelsen, læger, uddannelse. status. perspektivering

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1,0

Versionsdato: (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, februar 2012

Elektronisk ISBN: (Sundhedsstyrelsens udleveres på forespørgsel her i Biblioteket)

Indhold

Forord 7

1 Introduktion 8

2 Resumé og anbefalinger 9

3 Speciallægekommissionen 21

4 Formål 22

5 Organisering af arbejdet 23

5.1 Styregruppe 23
5.1.1 Styregruppens kommissorium 23

5.2 Arbejdsgrupper 24
5.2.1 Arbejdsgruppe vedrørende specialestrukturen 24
5.2.2 Arbejdsgruppe vedrørende opbygning af speciallægeuddannelsen 25
5.2.3 Arbejdsgruppe vedrørende teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier 26
5.2.4 Arbejdsgruppe vedrørende gennemførsel i den kliniske enhed 27
5.2.5 Arbejdsgruppe vedrørende evaluering og kompetencevurdering i speciallægeuddannelsen 27

5.3 Yderligere områder 28
5.3.1 Arbejdsgruppe vedr. rammer og krav til målbeskrivelsen 28
5.3.2 10 års udvikling i befolkning, sundhedsvæsen og lægestand 29
5.3.3 Organisation og styring 29

6 Metode 30

6.1 Datamateriale 30
6.1.1 Enqueten 2011 30
6.1.2 Andre undersøgelser 31
6.1.3 Beskrivelse af udvalgte datamaterialer 33

7 10 års udvikling i befolkning, sundhedsvæsen og lægestand 35

7.1 Danmarks befolkning – 10 års udvikling 35

7.2 Danmarks sundhedsvæsen – 10 års udvikling 37

7.3 Danmarks lægestand – 10 års udvikling 40

7.4 Fremtidens uddannelse af speciallæger 42

8 Organisation og styring af den lægelige videreuddannelse 44

8.1 Organisationens struktur 45

8.2 Fordeling af opgaver og ansvar 47

8.3 Den organisatoriske styring 50

9 Specialestrukturen 52

9.1 Specialer 52
9.1.1 Kriterier for oprettelsen af specialer 52
9.1.2 Nuværende specialer i Danmark og andre lande 53
9.1.3 Ønsker om nye specialer 56

9.2 Fagområder 60

9.3 Funktion af den samlede specialestruktur 62

9.4 Konkrete specialeområder 64
9.4.1 Det intern medicinske område 64
9.4.2 Det kirurgiske område. 66
9.4.3 Laboratorieområdet 66
9.4.4 De billeddiagnostiske specialer 67
9.4.5 Almen medicin 67
9.4.6 Det psykiatriske område. 68

9.5 Merit i speciallægeuddannelsen og ved speciallægeanerkendelse. 69
9.5.1 Skift mellem specialer under speciallægeuddannelsen 69
9.5.2 Erhvervelse af flere specialer 71
9.5.3 Kompetencer opnået i udlandet 71
9.5.4 Anerkendelse af udenlandske speciallæger 72

10 Lægeroller 74

10.1 Medicinsk ekspert 74

10.2 Kommunikator 75

10.3 Samarbejder 75

10.4 Leder/administrator 75

10.5 Sundhedsfremmer 76

10.6 Akademiker 77

10.7 Professionel 77

11 Speciallægeuddannelsens mål 80

11.1 Den målbeskrevne dimension (første dimension) 80

11.2 Den individuelle profilering (anden dimension) 82

11.3 Balance mellem det basale/generelle og det specielle 85

12 Opbygningen af den lægelige videreuddannelse 87

12.1 Den kliniske basisuddannelse 87

12.2 Speciallægeuddannelsens opbygning og længde 89

12.3 Introduktionsuddannelse 91

12.4 Hoveduddannelsens sammensætning 93
12.4.1 Antal ansættelsessteder i hoveduddannelsen 96
12.4.2 Varighed af ansættelser i hoveduddannelsen 96
12.4.3 Typer af enheder, der indgår i hoveduddannelsen 97
12.4.4 Hoveduddannelsesforløb i fremtiden 100

12.5 Fokuserede ophold i speciallægeuddannelsen. 101

12.6 Fælles akutmodtagelser – integration i speciallægeuddannelsen 102

12.7 Sammenhæng i speciallægeuddannelsen 106

13 Heltids- og deltidsansættelse 108

14 Teoretisk uddannelse 111

14.1 Generelle kurser 111
14.1.1 Ændringer af kurserne siden start 114
14.1.2 Sammenhæng til kursistens daglige arbejde i klinikken 114
14.1.3 Involverende undervisningsformer og it-støttet undervisning 115
14.1.4 Læringsmål og kompetencevurdering 115

14.1.5 Sammenhæng til prægraduat undervisning 116
14.1.6 Indførelse af introduktion til speciallægeuddannelsen 116

14.2 Specialespecifikke kurser 116

15 Forskningstræning 122

15.1 Fælles grundkursus i forskningstræning 124
15.1.1 Videreuddannelsesregion Øst 124
15.1.2 Videreuddannelsesregion Syd 124
15.1.3 Videreuddannelsesregion Nord 125

15.2 Specialespecifikke forskningstræningskurser 126

15.3 Projektforløb 126

15.4 Effekten af forskningstræningsmodulet 127

15.5 Forskningstræning i internationalt perspektiv 128

16 Færdighedslaboratorier 131

17 Speciallægeuddannelsens gennemførelse i den kliniske enhed 134

17.1 Uddannelsesprogram 135

17.2 Uddannelsesplan 139

17.3 Uddannelsesansvarlige overlæger 141

17.4 Vejledere og praksistutorer 143
17.4.1 Uddannelse af vejledere og tutorer 147

17.5 Karrierevejledning 149

17.6 Mentorordningen 150

17.7 Uddannelse og arbejdstilrettelæggelse 151
17.7.1 Det budgetmæssige grundlag 152
17.7.2 Personaleressourcer 153
17.7.3 Muligheder for uddannelse i afdelingen 153
17.7.4 Uddannelsens del af det kliniske arbejde 155
17.7.5 Muligheder/tid til vejledning 157

18 Kompetencevurdering i speciallægeuddannelsen 160

18.1 Kompetencevurdering i de uddannelsesgivende afdelinger 163
18.1.1 Anvendte kompetencevurderingsmetoder 165

19 Evaluering af uddannelsesstedet 169

19.1 Den uddannelsessøgendes slutevaluering af uddannelsesstedet – evaluer.dk 169

19.2 Inspektorordningen 171

19.3 Konsekvenser af inspektorrapporter og evaluer.dk 174

19.4 Synergieffekt mellem evalueringssystemer 174

19.5 Standarder og metoder til evaluering af uddannelsesstedet 175
19.5.1 PHEEM - projektet 176
19.5.2 LUDO – forslag til et nyt evalueringsværktøj 176

19.6 Evaluering af uddannelsesstedet i fremtiden 177

20 Baggrundsmateriale 179

20.1 Kilder til kapitel 15 Teoretisk uddannelse 179

20.2 Kilder til kapitel 17 Færdighedslaboratorier 179

21 Litteraturliste 181

Bilagsfortegnelse 185

Forord

1 Introduktion

På mødet i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 9. december 2009 blev det besluttet at anbefale Sundhedsstyrelsen at gennemføre en status og perspektivering af speciallægeuddannelsen.

I maj 2000 udkom Speciallægekommissionens betænkning nr. 1384. Betænkningen beskrev bl.a. struktur og indhold for den kommende speciallægeuddannelse, 2003-uddannelsesordningen. Den nye 2003-ordning afløste 1996-uddannelsesordningen, og blev implementeret januar 2004. Sundhedsstyrelsen udfærdigede i forbindelse hermed bekendtgørelse nr. 660 af 10. juli 2003 om uddannelse af speciallæger, som blev ændret ved bekendtgørelse nr. 155 af 7. marts 2006 og senest revideret i 2007, hvor bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober om uddannelse af speciallæger fortsat er gældende.

Der er nu gået mere end 10 år siden Speciallægekommissionens betænkning udkom, og de første hold af speciallæger efter 2003-uddannelsesordningen er færdiguddannede. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse ønsker derfor dels en status, hvor det belyses, om og hvordan speciallægekommissionens anbefalinger er blevet implementeret, og hvorvidt målene i betænkningen er nået. Dels ønskes en perspektivering, hvor det belyses, om den nye speciallægeuddannelse fungerer i forhold til den ændrede struktur og organisering i sundhedsvæsnet.

Rapporten består dels af hovedrapporten med resumé og Sundhedsstyrelsens anbefalinger, dels af bilagene I, II og III. Bilag I indeholder uddybende materiale fra arbejdsgrupperne. Bilag II indeholder spørgsmål, svarnøgle samt sammenfatning af enqueten, der blev gennemført i 2011 i forbindelse med arbejdsgruppernes arbejde. Bilag III indeholder resultatet af opdeling af data fra enqueten 2011 efter ønske fra arbejdsgrupperne.

2 Resumé og anbefalinger

For mere end 10 år siden udkom Speciallægekommissionens betænkning - ”Fremtidens speciallæge”. Den er grundlaget for den nugældende 2003- uddannelsesordning og de første hold af speciallæger er færdiguddannede efter denne ordning. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og Sundhedsstyrelsen har derfor besluttet, at denne rapport skal belyse, om og hvordan Speciallægekommissionens anbefalinger er blevet implementeret og om målene i betænkningen er nået. Rapporten indeholder endvidere en vurdering af, om tiltagene fungerer set i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet.

Der har været nedsat en styregruppe med tilhørende arbejdsgrupper, som har udarbejdet materialet, der danner grundlaget for rapporten. I dette arbejde har der været deltagelse af repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse fra videreuddannelsesregion Nord, Syd og Øst, Lægeforeningen, Universiteterne, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) og Sundhedsstyrelsen.

I rapporten indgår en vurdering og perspektivering af en række centrale elementer i den lægelige videreuddannelse baseret på litteratur og andet tilgængeligt materiale, suppleret med data fra den af Sundhedsstyrelsen iværksatte spørgeskemaundersøgelse - enqueten 2011 - og undersøgelser udført i arbejdsgrupperne.

Den samlede konklusion er, at hovedparten af speciallægekommissionens anbefalinger er blevet implementeret, og der foreligger en velfungerende organisation til varetagelse af speciallægeuddannelsen; men rapporten viser også, at der er et behov for indsatsområder og justeringer på flere niveauer. I det følgende gennemgås de væsentligste områder i relation til de forskellige emner behandlet i rapporten.

Organisation og styring af den lægelige videreuddannelse

Speciallægekommissionens anbefalinger er alle implementeret: Specialistnævnet samt Kontaktforum for Lægelig Grund- og videreuddannelse er nedlagt og Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse er oprettet. I hver af de tre videreuddannelsesregioner Øst, Syd og Nord er der etableret et Regionalt Råd for Lægers Videreuddannelse og hvert råd betjenes af et videreuddannelsessekretariat. I hver videreuddannelsesregion er der tillige etableret en klinisk pædagogisk udviklende funktion ved ansættelse af en række postgraduate kliniske lektorer og i videreuddannelsesregion Nord tillige en postgraduat klinisk professor.

Styringen af den lægelige videreuddannelse varetages inden for den nuværende organisation, og decentraliseringen af en række opgaver til videreuddannelsesregionerne har medført en række fordele bl.a. med hensyn til optimal udnyttelse af den lokale uddannelseskapacitet, lokal kvalitetssikring/-opfølgning og håndtering af individuelle forløb. Den samlede organisation er stor og kompleks, og kan af nogle opleves uoverskuelig og bureaukratisk med tunge papirgange. Endvidere er der ønsker om en styrkelse af den pædagogisk udviklende funktion.

Med henblik på optimering af styringen og organiseringen af speciallægeuddannelsen anbefaler Sundhedsstyrelsen at:

- *samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og regionerne, herunder de regionale videreuddannelsessekretariater styrkes*

- *organisationen og opgavefordelingen vedr. den lægelige videreuddannelse synliggøres på relevante hjemmesider*
- *alle aktører overvejer løsningsforslag, der kan medvirke til at mindske eventuelle bureaukratiske processer og tunge papirgange*
- *fleksibilitet i forhold til dimensionering af antal uddannelsesstillinger tydeliggøres således, at antallet af forløb kan justeres. Herved gives større ansvar og muligheder i den regionale planlægning indenfor rammerne af prognose- og dimensioneringsudvalgets arbejde*
- *den pædagogisk udviklende funktion i hver af de tre videreuddannelsesregioner styrkes yderligere eventuelt ved ansættelse af en postgraduat klinisk professor med henblik på udvikling og ibrugtagning af nye pædagogiske metoder i den lægelige videreuddannelse – i et tæt samarbejde med universiteterne.*

Specialestrukturen

Danmark har efter Speciallægekommissionens anbefaling indført en specialestruktur med relativt få specialer. Det betyder, at de tidligere grenspecialer enten er konverteret til selvstændige specialer, slået sammen med et andet speciale, eller er nedlagt, hvorefter de er blevet fagområder.

Fagområder kan udvikles i og på tværs af specialer. LVS offentliggør på deres hjemmeside fagområdebeskrivelser, som er udarbejdet af de lægevidenskabelige selskaber.

De centrale myndigheder godkender specialer og udsteder speciallægeanerkendelser. Specialestrukturen medvirker til at sikre ekspertise og faglig udvikling med stigende specialisering og høj kvalitet i de specialiserede ydelser.

Den tiltagende specialisering har på nogle områder medført, at sammenhængen såvel mellem specialer og sektorer, som indenfor specialerne er blevet svagere. Der kan være en risiko for, at speciallæger bliver for specialiserede og at de mister væsentlige generalistkompetencer.

Specialestrukturen bør fremstå både robust og fleksibel, og det er vigtigt fortsat løbende at vurdere behovet for såvel de eksisterende som for nye specialer.

Speciallægekommissionen lagde vægt på, at specialestrukturen skulle være så fleksibel, at kompetenceoverlap kan udnyttes i speciallægeuddannelsen, og at individuelle forkortede uddannelsesforløb kan etableres på baggrund af en meritvurdering af kompetencer opnået i andre specialer eller i udlandet. Der foreligger en national vejledning, og meritvurderingen foretages i videreuddannelsesregionerne.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *det tværfaglige samarbejde styrkes og i højere grad inddrages i speciallægeuddannelsen*
- *den uddannelsessøgende læge i hele hoveduddannelsen opretholder og bruger sine basale kompetencer samtidig med indføring i de mere specialiserede funktioner inden for specialet*

- *der er mulighed for en fleksibel og effektiv vurdering af opnåede kompetencer decentralt både når speciallægen eller den uddannelsessøgende læge ønsker at skifte speciale, eller når kompetencer fra udlandet skal vurderes.*

Lægeroller

Speciallægekommissionen valgte ved reformen af den lægelige videreuddannelse, at implementere den canadiske model med rollerne: Medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Det fremgår af enqueten 2011 og andre kilder, at de syv lægeroller er forankret i speciallægeuddannelsen. Der foreligger ikke en specifik evaluering af rollerne, og derfor er værdien af brugen af rollebegrebet i videreuddannelsen ikke kendt. Beskrivelse af mål inden for rollerne har medvirket til rolle-begrebets kulturelle forankring, men der er et behov for at se rollerne som en mere integreret del af arbejdsfunktionerne. Derudover tyder danske og internationale erfaringer på, at rollernes indhold tolkes forskelligt af forskellige aktører, og ikke alle roller opleves lige relevante inden for alle specialer eller arbejdsområder.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *der iværksættes et arbejde med henblik på at justere beskrivelsen af de 7 lægeroller og nuancere deres indhold i forhold til forskellige specialer med inddragelse af både sundhedsfaglige eksperter og aktører med viden indenfor kommunikation, medicinsk-pædagogik, retorik og arbejdsmarkedsfilosofi.*

Speciallægeuddannelsens mål

Speciallægekommissionen skelnede mellem den formelle målbeskrevne uddannelse og den mindre formaliserede individuelle profilering.

I overensstemmelse med speciallægekommissionens anbefalinger indeholder målbeskrivelserne for samtlige specialer i dag beskrivelse af mål og kompetencer for de 7 lægeroller, som skal opnås i speciallægeuddannelsen. Målet er, at den nyuddannede speciallæge skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af 90 % af specialets patienter, selv om tolkningen af sidstnævnte har voldt problemer i nogle specialer. Der er inden for de medicinske specialer, som anbefalet, udover målbeskrivelser for hvert af de specifikke specialer tillige udarbejdet målbeskrivelse for den fælles intern medicinske introduktionsuddannelse og for den fælles intern medicinske grunduddannelse. Formålet er at integrere uddannelse i såvel de generelle som i de specialespecifikke medicinske kompetencer i hele uddannelsesforløbet, hvilket ikke altid lykkes.

I Sundhedsstyrelsens specialeplan 2010 skelnes i de enkelte specialer mellem hovedfunktionsniveau, regionsfunktioner (1-3 steder i hver region) og højtspecialiserede funktioner (1-3 steder i landet) på hospitalerne. Denne centralisering af såvel regionsfunktioner som højtspecialiserede funktioner betyder en omfordeling af flere kliniske funktioner. Dette har konsekvenser for, hvor varetagelsen af videreuddannelse i disse funktioner kan foregå.

I fremtiden skal den nyuddannede speciallæge kunne varetage diagnostik og behandling på hovedfunktionsniveau inklusiv akutte funktioner og eventuelt tillige et

antal udvalgte regionsfunktioner. Derudover skal speciallægen kunne visitere til specialets øvrige regions- og højtspecialiserede funktioner. Det vil indebære en tilpasning af målbeskrivelserne, som for de fleste specialer fører til mindskede krav om uddannelse i specialiserede funktioner, men til gengæld er der mulighed for opnåelse og vedligeholdelse af de brede generalistkompetencer og mulighed for at tilgodese ønsker om individuel profilering.

For de specialer, som i specialeplanen ikke eller kun i begrænset omfang er opdelt i flere niveauer for specialisering, er det fortsat hensigtsmæssigt at følge den tidligere anbefaling om, at speciallægen skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af 90 % af patienterne i specialet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *den målbeskrevne uddannelse og kompetencevurdering af den enkelte læge fortsat skal være det bærende fundament for speciallægeuddannelsen*
- *målene for den medicinske ekspert i målbeskrivelserne fremover overordnet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens specialeplan*
- *der ved udarbejdelsen af specialernes målbeskrivelser, og særligt for de intern medicinske og de kirurgiske specialer, indgår mål, som fastholder rutinen i de basale/ generelle kompetencer – herunder de akutte – i hele hoveduddannelsesforløbet*
- *alle aktører, inklusive de centrale myndigheder, fastholder den brede fællesuddannelse i de intern medicinske specialer*
- *de individuelle uddannelsesplaner omhandler erhvervelse af relevante målbeskrevne kompetencer, men kan også indeholde særlige individuelle uddannelsesmål, der ønskes nået under ansættelsen*
- *specialerne overvejer muligheden for at indbygge en eller flere perioder med et særligt godkendt individuelt klinisk ophold - gerne med tilknyttet træningsprogram*
- *der ikke foretages formel kompetencevurdering og registrering i tilslutning til individuel profilering, da det risikerer at føre til flere officielle kompetenceniveauer og dermed mister sit præg af individuel profilering.*

Opbygningen af den lægelige videreuddannelse

Gennemførsel og godkendelse af den kliniske basisuddannelse på 12 måneder, som har erstattet turnusuddannelsen, er en forudsætning for påbegyndelse af speciallægeuddannelsen, der omfatter introduktionsuddannelse og et hoveduddannelsesforløb. Som anbefalet af speciallægekommissionen er den ét-årige introduktionsuddannelse bevaret med fælles uddannelse for de intern medicinske specialer og initialt (men ikke længere) fælles uddannelse for de kirurgiske specialer. Ændringen fra turnus til den kliniske basisuddannelse har medført en anderledes kompetenceprofil hos lægen, som kan have betydning for nogle specialer ved påbegyndelsen af introduktionsuddannelsen. Der er dimensioneret væsentlig flere introduktionsstillinger end hoveduddannelsesforløb; men data fra enqueten 2011 viser, at mange læger alligevel har ansættelse i stillinger, der ikke har et godkendt uddannelsesforløb.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *målbeskrivelserne for introduktionsstillinger og introduktionslægens funktioner/ansvar i starten af ansættelsen tilpasses de kompetencer, lægen forventes at have fra universitetet og efter gennemført klinisk basisuddannelse*
- *en grundig introduktion til specialet, oplæring i vigtige specialespecifikke procedurer og kompetencevurdering bør foregå i begyndelsen af introduktionsforløbet for at sikre motivation og hurtig indlæringsprogression hos den uddannelsessøgende læge. Dette i kombination med karrierevejledning muliggør en tidlig vurdering af, om lægen ønsker/er egnet til uddannelse i det pågældende speciale.*
- *det i større udstrækning sikres, at stillinger af mindst seks måneders varighed, der formelt ikke er uddannelsesstillinger, godkendes til introduktionsstillinger såfremt rammen for antallet af introduktions stillinger indenfor specialet giver plads til dette.*

Hoveduddannelsen i alle specialer er som anbefalet af speciallægekommissionen opbygget som et samlet ansættelsesforløb af 48-60 måneders varighed og med fastlagte tjenester og uddannelse ved forskellige afdelinger/almen praksis, der samlet lever op til målbeskrivelsens krav. Ansættelserne omfatter tjeneste ved mindst 2 afdelinger/almen praksis af mindst 12 måneders varighed inden for eget speciale ("tostedskravet") samt eventuel tjeneste i andet speciale og for nogle specialer i speciallægepraksis (dermatovenerologi, reumatologi, oftalmologi, oto-rhino-laryngologi). Varigheden af de enkelte tjenester/ansættelser er fundet at variere mellem 3 og 36 måneder.

Hoveduddannelsen er ikke, som anbefalet af kommissionen, forankret ved en stamafdeling med ansvar for koordination af det samlede forløb. I følge enqueten 2011 oplever 61 % af læger alligevel i slutningen af uddannelsesforløbet i høj eller meget høj grad at have et godt sammenhængende uddannelsesforløb, mens 31 % har oplevet det i nogen grad og 7 % i ringe grad eller slet ikke.

Sammensætningen af hoveduddannelsesforløbene tager udgangspunkt i målbeskrivelsen, men påvirkes af udviklingen i sundhedsvæsenets struktur og organisering. Tostedskravet, der skal sikre den uddannelsessøgende læge en bred tilgang til og indsigt i specialet udfordres af, at flere afdelinger fusioneres til store afdelinger evt. fordelt på flere matrikler/byer. Øget specialisering, som indebærer at mange afdelinger hver især varetager færre kliniske funktioner kan omvendt nødvendiggøre, at der i hoveduddannelsesforløbene indgår tjeneste ved mere end to afdelinger indenfor specialet. Etablering af fælles akutmodtagelser vil medføre, at ansættelse/funktion i disse vil være relevant i speciallægeuddannelsen i en række specialer.

I specialer, hvor flere patientkategorier og behandlinger i stigende grad varetages i speciallægepraksis, bør disse i højere grad inddrages i speciallægeuddannelsen. Uddannelsesforløb i speciallægepraksis skal opfylde samme krav som i øvrige forløb såsom uddannelsesprogram, vejledning, godkendelse af kompetencer og gerne tillige inddragelse af inspektorbesøg.

Fremtidig inddragelse af privathospitaler i speciallægeuddannelsen vil afhænge af evalueringen af de igangværende pilotforsøg og af den fremtidige udvikling i privathospitalernes opgaver og organisation.

Sammensætningen af de enkelte hoveduddannelsesforløb bør til stadighed være en dynamisk proces, der følger dels den faglige udvikling dels følger sundhedsvæsenets samlede dynamik, struktur og organisering.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *ansættelse på mindst to ansættelsessteder af mindst 12 måneders varighed inden for specialet fortsat skal være gældende; men der skal foretages en revurdering af, hvorledes dette krav kan opfyldes set i lyset af strukturændringerne i hospitalsvæsenet*

- *den postgraduate kliniske lektor sammen med det relevante uddannelsesudvalg/råd, de uddannelsesansvarlige overlæger og uddannelsessøgende læger får ansvar for løbende at vurdere sammenhængen i hoveduddannelsesforløbene og tage nødvendige initiativer for at styrke denne*

- *ved afdelingsskift i et uddannelsesforløb bør koordinering mellem de uddannelsesgivende afdelinger sikres så uddannelsesforløbet for den enkelte bliver så optimalt som muligt.*

Fokuserede ophold blev af speciallægekommissionen omtalt som læringsmetode til erhvervelse af specifikke kompetencer. Efterfølgende er de defineret som korterevarende ophold med henblik på at opnå specifikke målbeskrevne kompetencer, der ikke kan erhverves på ansættelsesstedet. Fokuserede ophold er fundet at indgå både i introduktionsuddannelsen og i hoveduddannelsen med henblik på opnåelse af såvel målbeskrevne som ikke-målbeskrevne kompetencer. Et fokuseret ophold indgår i speciallægeuddannelsen i mere end halvdelen af specialerne, men varighed og tilrettelæggelse af opholdene varierer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *udtrykket " fokuserede ophold" anvendes om ophold, der vedrører erhvervelse af målbeskrevne kompetencer i overensstemmelse med definitionen, og ikke om andre typer af uddannelsesophold, der typisk vedrører den individuelle profilering i speciallægeuddannelsen*

- *der indgår en klar beskrivelse af hvert af de planlagte fokuserede ophold, herunder formål og konkret indhold i uddannelsesprogrammet*

- *hvert fokuseret ophold bør afsluttes med en kompetencevurdering og dokumentation af, om den uddannelsessøgende læge har opnået de planlagte målbeskrevne kompetencer.*

Uddannelsens gennemførsel i den kliniske enhed

Den praktiske gennemførsel af et uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse foregår på de uddannelsesgivende afdelinger/praksis. I de uddannelsesgivende hospitalsafdelinger er almindeligvis ansat en uddannelsesansvarlig overlæge, mens der i almen medicin er ansat en række praksiskoordinatorer, der medvirker til at sikre rammen for videreuddannelsen af læger i almen medicin.

I hver videreuddannelsesregion er der endvidere et postgraduat klinisk lektorkorps, der fagligt supporterer de uddannelsesansvarlige overlæger på hospitalerne og praksiskoordinatorerne i almen medicin

Speciallægekommissionens fandt, at der var brug for en holdningsændring og accept af, at sundhedsvæsnets opgaver, udover de patientrelaterede kerneydelser, også er uddannelse, udvikling og forskning.

Det vurderes, at den lægelige videreuddannelse er blevet mere integreret i det daglige kliniske arbejde; men der er stadig områder, hvor der bør foretages forbedringer. Uddannelsesprogrammer foreligger for alle uddannelsesforløb, men ikke alle uddannelsessøgende læger har en individuel uddannelsesplan. Kendskab til uddannelsesprogrammer varierer afhængig af uddannelsestrin, og hvorvidt lægen er ansat i almen praksis eller i hospitalssektoren, Der er fortsat brug for fokus på uddannelsesprogrammer, således at både kendskabsniveau og brugen af uddannelsesprogrammet øges – dette gælder ligeledes den individuelle uddannelsesplan.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *det sikres, at målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og individuelle uddannelsesplaner er kendte for og bruges af alle uddannelsessøgende læger og uddannelsesgivende afdelinger/praksis*

- *der udarbejdes fælles rammer for den individuelle uddannelsesplan eventuelt med inddragelse af samtaleskema. Både samtaleskema og skabelon for uddannelsesplan bør kunne tilrettes det enkelte speciale*

- *der udarbejdes en overordnet ramme for den uddannelsesansvarlige overlæges opgaver i relation til den lægelige videreuddannelse.*

Uddannelseskultur i en afdeling, der blandt andet omfatter et velfungerende læringsmiljø med kompetente vejledere, har stor betydning for den uddannelsessøgende læges læringsudbytte. Ved at fokusere på uddannelsesfunktioner, heriblandt de opgaver som hoved- og daglige kliniske vejledere skal varetage, vil uddannelseskulturen på den enkelte afdeling styrkes. Det er væsentligt - også i fremtiden - at sikre rammerne for hospitalernes uddannelsesforpligtigelse for derigennem at medvirke til at sikre kvalitet i fremtidens patientbehandling.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at øge fokus på:

- *at få den lægelige videreuddannelse integreret i arbejdstilrettelæggelsen, og at der ved fordelingen af det lægelige arbejde tages de størst mulige uddannelsesmæssige hensyn*

- *afholdelse af introduktionssamtaler og udarbejdelse af individuelle uddannelsesplaner således, at der sikres relevant forventningsafstemning mellem den uddannelsessøgende læge og den uddannelsesgivende afdeling.*

- *hvordan den kliniske vejledning kan optimeres i de kliniske enheder, herunder kvalificering af vejlederne*

- *de kvalitative aspekter af "den gode vejledersamtale" herunder forventningsafstemning om form og indhold med henblik på at øge udbyttet af samtalerne og sikre, alt efter den uddannelsessøgendes behov, at karrierevejledning inddrages i vejledersamtalerne*

- *at der fortsat etableres vejlederkurser for speciallæger, hvor der undervises i basale pædagogiske principper og vejlederforpligtelser.*

- *om det i flere specialer end nu vil være hensigtsmæssigt at etablere specialespecifikke vejlederkurser for speciallæger, der fokuserer på de særlige lærings- og kompetencevurderingsredskaber, der anvendes i specialet*

Den teoretiske uddannelse

Den teoretiske uddannelse omfatter som anbefalet af Speciallægekommissionen obligatoriske generelle kurser, specialespecifikke kurser og forskningstræning. Formålet er opnåelse af målbeskrevne kompetencer i de 7 lægeroller, der ikke kan opnås i de kliniske ophold. Den teoretiske uddannelse gennemføres sideløbende og gerne i sammenhæng med den kliniske uddannelse, som den skal understøtte.

Der vil fortsat være behov for en kontinuerlig udvikling af kurserne, herunder fastlæggelse af læringsmål baseret på behovsanalyse, øget anvendelse af interaktive læringsmetoder, udvikling og introduktion af validerede kompetencevurderingsmetoder samt evaluering af kurserne. Det er væsentligt, at kursusledere og undervisere er fagligt kvalificerede og besidder de nødvendige pædagogiske færdigheder til varetagelsen af opgaven.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *indholdet af kurserne til stadighed tilpasses i forhold til hvad der læres andre steder*
- *de syv lægeroller i tiltagende grad indarbejdes i kurserne*
- *der konsekvent anvendes læringsmål og kompetencevurdering af kursisterne*
- *øge sammenhængen mellem kurserne og kursistens daglige arbejde i klinikken og forbedre overførsel af det lærte tilbage til det daglige arbejde*
- *øge fokus på hvordan undervisningens form kan bidrage til læringen, herunder brug af involverende undervisningsformer og IT-støttet undervisning*
- *hovedkursusleder, delkursusledere og undervisere får mulighed for at styrke deres pædagogiske færdigheder bl.a. ved øget samarbejde med specialister fra simulationscentre, professorer og postgraduate kliniske lektorer samt etablering af et pædagogisk netværk mellem områdets aktører.*

De generelle kurser er obligatoriske for alle uddannelsessøgende læger. De omfatter i overensstemmelse med speciallægekommissionens anbefalinger kurser i kommunikation, ledelse og administration, samarbejde, pædagogik og forskningsmetodologi (indgår i forskningstræning). Kurserne i kommunikation og pædagogik/læring samt et tilkommet kursus i akut behandling og transport ligger i den kliniske basisuddannelse. Kursus i vejledning foregår i introduktionsuddannelsen og kursus i Sundhedsvæsenets organisation og ledelse SOL 1, 2 og 3 i hoveduddannelsen.

For at sikre en nemmere start på hoveduddannelsen for den uddannelsessøgende læge, er det foreslået at supplere kursusrækken med et kursus i introduktion til speciallægeuddannelsen og til specialerne. Sundhedsstyrelsen finder ikke, at behovet for et sådant kursus er afdækket; men har forståelse for, at et sådant kursus vil kunne være en hjælp til den uddannelsessøgendes afklaring af, om det givne speciale er den rette karrierevej.

Sundhedsstyrelsen anbefaler for de generelle kurser at:

- *kompetencevurderingens formål og metoder bør være i fokus i vejlederkurser*
- *vurdere behov for samt eventuelt rammer for og indhold af et introduktionskursus til speciallægeuddannelsen i introduktionsuddannelsen.*

De specialespecifikke kurser skal som anført af speciallægekommissionen medvirke til at bibringe de uddannelsessøgende læger målbeskrevne specialespecifikke kompetencer. Kurserne er som anbefalet forankret i specialernes respektive videnskabelige selskaber. Den samlede tidsramme for kurserne vurderes at være passende.

Sundhedsstyrelsen anbefaler for de specialespecifikke kurser at:

- *kurserne fortsat er forankrede i de videnskabelige selskaber*
- *kurserne baseres på evidensbaserede vejledninger, herunder kliniske retningslinjer og forskningsresultater fra specialet*
- *kursusrækken/kurserne til stadighed evalueres i forhold til specialets udvikling*

Forskningstræning

I 2003-uddannelsesordningen er forskningstræning obligatorisk for alle specialer; men speciallægekommissionens forslag om et 12-ugers forskningstræningsmodul er ikke implementeret. Rammen er blevet 20 normale arbejdsdage, fordelt på kursusdage, selvstændigt arbejde med et mindre projekt, samt vejledning og evaluering. Nogle specialer har yderligere kompetencer beskrevet i målbeskrivelsen inden for forskning, som skal erhverves i hoveduddannelsen.

Forskningstræningen skal ses som et bidrag til at sikre de kommende speciallægers deltagelse i specialets faglige udvikling og medvirke til, at opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet sker med reference til evidensbaseret viden på området.

Der savnes præcis viden om den konkrete effekt af forskningstræningen, målt f.eks. på omfanget af projekter, der publiceres, eller på i hvor høj grad forskningstræningen faktisk påvirker lægen til at udøve evidensbaseret medicin. Samlet set er der dog indikationer af, at forskningstræningen er relevant, og at den faktisk medvirker til at realisere og udvikle et videnbaseret sundhedsvæsen – men der er en udfordring i at sikre en bedre kobling mellem indholdet i forskningstræningen og det daglige arbejde.

Muligheden for kombinationsstillinger med forskning udnyttes i begrænset omfang. Sundhedsstyrelsen finder, at integrationen mellem sundhedsforskning og den lægelige videreuddannelse er formålstjenlig.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *der iværksættes en undersøgelse af hvilke kursus- og projektkoncepter, der bedst understøtter lægernes udvikling af forskningskompetencer*

- *der foretages en kortlægning af eventuelle barrierer, der vanskeliggør lægernes overførelse af viden og færdigheder fra forskningstræningen til det kliniske arbejde*

- *det i forskningstræningsmodulet gøres muligt at individualisere forløbet afhængig af den enkelte læges forudsætninger*

- *regionerne undersøger muligheden for at indgå aftale med universiteterne om etablering af flere hoveduddannelsesforløb kombineret med forskningsansættelse.*

Færdighedslaboratorier

Udviklingen indenfor færdighedstræning og simulation overgår, hvad man kunne forestille sig, da speciallægekommissionens betænkning blev skrevet. Således omfatter ca. en tredjedel af alle lægers speciallægeuddannelse nu træning i færdighedslaboratorier. Særligt i anæstesiologi og i de skærende specialer anvendes simulatorer, fantomer, operationer på dyr og teamtræning. Men der er en generel opfattelse af, at kompetencer fra flere specialers målbeskrivelser med fordel kunne trænes i et færdighedslaboratorium.

Der er en forventning om, at interessen og behovet for træning i færdighedslaboratorier vil være stigende i de kommende år. Det skyldes bl.a. det øgede fokus på patientsikkerhed og nødvendigheden af at effektivisere uddannelsen af sundhedsfagligt personale både mht. individuelle og teamkompetencer og i relation til speciallægeuddannelsen og efteruddannelse.

Selvom der foreligger dokumentation for effekten af træning, er der stadig mange uafklarede spørgsmål om hvordan, hvilken form for træning, hvor ofte, hvor længe og med hvilken sammenhæng med den kliniske hverdag træningen bedst foretages.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at øge fokus på:

- *national koordinering og udbygning af færdighedslaboratorier så tilbud om færdigheds- og simulationstræning udnyttes bedst muligt*

- *hvordan færdighedstræning bedst indgår i den lægelige videreuddannelse herunder målrette forskningsindsatsen så spørgsmålet om hvilke træningsmetoder, der sikrer den optimale overførsel af opnåede kompetencer til den kliniske hverdag kan besvares.*

Kompetencevurdering i speciallægeuddannelsen

Kommissionen anbefalede en fortløbende formativ kompetencevurdering hos de uddannelsessøgende læger og at de enkelte beskrevne mål først blev godkendt og attesteret i en logbog, når en summativ kompetencevurdering kunne påvise, at målet var nået.

Kompetencevurderingen af den uddannelsessøgende læge er og bør fortsat være en central proces i speciallægeuddannelsen, både som formativ, dialogbaseret proces i dagligt arbejde og som summativ, konsekvenshavende bedømmelse af om speciallægeuddannelsens mål nås. Kompetencevurderingen er i meget høj grad styrende for læring, hvorfor viden om denne, etablering af relevante metoder og indlejring af en proaktiv, positiv kompetencevurderingskultur i de uddannelsesgivende afdelinger og praksis, er en forudsætning for en velfungerende speciallægeuddannelse.

Kompetencevurderingens formål og metoder bør være i fokus i vejlederkurser, både for uddannelsessøgende og uddannelsesgivende læger. Kurser i vejledning bør være obligatorisk for alle læger, der varetager uddannelse af yngre kolleger.

At beskrive, validere og tilpasse relevante kompetencevurderingsmetoder vil kræve en betydelig indsats af medicinsk-pædagogisk uddannede læger, men arbejdet anses for en nødvendig forudsætning for, at en optimering af læring og målopfyldelsesproces kan finde sted.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at:

- *der nedsættes en arbejdsgruppe med henblik på. udarbejdelse af en vejledning eller oversigt., hvor alle relevante kompetencevurderingsmetoder er beskrevet, ligesom der for hver metode indgår en beskrivelse af fordele og ulemper, form, indhold, validitet og reliabilitet samt praktisk gennemførelse.*

Evaluering af uddannelsesstedet

Speciallægekommissionen anbefalede, at Inspektorordningen blev obligatorisk og fortsat skulle være et udviklingsværktøj, men kom ikke med anbefalinger til ændring af det gældende slutevalueringsskema.

Der er etableret to overordnede systemer for evaluering af den lægelige videreuddannelse: Inspektorordningen og evaluer.dk, der indeholder spørgsmålene fra slutevalueringsskemaet.

Løbende evaluering af uddannelsesstederne, deres rammer og uddannelsespotentiale, den praktiske gennemførelse af uddannelse og uddannelseskultur er af stor betydning for at sikre høj kvalitet og en dynamisk udvikling af kompetenceprofilen for kommende speciallæger.

Den umiddelbare feedback mellem afdeling og de uddannelsessøgende læger ved daglig dialog mellem vejleder og den yngre læge samt dennes slutevaluering vil og skal også i fremtiden være omdrejningspunktet. Den løbende evaluering styrkes yderligere af inspektorbesøgene, som bør udføres med fast tidsinterval, men som også institueres ved oplysning om problematiske uddannelsesforhold.

Siden speciallægekommissionen og speciallægereformens implementering er der udviklet en række nationale og internationale evaluerings- og kvalitetssikringsværktøjer, med forskelligt afsæt og fokus.

De uddannelsessøgende lægers evaluering af uddannelsesstederne, inspektorrapporterne og eventuelt øvrige evalueringssystemer bør samtænkes, så unødvendigt overlap undgås og registreringsbelastningen på de uddannelsesgivende afdelinger ikke bliver for høj. Samtidig er det væsentligt at sikre, at evalueringssystemerne validitet, resultater og indflydelse på uddannelsens kvalitet løbende vurderes.

Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor at:

- *der nedsættes en arbejdsgruppe, som vurderer indhold, form og metode for de forskellige evalueringsværktøjer for de uddannelsesgivende afdelinger, institutioner, almen praksis og speciallægepraksis. I forbindelse med arbejdet foreslås særligt en revision af spørgerammen i den elektroniske evaluering*

- *der foretages en evaluering af Inspektorordningen bl.a. med henblik på revision af vejledningen for Inspektorordningen inklusiv mulighed for inddragelse af uddannelsesforløb udenfor hospitalssektoren*

- *data fra fremtidige evalueringer af uddannelsesstederne samles i elektroniske databaser, og at disse data i videst muligt omfang gøres offentligt tilgængelige nationalt.*

3 Speciallægekommissionen

Sundhedsministeren nedsatte i juli måned 1998 en speciallægekommission med repræsentation fra Sundhedsstyrelsen, Specialistnævnet, Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Medicinsk Selskab, Forskningsministeriet og Undervisningsministeriet. Formand for kommissionen var Poul Jørgen Diederich.

Kommissionen afgav sin betænkning om ”Fremtidens speciallæge” i maj 2000.

Blandt speciallægekommissionens anbefalinger var en ændring af administrationen i retning af decentralisering og regionalisering, så praktisk administration af videreuddannelsen ville foregå tæt på brugerne, dvs. de uddannelsessøgende læger og de uddannelsesgivende afdelinger og institutioner. Dog blev det anbefalet, at strategisk udvikling, målbeskrivelser og dimensionering og fordeling af uddannelsesforløb fortsat var centralt styret.

Kommissionen havde i særlig grad fokus på, at uddannelsen skulle baseres på målbare kompetencer. Der blev taget afsæt i den canadiske kompetencemodel med eksplicit beskrivelse af speciallægens minimumskompetencer i de 7 lægeroller. Hvert mål skulle sættes i relation til en specifik lærings- og evalueringsmetode.

Kommissionen introducerede begrebet moderne mesterlære, hvor en gradvis overdragelse af ansvar for handling fandt sted under supervision og umiddelbar feedback. Med den øgede fokusering på supervision og evaluering imødeså kommissionen en nødvendig udvikling af en positivistisk og konstruktiv evalueringskultur på danske uddannelsesafdelinger. Denne udvikling kunne styrkes ved opgradering af vejlederkorpset og fastlæggelse og præcisering af en uddannelsesansvarlige overlæges opgaver. Ligeledes lagde kommissionen vægt på sammenhængen mellem uddannelsen og arbejdstilrettelæggelse – ”videreuddannelsen af læger bør integreres i de daglige funktioner”.

Kommissionen fandt ligeledes, at den daværende specialestruktur med grund- og grenspecialer ikke var tilstrækkelig fleksibel; hvorfor anbefalingen fra kommissionen blev, at den fremtidige specialestruktur skulle baseres på specialer og fagområder.

Kommissionens anbefalinger danner grundlaget for denne rapport og vil i de følgende kapitler blive beskrevet mere detaljeret.

4 Formål

Formålet med at gennemføre en status og perspektivering af speciallægeuddannelsen er at medvirke til at sikre kvaliteten af speciallægeuddannelsen, så speciallægerne under uddannelsen opnår kompetencer, der matcher befolkningens behov og sundhedsvæsenets struktur og opgaver.

Arbejdet er gennemført i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og relevante interessenter.

Der er tale om et analyserende arbejde, hvor følgende skal afklares:

1. Status:
    a. Hvilke tiltag anbefalede kommissionen?
    b. Hvordan er tiltagene blevet implementeret?
    c. Er målene med tiltagene blevet opnået?
2. Perspektivering:
    a. Hvordan fungerer reformens tiltag set i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet?

5 Organisering af arbejdet

5.1 Styregruppe

I efteråret 2010 blev nedsat en styregruppe til at løse opgaven med at gennemføre en status og perspektivering af speciallægeuddannelsen.

Styregruppen er sammensat af:

- **Formand:** Cheflæge, dr.med. Anne Rahbek Thomassen
- **LVS:** Overlæge, dr. med. Ole W. Bjerrum
- **Danske Regioner:** Cheflæge, ph.d. MPM, Per Sabro og Sundhedsfaglig chef Preben Cramon
- **De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse:** Sekretariatschef Jan Greve, afløst af sekretariatschef Berit Handberg pr. 1. september 2011, Sekretariatschef Lise Møller og Sekretariatschef Dorte Qvesel
- **Lægeforeningen:** 1. Reservelæge, ph.d. Lars Riber og repræsentant fra Lægeforeningens sekretariat
- **Universiteterne:** Professor, dr. med. Peder Charles
- **Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:** Kontorchef John Erik Pedersen
- **Sundhedsstyrelsen:** Kontorchef, overlæge Birte Obel
- **Sekretariat:** Afdelingslæge Susanne Vinther Nielsen og Fuldmægtig Maria Herlev Ahrenfeldt

Den faglige og administrative sekretariatsfunktion i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten er varetaget af

Kontorchef, overlæge Birte Obel, Sundhedsstyrelsen

Afdelingslæge Susanne Vinther Nielsen, Sundhedsstyrelsen

Fuldmægtig Maria Herlev Ahrenfeldt, Sundhedsstyrelsen

5.1.1 Styregruppens kommissorium

Der skal foretages en status og perspektivering ud fra speciallægekommissionens anbefalinger. Følgende skal afklares:

1. Status - hvilke tiltag anbefalede kommissionen, hvordan er tiltagene blevet implementeret og er målene med tiltagene blevet opnået?

2. Perspektivering - hvordan fungerer reformens tiltag set i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet?

Styregruppen skal sikre udarbejdelsen af en rapport: ”Speciallægeuddannelsen – en status og perspektivering”. Styregruppen kan ved behov nedsætte relevante arbejdsgrupper, der kan tage sig af faglige og praktiske spørgsmål. Arbejdsgruppernes arbejde skal danne grundlag for styregruppens løsning af opgaven.

Styregruppen skal koordinere arbejdet mellem arbejdsgrupperne og sikre, at arbejdsgruppernes arbejde udmøntes i en rapport. Rapporten skal besvare de to spørgsmål, der er stillet ovenfor og fremkomme med anbefalinger til løsning af eventuelle problemstillinger, der måtte knytte sig til speciallægeuddannelsen.

De enkelte arbejdsgrupper skal tage udgangspunkt i eksisterende datakilder, undersøgelser og videnskabelige publikationer vedrørende de specifikke elementer i den lægelige videreuddannelse. Hvis der ekstraordinært er behov for yderligere data skal arbejdsgrupperne udfærdige indstilling til styregruppen med beskrivelse af problemstillingen samt forslag til undersøgelser.

Styregruppen og arbejdsgrupperne skal tage udgangspunkt i følgende temaer, der fremgår af speciallægekommissionens betænkning:

- Speciallægeuddannelsens mål og opbygning
- Teoretisk uddannelse og forskningstræning
- Specialestruktur
- Specialuddannelsens gennemførelse i den kliniske enhed
- Organisation og styring
- Arbejdstilrettelæggelse
- Evaluering og kompetencemåling

Styregruppen kan træffe beslutning om at inddrage yderligere områder og relevante nye emner i analysen.

5.2 Arbejdsgrupper

Styregruppen har valgt at nedsætte arbejdsgrupper indenfor følgende emner:

- Specialestrukturen
- Opbygning af speciallægeuddannelsen
- Teoretisk uddannelse, forskningstræning og brug af færdighedslaboratorier
- Speciallægeuddannelsens gennemførsel i den kliniske enhed
- Evaluering og kompetencevurdering

Herudover har Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse nedsat en arbejdsgruppe til at lave en ny fælles ramme for målbeskrivelser, som refererer til styregruppen for status og perspektivering af speciallægeuddannelsen.

5.2.1 Arbejdsgruppe vedrørende specialestrukturen

Der skal foretages en vurdering af specialestrukturen på baggrund af Speciallægekommissionens betænkning.

Arbejdet skal belyse, om tiltagene vedrørende specialestrukturen er blevet implementeret og om målene er nået. Herudover skal det belyses, om målene fortsat vil kunne opfyldes i den fremtidige struktur i sundhedsvæsnet. Arbejdsgruppen skal endvidere komme med anbefalinger til løsning inden for den nuværende specialestruktur af eventuelle problemstillinger.

Arbejdsgruppen skal specielt have fokus på:

- Opdelingen i specialer og fagområder
- Om den nuværende specialestruktur svarer til behovet nu og i fremtiden.

Arbejdsgruppens sammensætning:

Formand: Cheflæge Anne Rahbek Thomassen

Danske Regioner: vicedirektør Torben Mogensen og cheflæge Kristjar Skajaa

De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse: Cheflæge Morten Noreng

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Fuldmægtig Emil Niragira Rasmussen

LVS: Overlæge, dr. med. Knud Rasmussen (erstattet 12.10.2011 af overlæge, ph.d. Jens Kristian Madsen) og Overlæge, dr.med., ph.d. Jens Cosedis Nielsen

Lægeforeningen: 1. Reservelæge, ph.d. Lars Riber

Sundhedsstyrelsen: Kontorchef, overlæge Birte Obel, læge Henning Beck og afdelingslæge Marie Brasholt

Sekretariat: Specialkonsulent Anders Astrup Haahr

5.2.2 Arbejdsgruppe vedrørende opbygning af speciallægeuddannelsen

Der skal foretages en vurdering af opbygningen af speciallægeuddannelsen på baggrund af Speciallægekommissionens betænkning. Arbejdsgruppen skal inddrage problemstillinger i forhold til intro- og hoveduddannelsen, men ikke den kliniske basisuddannelse, som vil blive evalueret selvstændigt.

Arbejdet skal belyse, om tiltagene vedrørende speciallægeuddannelsens opbygning er blevet implementeret og om målene er nået. Herudover skal det belyses, om målene fortsat vil kunne opfyldes i den fremtidige struktur i sundhedsvæsnet. Arbejdsgruppen skal endvidere komme med anbefalinger til løsning af eventuelle problemstillinger i speciallægeuddannelsen.

Arbejdsgruppen skal specielt have fokus på:

- Længde og sammensætning af uddannelsesforløb, herunder regel- og rammeværk
- Fokuserede ophold
- Inddragelse af speciallægepraksis
- Særlige problemstillinger i enkelte specialer
- Konsekvenser af specialeplanlægningen og strukturændringer, herunder specialisering og fælles akutmodtagelser

Arbejdsgruppens sammensætning:

Formand: Cheflæge Anne Rahbek Thomassen

Danske Regioner: Cheflæge Morten Noreng og Professor, overlæge Kim Brixen

De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse: Overlæge Peter Engel (Region Øst), Overlæge Ulla Bartels (Region Nord) og Overlæge Kirsten Vinding (Region Syd)

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Fuldmægtig Emil Niragira Rasmussen

LVS: Uddannelsesansvarlig overlæge Lars Rasmussen og Uddannelsesansvarlig overlæge Ellen Holm

Lægeforeningen: Postgraduat klinisk lektor Marianne Hansen, Læge Frits Ole Hegnet Nørregard og Læge Josephine Obel

Sundhedsstyrelsen: Afdelingslæge Susanne Vinther Nielsen

Sekretariat: Fuldmægtig Maria Herlev Ahrenfeldt

5.2.3 Arbejdsgruppe vedrørende teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier

Der skal foretages en vurdering af den teoretiske uddannelse, forskningstræning og brug af færdighedslaboratorier i speciallægeuddannelsen på baggrund af Speciallægekommissionens betænkning.

Arbejdet skal belyse, om tiltagene vedrørende den teoretiske uddannelse, forskningstræning og brug af færdighedslaboratorier er blevet implementeret og om målene er nået. Herudover skal det belyses, om målene fortsat vil kunne opfyldes i den fremtidige struktur i sundhedsvæsnet. Arbejdsgruppen skal endvidere komme med anbefalinger til løsning af eventuelle problemstillinger.

Arbejdsgruppen skal specielt have fokus på:

- Rammer og krav for de generelle og specialespecifikke kurser
- Forskningstræning
- Færdighedslaboratorier

Arbejdsgruppens sammensætning:

Formand: Kontorchef, overlæge Birte Obel

Danske Regioner: Overlæge Randi Beier-Holgersen, Overlæge Lars Høj Christensen, Overlæge, prodekan Karsten Bech

De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse: Læge Andreas Lundh, Professor, dr.med. Peder Charles, Overlæge Lars Rasmussen

LVS: Overlæge Karen Lindorff Larsen, Overlæge Doris Østergaard

Lægeforeningen: Læge Helle Søholm Andersen, Ledende Overlæge Lone Susanne Jensen, Læge Marianne Thastum Vedsted

Universiteterne: Specialkonsulent Jakob Ousager

Sundhedsstyrelsen: Afdelingslæge Finn Damgaard Pedersen

Sekretariat: Chefkonsulent Thomas Clement

5.2.4 Arbejdsgruppe vedrørende gennemførsel i den kliniske enhed

Der skal foretages en vurdering af speciallægeuddannelsens gennemførsel i den kliniske enhed på baggrund af Speciallægekommissionens betænkning.

Arbejdet skal belyse, om tiltagene vedrørende speciallægeuddannelsens gennemførelse i den kliniske enhed er blevet implementeret og om målene er nået. Herudover skal det belyses, om målene fortsat vil kunne opfyldes i den fremtidige struktur i sundhedsvæsnet. Arbejdsgruppen skal endvidere komme med anbefalinger til løsning af eventuelle problemstillinger.

Arbejdsgruppen skal specielt have fokus på:

- Uddannelsesprogrammer
- Uddannelsesplaner
- Uddannelse og arbejdstilrettelæggelse
- Uddannelsesansvarlig overlæge
- Vejlederfunktionen/mentorordningen

Arbejdsgruppens sammensætning:

Formand: Kontorchef, overlæge Birte Obel

Danske Regioner: overlæge, lektor Troels Kodal, vicedirektør, cheflæge Vagn Bach og speciallæge, ph.d Merete Ipsen

De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse: praktiserende læge, postgraduat klinisk lektor Gunver Lillevang, overlæge, M.sc Kirsten Bested og Overlæge, ph.d., postgraduat klinisk lektor Susanne Nøhr

LVS: Uddannelsesansvarlig overlæge, ph.d., MPM, Gitte Eriksen og overlæge Lena Helbo Taasti

Lægeforeningen: praktiserende læge, klinisk lektor Niels Frølich, overlæge, dr. med Carsten Lenstrup og reservelæge Mads Skipper

Sundhedsstyrelsen: Afdelingslæge Susanne Vinther Nielsen

Sekretariat: Specialkonsulent Anders Astrup Haahr

5.2.5 Arbejdsgruppe vedrørende evaluering og kompetencevurdering i speciallægeuddannelsen

Der skal foretages en vurdering af evaluering og kompetencemåling i speciallægeuddannelsen på baggrund af Speciallægekommissionens betænkning.

Arbejdet skal belyse, om tiltagene vedrørende evaluering og kompetencemåling er blevet implementeret og om målene er nået. Herudover skal det belyses, om målene fortsat vil kunne opfyldes i den fremtidige struktur i sundhedsvæsnet. Arbejdsgrup-

pen skal endvidere komme med anbefalinger til løsning af eventuelle problemstillinger.

Arbejdsgruppen skal specielt have fokus på:

- Vurdering/måling af kompetenceudvikling inden for de 7 lægeroller hos uddannelsessøgende læger
- Evaluering af uddannelsesstedet ved bl.a. inspektorordningen, evaluer.dk mv.

Arbejdsgruppens sammensætning:

Formand: Kontorchef, overlæge Birte Obel

Danske Regioner: Overlæge Kari Mikines, Overlæge Anne Grethe Mølbak

De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse: Overlæge Jette Led Sørensen, Overlæge Hans Ole Holdgaard, Læge Thomas Christophersen

LVS: Almen praktiserende læge Roar Maagaard, Overlæge Linda Hilsted

Lægeforeningen: Overlæge Mogens Stubkjær Hüttel, Læge Jesper Hesselbjerg Isaksen, Læge Mads Skipper

Universiteterne: Overlæge Bente Malling

Sundhedsstyrelsen: Læge Henning Beck

Sekretariat: Fuldmægtig Maria Herlev Ahrenfeldt

5.3 Yderligere områder

5.3.1 Arbejdsgruppe vedr. rammer og krav til målbeskrivelsen

På mødet i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 9. december 2009 blev muligheden for at skabe fælles rammer for målbeskrivelserne diskuteret. Sundhedsstyrelsen nedsatte efterfølgende i juni 2010 en arbejdsgruppe til at udarbejde en ny fælles ramme for målbeskrivelser. Det blev senere besluttet, at arbejdsgruppen skulle referere til styregruppen for status og perspektivering af speciallægeuddannelsen. Den 24. maj 2011 blev afholdt et seminar med præsentation og drøftelse af arbejdsgruppens arbejde.

Arbejdsgruppens arbejde er mundet ud i en fælles skabelon for den specialespecifikke del af målbeskrivelsen, som dels skal sikre en fælles ramme for målbeskrivelserne, dels skal sikre en smidig overførsel fra målbeskrivelser til uddannelsesprogrammer. Foruden den specialespecifikke del af målbeskrivelsen har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generel del, som ikke indsættes i specialets målbeskrivelse, men henvises til med link til Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Sundhedsstyrelsen har desuden i forlængelse af dette arbejde revideret terminologi for den lægelige videreuddannelse, som ligeledes er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Endvidere er udarbejdet en ny vejledning, som beskriver krav ved udarbejdelse af nye målbeskrivelser og proceduren ved revision af målbeskrivelser.

Arbejdsgruppens arbejde er afsluttet og skabelonen blev taget i brug efteråret 2011.

Arbejdsgruppens sammensætning:

Formand: Kontorchef, overlæge Birte Obel

Professor dr.med. Peder Charles

Overlæge dr.med. Doris Østergaard

Overlæge Randi Beier-Holgersen

Overlæge, dr.med. Jens Frederik Dahlerup

Overlæge Anne Grethe Jurik

Afdelingslæge Gunver Lillevang

Praktiserende læge Niels Kristian Kjær

Uddannelseskoordinerende overlæge Lene S. Mortensen

Sekretariatschef Lise Møller

Sekretariatschef Dorte Qvesel

Afdelingslæge Susanne Vinther Nielsen

Læge Henning Beck

Fuldmægtig Maria Herlev Ahrenfeldt

5.3.2 10 års udvikling i befolkning, sundhedsvæsen og lægestand

På mødet i styregruppen den 31. januar 2011, blev det fastlagt, at der udarbejdes et kapitel om udviklingen i befolkningen, i sundhedsvæsenet og i lægestanden i de 10 år, der er forløbet siden Speciallægekommissionens betænkning udkom. Kapitlet indeholder tillige en beskrivelse af uddannelseskapacitet og uddannelsesbehov. Kapitlet er blevet drøftet i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse henholdsvis den 8. juni, 6. oktober og 7. december 2011.

5.3.3 Organisation og styring

På første møde i styregruppen den 6. oktober 2010 blev det besluttet at emnet "Organisation og styring af den lægelige videreuddannelse" skulle behandles i et selvstændigt kapitel, men at der ikke skulle nedsættes en arbejdsgruppe. Emnet er i stedet blevet drøftet i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse henholdsvis den 9. marts, 6. oktober og 7. december 2011.

6 Metode

Rapporten er baseret på de i arbejdsgrupperne udarbejdede tekster, der efterfølgende er kvalificeret og redigeret i styregruppen og af den faglige og administrative sekretariatsfunktion i Sundhedsstyrelsen. Alle arbejdsgruppers oplæg har været at tage udgangspunkt i kommissionens anbefalinger og foretage en vurdering på basis af viden og analyser af tilgængelige data af, hvorvidt tiltagene er blevet implementeret og om målene med tiltagene er opnået. På denne baggrund har arbejdsgrupperne foretaget en perspektivering, hvori der indgår en vurdering af hvordan reformens tiltag fungerer og på denne baggrund er udarbejdet anbefalinger, der vil medvirke til at sikre hvordan speciallægeuddannelsen fremover kan udvikles fagligt og organisatorisk med henblik på at fremme kvaliteten.

6.1 Datamateriale

Rapporten er baseret på litteratur og andet tilgængeligt materiale. Flere arbejdsgrupper har også iværksat mindre undersøgelser i forbindelse med analyser og vurderinger i arbejdsgrupperne, ligesom Sundhedsstyrelsen har forestået en enquete, udsendt af Lægeforeningen.

I kapitlerne er henvist direkte til litteraturlisten, når referencer citeres direkte; men da flere arbejdsgrupper også har brugt baggrundslitteratur, er der i rapporten kapitel 20 ligeledes en oversigt over denne litteratur så specielt interesserede har mulighed for yderligere at fordybe sig i et emne.

6.1.1 Enqueten 2011

Arbejdsgrupperne udarbejdede forslag til spørgsmål til Sundhedsstyrelsen i løbet af marts/april. Udarbejdelse af spørgeskema med efterfølgende validering ved hjælp af repræsentanter fra de forskellige arbejdsgrupper blev foretaget 27. april 2011 og spørgeskemaet blev godkendt af styregruppen den 29. april 2011. Lægeforeningen udsendt spørgeskemaet til alle læger i deres database den 28. juni og frist for svar var den 15. juli 2011.

Der indgik i alt 104 spørgsmål, der bl.a. blev stratificeret efter lægetype og hvor i den lægelige videreuddannelse den pågældende læge var på ved besvarelsen. I alt 9547 læger besvarede spørgsmålene og fordelingen af disse fremgår af Tabel 1.

Tabel 1. Fordeling af respondenter i enqueten 2011

	Antal	Procent
Mænd	4884	51
Kvinder	4663	49
Speciallæger:	5778	61
Praktiserende læge	2037	21
Overlæge	1851	19
Afdelingslæge	547	6
Ledende overlæge/adm. overlæge	334	3
Uddannelsesansvarlig overlæge	246	3
Privatansat	195	2
Professor	140	1
Ansat i staten	113	1
Øvrige, herunder speciallæger i speciallægepraksis	509	5
Ikke-speciallæger	3769	39
HU- læge	1471	15
Introlæge	733	8
Basislæge	428	4
Reservelæge/vikar for reservelæge	335	4
1.reservelæge/vikar for 1.reservelæge	40	0
Forsker på hospital	73	1
Forsker på universitet	403	4
Øvrige	288	3

I alt 9547 læger besvarer enqueten, dog fuldfører kun ca. 80 % af disse hele enqueten. Respondenterne kan have afkrydset flere stillingskategorier
Kilde: Enqueten 2011

Resultatet af spørgeskema undersøgelsen blev udarbejdet af Lægeforeningen og er efterfølgende redigeret til en mere læsevenlig udgave (bilag II).

Alle arbejdsgrupper har fået en deskriptiv præsentation af resultatet af spørgeskemaundersøgelsen og har efterfølgende fået foretaget særkørsler med en opsplitning af svar på delgrupper på relevante områder. Alle særkørsler er præsenteret i bilag III.

Resultatet af spørgeskemaet og særkørsler har bidraget til viden og er inddraget i relevante afsnit og kapitler til at underbygge og kvalificere teser i statusafsnittene.

Der er ikke foretaget frafaldsanalyse eller analyser i øvrigt for at validere resultatet af spørgeskemaundersøgelsen.

6.1.2 Andre undersøgelser

Spørgeskemaundersøgelse blandt UAO og AMU

I arbejdsgruppen, gennemførsel i den kliniske enhed, blev foretaget en spørgeskemaundersøgelse til alle uddannelsesansvarlige overlæger (UAO) og uddannelseskoordinatorer i almen medicin (AMU) og resultatet af denne er anvendt til belysning

af status for de uddannelsesansvarliges vilkår (Bilag I, nr. 10). De områder der afdækkes er:

1) Organisering/planlægning og drift (ledelsesrum og ressourcer)
2) Den pædagogiske uddannelse (kompetenceudvikling)
3) Anvendelse af pædagogiske redskaber
4) Kendskab til de postgraduate kliniske lektorer (PKL) /pædagogisk udviklende funktion (PUF),
5) Kendskab til Videreuddannelsessekretariaterne
6) Rekruttering og arbejdsglæde hos uddannelsesansvarlig overlæge (UAO)/ uddannelseskoordinator i almen medicin (AMU)

Spørgerammen er valideret dels ved face validity (relevans og forståelse) og pilottestet af en gruppe af UAO/Uddannelseskoordinerende overlæger. Spørgeskemaet er udsendt elektronisk juni 2011 med en rykker efter 14 dage. Mailadresser er indhentet via de 3 regionale videreuddannelsessekretariater. Der er ikke foretaget frafaldsanalyse (non-responders).

Spørgeskemaundersøgelse blandt postgraduate lektorer

I arbejdsgruppen vedr. opbygningen af speciallægeuddannelsen blev sendt et elektronisk spørgeskema til landets postgraduate lektorer (PKL´erne) med henblik på afklaring af PKL'ernes vurdering af sammenhæng i uddannelsesforløbene (Bilag I, nr. 11).

Gruppeinterview ved nationalt PKL-seminar,

I arbejdsgrupperne, gennemførsel i den kliniske enhed og teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier, er arbejdsgruppens emner yderligere blevet belyst ved interviews af tre grupper af kliniske lektorer: PKL for medicinske specialer, PKL for kirurgiske specialer samt PKL fra laboratoriespecialer.

Spørgeskemaundersøgelse om de generelle kurser i speciallægeuddannelsen

I arbejdsgruppen om teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier er foretaget en spørgeskemaundersøgelse til relevante aktører for at afdække tilbuddene for obligatoriske kurser i hoveduddannelsen (Bilag I, nr. 4) og der er sendt spørgeskema til postgraduate lektorer for udvalgte specialer (Bilag I, nr. 6)

Udarbejdelse af oversigter over færdighedslaboratorier mv.

I arbejdsgruppen om teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier er udarbejdet dels en oversigt over færdighedslaboratorier i de 3 regioner, dels en oversigt over kirurgiske simulationsmuligheder (bilag I, nr. 9).

Litteraturstudie af tilrettelæggelse af forskningstræningskurser

I arbejdsgruppen om teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier er foretaget et litteraturstudie med henblik på at identificeret relevante artikler, hvori evnen til at anvende forskningsresultater i klinisk praksis (praktisere evidensbaseret medicin)belyses (Bilag I, nr. 7).

I arbejdsgruppen om teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier er foretaget udarbejdelse af oversigter over grundkurser i forskningstræning og beskrivelser af de forskningsspecifikke kurser (bilag I, nr. 5 og 6)

Belysning af forskningstræning i internationalt perspektiv

I arbejdsgruppen om teoretiske kurser, forskningstræning og færdighedslaboratorier fremsendt en forespørgsel til de kompetente myndigheder i EU-medlemsstaterne om varetagelse af forskningstræning i speciallægeuddannelserne i de pågældende lande med henblik på en sammenligning af den danske speciallægeuddannelses indhold af forskningsrelaterede kompetencer med forholdene i andre EU-lande (Bilag I, nr. 8).

6.1.3 Beskrivelse af udvalgte datamaterialer

Følgende materiale inddrages i analyser og vurderinger i flere af kapitlerne, hvorfor der kort redegøres for brugen af disse kilder nedenfor. Rapporter, undersøgelser og øvrige referencer, der indgå som baggrundsmateriale fremgår, som anført tidligere, af kapitel 20.

6.1.3.1 Inspektorrapporter

Sundhedsstyrelsen har gennem en årrække på Inspektorårsmødet præsenteret temascoringer for det forgangne års inspektorbesøg anført i inspektorrapporterne. I inspektor rapporterne scores i alt 16 temaer jf. Sundhedsstyrelsens vejledning for Inspektorordningen.

6.1.3.2 Evaluer.dk

Der er krav om, at evalueringer af uddannelsesstederne skal offentliggøres jf. Bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger. Alle ansættelser, som en uddannelsessøgende læge indgår i, skal således evalueres og fra 2010 foregår denne evaluering for alle specialer i hele landet i det elektroniske web-baserede system evaluer.dk. Spørgsmålene i evaluer.dk er baseret på spørgsmålene som fremgår af Sundhedsstyrelsen vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse, januar 1998. Når der er foretaget en evaluering af en afdeling, vil afdelingens uddannelsesansvarlige overlæge modtage en mail med evalueringen.

Evalueringerne er offentligt tilgængelige på www.evaluer.dk. Her er de 24 spørgsmål dog kondenseret til syv emneområder for at lette overskueligheden

Der er mulighed for at generere forskellige rapporter, dog er alle data ikke offentlige tilgængelige men nødvendiggør særlig adgangstilladelse bl.a. såfremt der ønskes rapporter på afdelings-/praksisniveau. Rapporter på afdelings-/hospitalsniveau kan bidrage til at følge uddannelsen på en given afdeling/hospital og dermed medvirke til at kvalitetssikre uddannelsesniveauet.

De kvantitative data fra de uddannelsessøgende lægers evalueringer af de kliniske afdelinger, der hentes via evaluer.dk er ikke ligeligt repræsenteret, da Evaluer.dk er blevet implementeret på forskellige tidspunkter i de fem regioner ligesom der er en varierende svarprocent.

I arbejdsgruppen, gennemførsel af den kliniske enhed er benyttet kumulerede data fra årene 1999-2007 (N=7971) og data fra 2008 til 2011 (N=15309).

6.1.3.3 3-timers rapporter

I arbejdsgruppen, gennemførsel af den kliniske enhed er benyttet kvalitative data i form af 3-timersrapporter fra to universitetshospitaler; Aalborg og Skejby. 3-timersrapporterne bygger på en kvalitativ videnskabelig metode, ”Grounded Theory”, som afgrænser temaer på en induktiv måde. I rapporterne fra Aalborg indgår årlige input fra årene 2002 – 2010 fra ca. 200 yngre læger under videreuddannelse i 30 afdelinger, samt afdelingsledelsernes besvarelse. Fra Skejby indgår input fra ca. 60-80 yngre læger under videreuddannelse i 13 afdelinger fra årene 2009 og 2010. Projektet: Reform af speciallægeuddannelsen i Danmark

7 10 års udvikling i befolkning, sundhedsvæsen og lægestand

Speciallægekommissionen lagde vægt på, at både den fremtidige specialestruktur og speciallægeuddannelsen opbygges så fleksibelt, at de fortløbende kan tilpasses såvel sundhedsvæsenet som den sundhedsfaglige udvikling – og i sidste ende befolkningens behov for sundhedsydelser. Speciallægekommissionen baserede sine anbefalinger på en række konkrete forventninger til den fremtidige udvikling i befolkningens behov, i sundhedsvæsenets aktivitet samt struktur og i den sundhedsfaglige udvikling. I forbindelse med aktuelle status og perspektivering vedrørende kommissionens anbefalinger findes det derfor relevant kort at redegøre for udviklingen på disse områder i de 10 år, der er forløbet samt forventningerne til den kommende udvikling. Derudover er det fundet relevant kort at beskrive samme periodes udvikling i den danske lægestand og inddrage den nuværende prognose frem til år 2030.

7.1 Danmarks befolkning – 10 års udvikling

Speciallægekommissionen henviste til sygehuskommissionens betænkning "Udfordringer i sygehusvæsenet" fra 1997, der anførte, at den demografiske udvikling generelt kun bidrager lidt til den stigende efterspørgsel, men at der tilsyneladende er et stigende subjektivt behov for sundhedsydelser, ligesom det forventes, at der vil ske en stigning i antal kræftpatienter og i antallet af patienter med kroniske sygdomme såsom lungesygdomme og muskel-skeletsygdomme.

Derudover forventedes den medicinsk-teknologiske udvikling at øge behovet for sundhedsydelser ved:

- at der skabes bedre muligheder for at forebygge, undersøge og behandle en lang række sygdomme
- at behandlingsindikationerne kan udstrækkes til patienter, der tidligere ikke har kunnet undersøges og behandles
- at nye sygdomme kan undersøges og behandles
- at tærskelværdien for at ønske undersøgelse og behandling kan falde.

Status. I Tabel 2 er angivet en række nøgletal for 10 års udvikling i den danske befolkning samt dens sundhed og brug af det somatiske sundhedsvæsen. Bemærk at årstallene for målingerne varierer mellem de enkelte kategorier af data.

Tabel 2. Nøgletal for 10 års udvikling i den danske befolkning, herunder dens sundhed og brug af sundhedsvæsenet.

	Før (år)	Nu (år)	Indeks NU (før= 100)
Samlet befolkning. antal borgere	5.330.020 (00)	5.534.738 (10)	104
Videreuddannelsesregion Øst	2.350.527 (00)	2.500.835 (10)	106
Videreuddannelsesregion Syd	1.178.826 (00)	1.200.277 (10)	101
Videreuddannelsesregion Nord	1.756.326 (00)	1.833.626 (10)	104
Andel borgere + 65 år	14.8 % (00)	16.3 % (10)	110
Antal borgere + 65 år	790.402 (00)	902.859 (10)	114
Middellevetid, år	M:74 K:79 (99)	M:77 K:81 (09)	103
Lang videregående udd., andel af 30-64 årige	5.6 % (99)	7.8 % (09)	140
Tobak, andel daglig rygere	30 % (00)	20 % (10)	67
Alkoholforbrug, + 14-årige, l per år	13.0 (00)	11.7 (07)	90
Antal personskader ved trafikuheld	9.907 (99)	5.250 (09)	53
Andel af befolkningen behandlet på offentligt hospital	33.6% (00)	40.3% (09)	120
Andel af befolkningen indlagt på offentligt hospital	11.3% (00)	11.0% (08)	97
Sygedagpenge, antal tusinde	49 (99)	77 (09)	157
Førtidspension, antal tusinde	264 (99)	237 (09)	90
Nye kræfttilfælde, antal	26.955 (99)	33.645 (08)	125
Antal døde	57.998 (00)	54.591 (08)	94
Antal døde per 1.000 borgere	10.9 (00)	9.9 (08)	91
Dødsfald per 100.000 (aldersstandardiserede rater):			
Totalt	1072 (00)	946 (08)	88
Kræft	290 (00)	269 (08)	93
Hjertesygdom	254 (00)	176 (08)	69
Andre kredsløbssygdomme	131 (00)	93 (08)	71
Sygdomme i åndedrætsorganerne	98 (00)	101 (08)	103

Kilde: [1,2,3]

Danmarks befolkning er kun vokset med 4 %, men antallet af plus 65-årige er i de sidste 10 år steget med 14 %. Det har stor betydning for sundhedsvæsenet, idet de plus 65-årige står for omkring halvdelen af de samlede sundhedsudgifter[3]. Der forventes en fortsat positiv befolkningstilvækst især i Hovedstadsområdet, på Sjælland og i Østjylland, men stagnation/tilbagegang i Vestjylland og Nordjylland[1]. Andelen af plus 65-årige og især af plus 75-årige forventes at stige markant frem til 2050[12].

Befolkningens uddannelsesniveau er steget og livsstilen er blevet sundere med færre alvorlige trafikuheld, færre rygere, lavere forbrug af alkohol, sundere kostmønster og større fysisk aktivitet i fritiden. Men der er flere overvægtige[234]. Der er en positiv korrelation mellem sund livsstil og højt uddannelsesniveau / god social baggrund[45]. Livsstilen er dog blevet sundere i de sidste 5 år i alle grupper uanset uddannelsesniveau og social baggrund, med undtagelse af, at der er flere overvægtige og mange med et stort alkoholforbrug - ligeledes i alle grupper[4].

En betydelig andel af den voksne befolkningen (>25 år) angiver at lide af en eller flere kroniske sygdomme eller lidelser, og andelen er i Region Midtjylland steget fra 63 % til 68 % over de sidste 5 år. Stigningen omfatter især flere med forhøjet blodtryk, allergi, tinnitus, slidgigt/leddegigt og sukkersyge. Der er også en stigning fra 25 til 28 % i den andel af den voksne befolkning, der angiver at lide af mere end én kronisk sygdom eller lidelse[4]. Som forfatterne skriver, kan disse ændringer være udtryk for en reel forøgelse af sygeligheden og/eller være udtryk for, at en større andel af sygdomstilfældene diagnosticeres som følge af en større diagnosticeringsindsats. I samme undersøgelse[4] angiver 87 % af borgerne i 2010 at have et godt helbred, nemlig fremragende (11 %), vældig godt (39 %) eller godt (37 %), mens 12 % angiver at have et mindre godt og 2 % angiver at have et dårligt helbred. Det selvvurderede helbred tenderer til en positiv udvikling over de sidste 5 år, med en signifikant reduktion i den dårligste helbredskategori fra 3 % til 2 %.

En stigende andel af befolkningen er i perioden blevet behandlet i det somatiske hospitalsvæsen. Stigningen fra 33,6 % i år 2000 til 40,3 % i 2009 skal dog tages med forbehold, idet borgere, som udelukkende er i kontakt med en radiologisk afdeling, først blev inkluderet fra 2002, hvor andelen steg til 38,2 %, som så frem til 2009 er steget til 40,3 % - svarende til, at 187.000 flere borgere modtog behandling i 2009 end i 2002. Region Syddanmark og Nordjylland behandler den største andel, hhv. 44,2 og 42,7 %, mens Region Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland alle behandler omkring 38-39 % af deres borgere[3]. Der er udelukkende tale om en stigning i ambulante behandlinger, da der ikke er sket en stigning i andel af befolkningen, der indlægges.

Middellevetiden er forlænget, men stadig kortere end i sammenlignelige lande. Dødeligheden har været faldende fra 2000 - mest markant med 30 % for dødeligheden som følge af hjertesygdomme og andre kredsløbssygdomme. Men også dødelighed som følge af kræft er faldet til trods for flere kræfttilfælde[3]. Dødelighed som følge af lungesygdomme har derimod været let stigende, men forventes senere at falde på grund af det faldende tobaksforbrug.

7.2 Danmarks sundhedsvæsen – 10 års udvikling

Speciallægekommissionen forventede en fremtidig stigning i antallet af sundhedsydelser dels betinget af en større efterspørgsel i befolkningen og dels af større muligheder for at forebygge, diagnosticere og behandle sygdomme.

Speciallægekommissionen forventede etablering af færre, men større hospitalsenheder og færre akutte beredskaber og en deraf følgende flytning af opgaver til de praktiserende læger. De praktiserende læger forventedes også at få flere forebyggende opgaver. I hospitalsvæsenet skelnede man mellem basisopgaver og højtspecialiserede opgaver dengang kaldet lands-/landsdelsfunktioner.

Hospitalsstrukturen forventedes, på basis af oplæg fra Sundhedsstyrelsen og Dansk Medicinsk Selskab at bestå af en række organisatoriske basisenheder benævnt ”den funktionsbærende enhed” ofte omfattende mere end én matrikel og med akutfunktion inden for hvert af de største specialer beliggende ét sted i enheden. Den højtspecialiserede behandling skulle varetages af højtspecialiserede enheder med stort optageområde for den specialiserede funktion, men tillige med basisfunktion for lokalområdet.

Status. Det fremgår af Tabel 3, at såvel sundhedsudgifter som sundhedsvæsenets aktivitet er steget markant i de sidste 10 år.

Tabel 3. Nøgletal for 10 års udvikling i sundhedsudgifter og i sundhedsvæsenets aktivitet i Danmark

	Før (år)	Nu (år)	Indeks NU (før= 100)
Sundhedsudgifter mia. kr. per år			
Offentlige udgifter*	95 (99)	125 (08)	132
Private udgifter	17 (99)	22 (08)	129
Aktivitet på somatiske afdelinger:			
Antal udskrivninger	1.094.031(01)	1.306.392 (10)	119
Gennemsnitlig liggetid, dage	5.2 (01)	3.3 (10)	63
Antal ambulante besøg	4.917.000 (02)	6.793.465 (10)	138
Antal patienter opereret på off. hospitaler	531.660 (01)	666.921 (10)	125
deraf under indlæggelse	283.732	320.570 (10)	113
deraf dagkirurgisk	185.673	305.137 (10)	164
deraf i skadestuen**	62.255	41.214 (10)	66
Aktivitet i praksis:			
Kontakter, almen praksis (eksl. vagtlæge), antal tusinde	29,785 (00)	37.105 (09)	125
Kontakter, vagtlæge, antal tusinde	2.654 (00)	2.895 (09)	109
Kontakter, prakt. speciallæger, antal tusinde	4.615 (00)	5.028 (09)	109

* Omfatter både udgifter til det regionale og det kommunale sundhedsvæsen
** Indberetning af operationer på skadestuer er frivillig og vedrører mindre indgreb
Kilde[3,6]

Aktivitetsstigningen er udtalt for den ambulante aktivitet på hospitalerne og i almen praksis. Den ambulante aktivitet på hospitalerne er ikke kun udvidet i antal af besøg, men også med øget behandling i hjemmet ved hjælp af telemedicin og udgående teams mm. – en udvikling, som forventes forstærket. Også den stationære aktivitet er steget med flere indlæggelser, men med betydelig kortere gennemsnitlig liggetid, hvorved det samlede forbrug af sengedage er faldet med knap 30 %. Dette har medført en betydelig udlægning af opgaver fra hospitalssektoren til almen praksis, der i stigende grad fortsætter og følger op på den behandling, der er iværksat på hospitalerne.

Stigningen i aktiviteten på hospitalerne (offentlige og private) har været kraftigt stimuleret af ventetidsgarantier, meraktivitetspuljer, af krav om årlige produktivitetsstigninger og af patienternes ret til frit valg og udvidet frit valg.

Af Tabel 4 fremgår, at der ligeledes er sket en kraftig centralisering og specialisering i sundhedsvæsenet siden speciallægekommissionens betænkning udkom.

Tabel 4. Udviklingen i antal, typer og specialisering af hospitalsenheder over 10 år

	Før (år)	Nu (år)
Antal enheder		
Færre sygehusenheder/matrikler*	66/84 (00)	34/62 (11)
Færre afdelinger	1 afdeling = 1 matrikel	1 afdeling = flere matrikler
Færre senge, somatik, antal	21.114 (99)	14.439 (10)
Færre senge, psykiatri	3.911 (02)	3.175 (10)
Typer af enheder	Funktionsbærende enheder (FBE)	Akuthospitaler Specialhospitaler
	Højtspecialiserede enheder (HSE)	Universitetshospitaler
	Akutmodtagelse i eget speciale	Fælles akutmodtagelser Traumecentre
Specialisering	Basisfunktioner (FBE+HSE)	Hovedfunktioner
	Lands-/landsdelsfunktioner (HSE)	Regionsfunktioner, 1-3 steder i hver region Højt specialiserede funktioner 1-3 steder i landet

*matrikel: Såfremt et hospital har somatisk hospitalsaktivitet i flere byer - tælles hver by med som en matrikel. Såfremt et hospital har somatisk hospitalsdrift på flere matrikler i samme by tælles dette kun som en matrikel.
Kilde [6,7]

Mange hospitalsmatrikler og afdelinger er lukkede eller fusioneret til store hospitalsenheder, hver bestående af flere matrikler. Antallet af offentlige somatiske hospitaler er siden år 2000 næsten halveret, og der er sket et fald på 25 % i antallet af matrikler (byer) med somatisk hospitalsaktivitet. Aktiviteten på en del matrikler er ofte tillige reduceret i såvel art som omfang. Antallet af senge er kraftigt reduceret. Reduktion i antal hospitalsmatrikler, afdelinger og senge forventes at fortsætte de kommende år bl.a. i relation til adskillige nye, store hospitalsbyggerier.

Stigende specialisering sker såvel på matrikelniveau som på afdelingsniveau. Således er antallet af matrikler med akutmodtagelse reduceret fra ca. 70 til ca. 35 og fremover vil modtagelse af hovedparten af de akutte patienter blive centraliseret til i alt 20 fælles akutmodtagelser og 4 højtspecialiserede traumecentre i overensstemmelse med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007[8]. Sundhedsstyrelsens specialeplan fra 2010[9] indebærer en betydelig centralisering ikke kun af de højtspecialiserede funktioner, men også af regionsfunktioner, hvorfor mange hospitaler og afdelinger fremover vil varetage færre funktioner end i dag.

I samme 10 år er der sket en kraftig udbygning af det private sundhedsvæsen med flere private hospitaler samt klinikker og en markant aktivitetsstigning, der toppede i 2008 med ca. 50.000 operationer[1]. Både antal klinikker og aktiviteten er siden atter faldet.

7.3 Danmarks lægestand – 10 års udvikling

Speciallægekommissionens betænkning udkom på et tidspunkt, hvor der var en betydelig mangel på speciallæger blandt andet som konsekvens af faststillingsreformen. Derudover tog det lang tid at blive uddannet som speciallæge i Danmark sammenlignet med andre lande. Man forventede, at behovet for speciallæger ville stige. Formålet med speciallægekommissionens arbejde var ikke mindst at sikre en både bedre og hurtigere speciallægeuddannelse i Danmark.

I Tabel 5 er angivet en række nøgletal, der illustrerer den indsats der i de sidste 10 år er gjort for at uddanne og udnytte flere speciallæger i Danmark.

Tabel 5. 10 års udvikling i antal medicinstuderende, læger og speciallæger samt prognose for antal læger og speciallæger år 2030.

	Før (år)	Nu (år)	Indeks NU (før= 100)
Antal optagne på medicinstudiet	1.066 (00)	1.413 (10)	133
Per 100.000 indbyggere	20.0 (00)	25.5 (10)	128
København Universitet	494 (00)	555 (10)	112
Aarhus Universitet	349 (00)	488 (10)	140
Syddansk Universitet	223 (00)	313 (10)	140
Aalborg Universitet	0	57 (10)	
Autorisation af læger (inkl. udlændinge)	569 (00)	1.219 (10)	214
Per 100.000 indbyggere	10.7 (00)	22.0 (10)	206
Dimensionering af hoveduddannelsesforløb	730 (05-07)	873 (08-12)	120
Lægelig arbejdsstyrke, antal	17.317 (00)	21.263 (09)	123
Per 1000 indbyggere	3.2 (00)	3.8 (09)	119
Antal læger ansat i hospitalssektoren	10.568 (02)	12.925 (09)	122
deraf ikke speciallæger	4.795 (02)	6.460 (09)	135
Antal år fra dansk kandidat eksamen til påbegyndt hovedudd.(antal læger) *	7.50 (96) (02)	5.50 (717) (10)	73
Almen medicin	4.65 (17) (02)	4.20 (185) (10)	90
Øvrige specialer	8.11 (79) (02)	5.95 (532) (10)	73
Antal år fra kandidat eksamen til autorisation som speciallæge	12.7 (01)	10.9 (10)	86
Antal speciallægeanerkendelser (inkl. udlændinge)	548 (01)	804 (10)	147
Antal beskæftigede speciallæger (max 70 år)	11.302 (02)	12.769 (09)	113
På hospitaler	5.773	6.465	112
Alment praktiserende speciallæger	3.576	3.713	104
Øvrige praktiserende speciallæger	995	1.266	127
Forskning og uddannelse	189	333	176
Privat sektor	405	546	135
Andet	364	446	123
Antal beskæftigede speciallæger:			
Per 1000 indbyggere i hele landet	2.1	2.3	110
I videreuddannelsesregion Nord	3401 (02)	3834 (09)	113
Per 1000 indbyggere i Nord		2.1	
I videreuddannelsesregion Syd	2273 (02)	2540 (09)	112
Per 1000 indbyggere i Syd		2.1	
I videreuddannelsesregion Øst	5628 (02)	6395 (09)	114
Per 1000 indbyggere i Øst		2.6	
Ubesatte speciallægestillinger, hospitaler		986 (10)	
Ledige ydernumre i almen praksis		knap 70 (09)	
Prognose for 2030, læger i alt		25.767 (30)	
Speciallæger		17.052 (30)	
Ikke speciallæger		8.715 (30)	

* Ikke alle regioner registrerede data i 2002.

Kilde[10]

Tallene viser en markant stigning i såvel antal medicinstuderende, som i antallet, der årligt autoriseres som læger og anerkendes som speciallæger. Den gennemsnitlige varighed fra kandidateksamen til speciallægeautorisation er i perioden afkortet med næsten 2 år, hvilket var et af formålene med den nye speciallægeuddannelse.

Der er en geografisk skæv fordeling i antallet af speciallæger, idet videreuddannelsesregion Øst har 24 % flere speciallæger i forhold til deres befolkningsandel end resten af landet – formentlig primært i Hovedstadsregionen. Der er stadig ledige speciallægestillinger og ledige ydernumre i almen praksis, primært uden for hovedstadsområdet. Antallet af erhvervsaktive læger under 70 år forventes at stige med 28 % frem til 2030, deraf en stigning i antallet af speciallæger på 36 %[10].

International sammenligning. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i en rapport[11] foretaget en sammenligning af det danske sundhedsvæsen i 2007 primært med sundhedsvæsenet i de nordiske og nordeuropæiske lande: Sverige, Norge, Finland, Storbritannien, Tyskland og Nederlandene. I sammenligningerne indgår dog også gennemsnittet for EU-15-landene og for OECD-landene. Danmark havde i 2007 med 16.0 læger det højeste antal nyuddannede læger per 100.000 indbyggere blandt landene i analysen og der var flere autoriserede læger, men færre speciallæger (også vedr. almen medicin) per 1000 indbyggere i Danmark end i gennemsnit for EU-15 og OECD. Også sammenlignet med de nordiske og nordeuropæiske lande (på nær Nederlandene) havde Danmark færre speciallæger.

7.4 Fremtidens uddannelse af speciallæger

Formålet med uddannelse af læger og speciallæger er at sikre befolkningen lægefaglig bistand af høj kvalitet med henblik på, at befolkningen opnår et både længere og bedre liv - mindst muligt præget af sygdom.

Uddannelsen til speciallæge omfatter først medicinstudiet (bachelor + kandidat uddannelse) på et universitet (6-7 år), derefter lægelig videreuddannelse på hospitaler/i praksis bestående af 1 års klinisk basisuddannelse på hospitaler/i praksis, efterfulgt af 5-6 års speciallægeuddannelse indenfor et konkret lægeligt speciale. I alt 12-14 år, reelt dog længere på grund af sideløbende forskningsuddannelse, barselsorlov m.m..

Det er vigtigt, at den lange uddannelse til speciallæge hænger sammen både kvalitativt og kvantitativt.

Kvalitativt skal de uddannelsessøgende på hvert trin i uddannelsen uddannes til at kunne påbegynde og efterfølgende varetage opgaverne på det næste trin i uddannelsen. Såfremt der ændres i et element af uddannelsen, som f.eks. indførelsen af den kliniske basisuddannelse, kan det nødvendiggøre justeringer i den forudgående kandidatuddannelse og/eller den efterfølgende speciallægeuddannelse. Ligeledes bør indholdet i hele uddannelsen løbende tilpasses den hastige sundhedsfaglige udvikling såvel som ændringer i sundhedsvæsenets struktur og organisering.

Kvantitativt skal uddannelsen også være sammenhængende. Der skal være en hensigtsmæssig sammenhæng mellem det antal speciallæger samfundet ønsker uddannet, antallet af uddannelsesstillinger på hospitaler /i praksis og det antal lægestuderende, der optages og uddannes på universiteterne.

For at understøtte et tilstrækkeligt antal speciallæger både geografisk og i de enkelte specialer udarbejder Sundhedsstyrelsen dimensioneringsplaner, der fastsætter an-

tallet af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen for fem år ad gangen. Den nuværende plan dækker årene 2008-2012, mens den kommende plan, som blev offentliggjort december 2011 dækker årene 2013-2017. Overordnet set fastholder den nye plan antallet af hoveduddannelsesforløb på et stabilt niveau omkring 880 hoveduddannelsesforløb.

I udarbejdelsen af den nye dimensioneringsplan er der taget hensyn til en lang række forhold, herunder blandt andet:

- at der med den nuværende prognose og dimensionering frem mod 2030 forventes en vækst i antallet af speciallæger på 36 procent
- antallet af yngre læger, som forventes at være klar til at begynde en speciallægeuddannelse i perioden
- særlige områder, hvor der er behov for en særlig målrettet indsats for at afhjælpe speciallægemanglen
- at en række specialer ikke på nuværende tidspunkt kan besætte de opslåede uddannelsesforløb
- at uddannelseskapaciteten i videreuddannelsessystemet med den nuværende dimensionering er presset.

Da der i løbet af de fem år, som dimensioneringsplanerne dækker, kan ske mange ændringer på det lægelige arbejdsmarked følger Sundhedsstyrelsen via Prognose- og Dimensioneringsudvalget årligt med i udviklingen med henblik på at identificere ændringer, der kan medføre behov for justeringer af dimensioneringsplanen. I den henseende bør det nævnes, at der findes en lang række efterspørgselsreducerende og udbudsforøgende tiltag, som kan påvirke behovet for speciallæger.

Heriblandt på efterspørgselssiden:

- strukturændringer i sundhedsvæsenet
- ændringer i den lægelige stabs- og vagtstruktur
- effektivisering af arbejdstilrettelæggelse
- opgaveflytning
- demografisk udvikling
- ændring i sygdomsmønstre

og på udbudssiden:

- øget pensionsalder for speciallæger
- øget kapacitet i den lægelige videreuddannelse
- tiltag med henblik på reduktion i speciallægeuddannelsens varighed, herunder øget mobilitet blandt de uddannelsessøgende læger
- kapaciteten på lægestudiet, herunder antallet af udenlandske studerende
- indvandring af speciallæger og læger

8 Organisation og styring af den lægelige videreuddannelse

Speciallægekommissionen skulle i henhold til sit kommissorium vurdere i hvilken udstrækning en øget decentralisering af administrationen af speciallægeuddannelsen ville være hensigtsmæssig, dels af hensyn til den praktiske håndtering af de individuelle uddannelsesforløb, dels af hensyn til en smidiggørelse af den løbende tilpasning af uddannelseskapaciteten til de aktuelle og kommende behov.

Speciallægekommissionen anbefalede en række ændringer med betydning for organiseringen og styringen af speciallægeuddannelsen på centralt og regionalt niveau, men ikke på lokalt niveau.

Det centrale niveau

Der blev anbefalet en nedlæggelse af Specialistnævnet samt af Kontaktforum for Lægelig Grund- og videreuddannelse og i stedet oprettelse af et nationalt videreuddannelsesråd, der primært skulle rådgive Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen vedr. den lægelige videreuddannelse på overordnet niveau. Sundhedsstyrelsen skulle ikke længere godkende de enkelte uddannelsesstillinger og -afdelinger (enkeltstillingsklassifikationen). Det overordnede ansvar for den lægelige videreuddannelse skulle uændret forblive hos Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, der er autorisationsmyndighed og som fastsætter de overordnede krav til indholdet i samt dimensionering og tilrettelæggelse af såvel turnus (nuværende kliniske basisuddannelse) som speciallægeuddannelsen.

Det regionale niveau

For hver af de tre videreuddannelsesregioner Øst, Syd og Nord foreslog kommissionen, at der blev oprettet et regionalt videreuddannelsesråd hvert betjent af et sekretariat, og at der derudover i hver region blev oprettet en klinisk-pædagogisk-udviklende funktion omfattende en række postgraduate kliniske lektorer og gerne tillige en postgraduat klinisk professor (eller flere) i hver region.

Denne regionale organisation for lægelig videreuddannelse skulle skabe mulighed for at:

- foretage en løbende tilpasning af uddannelseskapaciteten
- sikre en smidigere håndtering af de individuelle uddannelsesforløb
- styrke uddannelsens kvalitet inden for de enkelte specialer bl.a ved at de postgraduate kliniske lektorer/professorer etablerer et fælles regionalt forum for vejledere og uddannelsesansvarlige overlæger inden for de enkelte specialer
- sikre en optimal udnyttelse af de pædagogiske metoder m.v., som allerede anvendes inden for den prægraduate lægeuddannelse og enkelte steder inden for den postgraduate uddannelse
- medvirke til udviklingen af nye pædagogiske metoder
- sikre fortløbende monitorering af videreuddannelsens kvalitet – også i forløb, som strækker sig over flere enheder/regioner

- sikre en tættere tilknytning til lægeuddannelsens universitære miljø
- styrke det allerede etablerede regionale samarbejde.

Det blev yderligere anbefalet, at ansvaret for at gennemføre den lægelige videreuddannelse i henhold til gældende love, bekendtgørelser og vejledninger uændret påhviler amterne og H:S samt at hvert amt/H:S nedsætter et amtsligt videreuddannelsesråd med en række konkrete opgaver dels bekendtgørelsesbeskrevne opgaver, der implicerer myndighedsudøvelse dels rådgivende opgaver tilrettelagt af regionens amter/HS.

Det lokale niveau

For hospitaler og afdelinger skulle ansvaret for den lægelige videreuddannelse være uændret i forhold til de uddannelsesansvarlige overlæger, afdelings- og sygehusledelserne.

I almen praksis foreslog speciallægekommissionen, at alle amter opretholdt ansættelse af 1-2 praksiskoordinatorer og tillige ansatte almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU`ere) i hvert amt.

8.1 Organisationens struktur

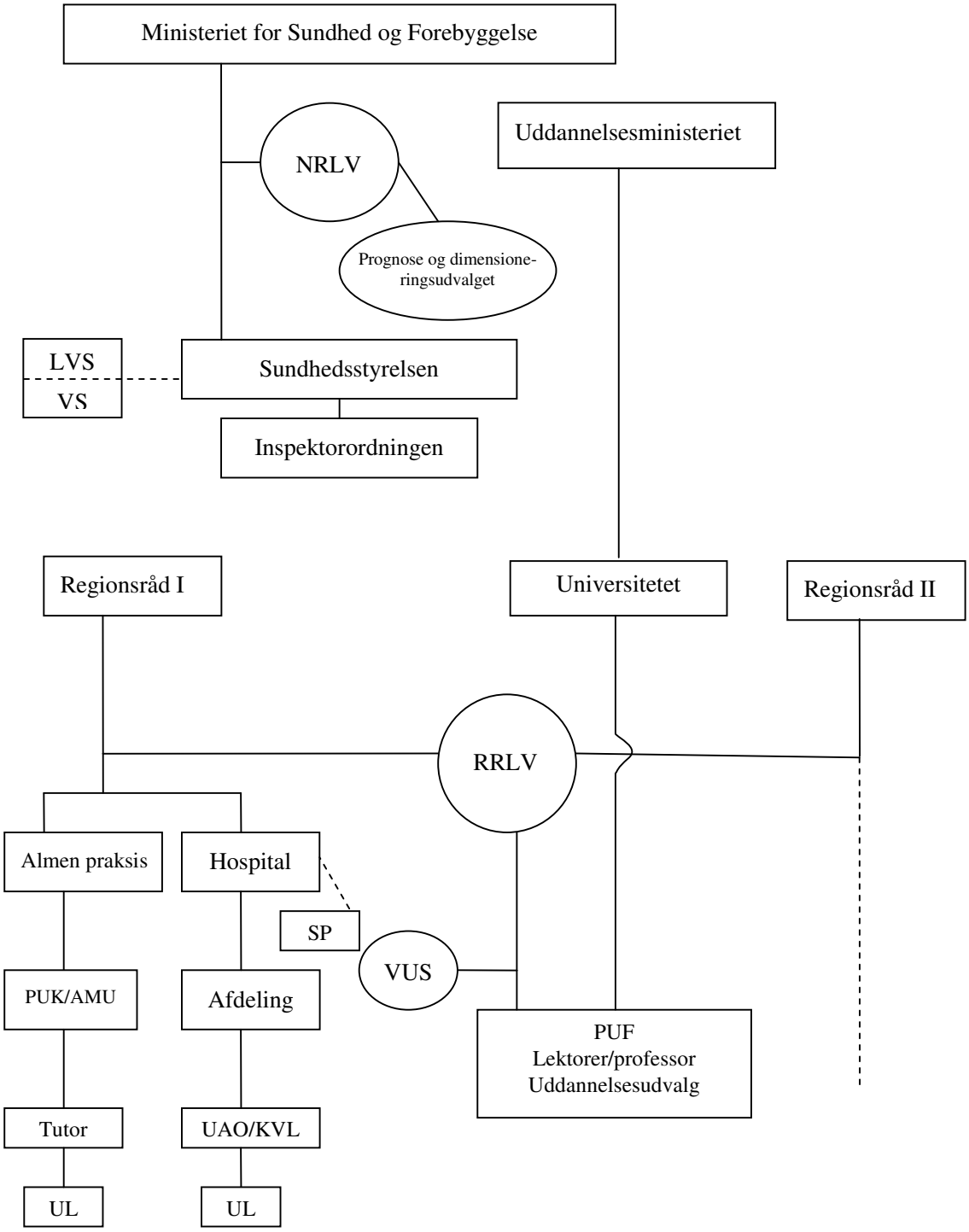
Specialistnævnet samt Kontaktforum for Lægelig Grund- og videreuddannelse er nedlagt. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse er oprettet. Sammensætning, opgaver samt forretningsorden for rådet er beskrevet i BEK. nr. 1726 af 21/12/2006 og i BEK. nr. 1707 af 20/12/2006 og Sundhedsstyrelsens ansvar og opgaver i relation til speciallægeuddannelsen er beskrevet i BEK. nr. 1257 af 25/10/2007.

Der er i hver af de tre videreuddannelsesregioner Øst (Region Hovedstaden og Region Sjælland), Syd (Region Syddanmark) og Nord (Region Midtjylland og Region Nordjylland) etableret et Regionalt Råd for Lægers Videreuddannelse og hvert råd betjenes af et sekretariat. Opgaverne for de regionale råd er beskrevet i BEK nr. 1706 af 17/06/2006 og er i overensstemmelse med kommissionens anbefalinger.

Amterne og HS er blevet nedlagt og erstattet af de 5 regioner, der hver har opretholdt eget videreuddannelsesudvalg/råd med undtagelse af Region Syddanmark, der på grund af geografisk sammenfald mellem region og videreuddannelsesregion har valgt kun at oprette ovennævnte regionale videreuddannelsesråd. De fire videreuddannelsesudvalg/råd er organiseret forskelligt. Alle regioner har ansat almen medicinske uddannelseskoordinatorer.

I hver videreuddannelsesregion er der etableret en klinisk-pædagogisk-udviklende funktion (PUF) ved ansættelse af en række postgraduate kliniske lektorer (PKL). De postgraduate kliniske lektorer er ansat på universiteterne med funktion i regionerne. Lektorerne er delvis frikøbt til at varetage en koordinerende og pædagogisk rådgivende funktion indenfor den lægelige videreuddannelse i regionen. I videreuddannelsesregion Nord er der tillige i PUF ansat en postgraduat klinisk professor. Lektorerne og professoren arbejder tæt sammen med de specialerelaterede uddannelsesudvalg /følgegrupper, der hver omfatter uddannelsesansvarlige overlæger, ledende overlæger samt uddannelsessøgende læger indenfor det/de pågældende specialer.

Den nuværende organisationsstruktur for den lægelige videreuddannelse er illustreret i Figur 1.



Figur 1. Organisationsdiagram for den lægelige videreuddannelse

Figuren illustrerer en videreuddannelsesregion, der består af to regioner. Regionens egen organisation er kun vist for den ene region. Ministerium for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelser er anført som Uddannelsesministeriet, den betegnelse som bliver brugt i daglig tale. KVL: Kliniske vejleder; LVS: Organisationen af de Lægevidenskabelige Selskaber;

NRLV: Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse; PUF: Den pædagogiske udviklende funktion; PUK/AMU: Praksisuddannelseskoordinator; RRLV: De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse; SP: Speciallægepraksis; UAO: Uddannelsesansvarlige overlæge; UL: Uddannelsessøgende læge VS: Lægevidenskabelige Selskaber; VUS: Videreuddannelsessekretariatet/Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse.

8.2 Fordeling af opgaver og ansvar

Det overordnede ansvar for videreuddannelsen ligger i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og hos Sundhedsstyrelsen, der begge rådgives af Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

De videnskabelige selskaber og deres fælles organisation varetager beskrivelse af de konkrete faglige kompetencer, der skal opnås i speciallægeuddannelserne, i specialets målbeskrivelse samt sammensætter kursusrækken for de specialespecifikke kurser. Sundhedsstyrelsen godkender og offentliggør målbeskrivelserne.

Regionerne har det overordnede ansvar for drift og udvikling af videreuddannelsen i overensstemmelse med de overordnede nationale bestemmelser. Det konkrete ansvar samt udmøntning heraf varetages af de 3 Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, der hver bistås af et sekretariat og af den pædagogisk udviklende funktion. Videreuddannelsesudvalg/råd i hver region sikrer at beslutninger fra de 3 Regionale Råd udmøntes i den enkelte region.

Hospitals – og afdelingsledelsen såvel som den enkelte praksis sætter de lokale rammer for videreuddannelsen på henholdsvis hospitals- og afdelings- og praksisniveau. De uddannelsesansvarlige overlæger, de kliniske vejledere, almen medicinske koordinatorer og tutor praksis har det daglige ansvar for videreuddannelsen på afdelingen henholdsvis i praksis, men også de uddannelsessøgende læger har et betydeligt ansvar for egen læring.

Kvaliteten af den lægelige videreuddannelse monitoreres via Inspektorordningen (Sundhedsstyrelsen), Evaluer.dk (regionerne) og via udmøntning af Den Danske Kvalitetsmodel (Standard: Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling) i regioner og på hospitaler.

I Tabel 6 og Tabel 7 er listet de forskellige overordnede opgaver og ansvarsfordelingen for udvalgte aktører tilknyttet den lægelige videreuddannelse, der omfatter den kliniske basisuddannelse, introduktionsuddannelsen og hoveduddannelsen.

Tabel 6. Oversigt over opgave- og ansvarsfordeling i varetagelsen af antal stillinger, opslag og besættelse i den lægelige videreuddannelse.

	Nationalt					Regionalt			Lokalt				
	Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Sundhedsstyrelsen	Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse	Videnskabelige selskaber	Org. for Lægevidenskabelige selskaber	Region	Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse/ Videreuddannelsessekretariatet	Pædagogisk Udviklende Funktion	Hospitalsledelsen og afdelingsledelsen	Uddannelses ansvarlige overlæge/ Kliniske vejleder	Tutorpraksis	Uddannelsessøgende læge
Bekendtgørelser	G	G										
Nationale vejledninger		G										
Specialer, opret-te/nedlægge	G	I	I									
Antal stillinger årligt												
KBU		G										
Nationalt		G										
Per region							G					
Lokal fordeling							U					
Intro												
National ramme		G	I									
Regional ramme		G	I									
Lokal fordeling							G		U			
HU		G	I									
Nationalt		G	I									
Per region							G					
Lokal fordeling							U					
Opslag og besættelse												
KBU												
Opslag, tilmelding		G				U						
Ansættelse							G					
Ventetid, opslag, besatte		O					I					
Intro												
Opslag, besættelse									G			
Antal opslag, besatte		O					I					
HU												
Opslag, besættelse						G	I					
Antal opslag, besatte		O					I					

G: Godkendelse/beslutning; **I**: Indstilling/beskrivelse/indberetning; **O**: Offentliggø-re/registrering, **U**: Udmønte.

Tabel 7. Oversigt over opgave- og ansvarsfordeling i varetagelsen af uddannelsesforløb, kompetencevurdering og evaluering af uddannelssted.

		Nationalt				Regionalt			Lokalt				
		Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Sundhedsstyrelsen	NRLV	Videnskabelige selskaber	Region	RRLV/ Videreuddannelses-sekretariatet	PUF	Sygehusledelsen og afdelingsledelsen	UAO/ Kliniske vejleder	Tutorpraksis	Uddannelsessøgende læge
Stillingssammensætning												
KBU:	Andel i alm. praksis		G	I								
	Konkrete forløb						G	I	I			
Intro:	Konkrete stillinger		D				G		I			
HU:	Konkrete forløb		D				G	I	I			
Særlige uddannelsesforløb												
Merit for kompetencer		A	AD				G					(I)
Deltidsansættelse		A	AD				G					(I)
Forlængelse pga. særlige forhold		A	AD				G	I				
Faglige læringsmål												
KBU:	Målbeskrivelse		G									
	Uddannelsesprogram						G	I				
	Uddannelsesplaner									IG	IG	I
Intro	Målbeskrivelse		G		I							
	Uddannelsesprogram						G			I	I	
	Uddannelsesplaner									IG	IG	I
HU	Målbeskrivelse		G		I							
	Uddannelsesprogram						G	I				
	Uddannelsesplaner									IG	IG	I
Kurser												
KBU:	Regionale		G	I			I					
Intro:	Generelle		G				I					
	Specialespecifikke (1)		G		I							
	Lokale							G				
HU:	Generelle		GI				I					
	Specialespecifikke		G		I							
	Forskningstræning		G				I					
	Øvrige							I	G			
Kompetencevurdering												
Generelle krav til dokumentation		A	G									
Autorisation/selvstændigt virke		A	G									I
Speciallægeanerkendelse		A	G				I					I
Godkendelse af ansættelse (tid)		A							G			
Godkendelse af enkeltkompetencer		A					D			G	G	
Evaluering af uddannelssesteder												
Inspektorordningen												
Drift, besøg, rapporter			GO									
Opfølgning på besøg									G	I		
Evaluer DK												
Drift						O	G		G			I
Opfølgning på resultater							G		G			

A: Ankeinstans; **D**: Dispensation; **G**: Godkendelse/beslutning; **I**: Indstilling/beskrivelse/indberetning; **O**: Offentliggøre/registrering. (1) Almindeligvis findes ikke specialespecifikke kurser i introduktionsuddannelsen.

8.3 Den organisatoriske styring

Speciallægekommissionens anbefalinger om organisation og styring af den lægelige videreuddannelse er som anført alle implementeret.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har ved tre møder (9. marts, 5. oktober og 7. december 2011) drøftet organisation og styring af den lægelige videreuddannelse. Rådet erkender, at organisationen af nogle kan opleves uoverskuelig, usammenhængende og bureaukratisk[12]. Rådets konklusion er, at opgaven, videreuddannelse af læger, kan varetages indenfor den nuværende struktur.

Der er enighed om, at den nuværende organisation med større decentralisering har medført flere fordele:

- hurtigere justeringer/tilpasning af uddannelsesforløb når periodiske problemer på enkeltafdelinger eller strukturændringer i regionen gør det nødvendigt/ønskeligt
- stort kendskab til det lokale sundhedsvæsen gør det lettere at sammensætte optimale uddannelsesforløb
- direkte dialog mellem relevante parter lokalt øger muligheden for gode individuelle løsninger
- afgørelser kan baseres på faglig rådgivning forankret i områdets sundhedsvæsen
- styrket samarbejde mellem afdelingerne gennem de regionale følgegrupper og postgraduate kliniske lektorer
- øgede muligheder for løbende tilbagemeldinger og lokal opfølgning vedr. kvaliteten i uddannelsen.

Rådet finder det hensigtsmæssigt at mindske bureaukratiet, især tunge papirgange og har i den forbindelse iværksat udarbejdelse af en ny fælles skabelon for målbeskrivelser. Formålet er at lette arbejdet ved udarbejdelsen og ved revision samt sikre en lettere overførsel af relevante områder fra målbeskrivelsen til uddannelsesprogrammer og individuelle uddannelsesplaner. Skabelonen er offentliggjort og bliver taget i brug af alle specialselskaber ved næste målbeskrivelses revidering.

Rådet ønsker mere fleksibilitet i antallet af uddannelsesstillinger end i de nuværende dimensioneringsplaner, ligesom Rådet ønsker en øget monitorering af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse uden at øge bureaukratiet.

Endelig ønsker Rådet en styrket gennemslagskraft for den pædagogisk udviklende funktion med hensyn til udvikling og anvendelse af nye pædagogiske metoder – gerne i et øget samarbejde med Universiteterne.

Perspektivering. I relation til organisation og styring af den lægelige videreuddannelse besluttedes på mødet den 5.oktober 2011, at Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse anbefaler at:

- organisationen og opgavefordelingen vedr. den lægelige videreuddannelse synliggøres på relevante hjemmesider

- det igangværende arbejde for at lette papirgange/mindske bureaukrati fortsættes

- samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og regioner herunder de regionale videreuddannelsessekretariater styrkes med henblik på løbende drøftelser af og fælles løsninger på nyopståede problemer bl.a. som følge af den hastige udvikling i sundhedsvæsenet

- fleksibilitet i forhold til dimensionering af antal uddannelsesstillinger tydeliggøres således, at antallet af forløb kan justeres og herved gives større ansvar og muligheder i den regionale planlægning.

- den pædagogisk udviklende funktion i hver af de tre videreuddannelsesregioner styrkes yderligere eventuelt ved ansættelse af en postgraduat klinisk professor med henblik på udvikling og ibrugtagning af nye pædagogiske metoder i den lægelige videreuddannelse – i et tæt samarbejde med universiteterne.

9 Specialestrukturen

Speciallægekommissionen anbefalede en specialestruktur i Danmark bestående af relativt få brede specialer suppleret med fagområder, hvortil der er adgang fra flere specialer. Specialerne, men ikke fagområderne godkendes og autoriseres af de centrale sundhedsmyndigheder. Der skulle, ifølge speciallægekommissionen, fremadrettet principielt kun være ét kompetenceniveau, en speciallægeanerkendelse, der kvalificerede til fastansættelse i sundhedsvæsenet.

I det følgende beskrives den nuværende specialestruktur med nuværende specialer og fagområder i relation til den lægelige videreuddannelse. I rapporten er ikke medtaget en evaluering af specialestrukturen, da dette ikke har ligget i kommissoriet for arbejdsgruppen og ville kræve en bredere analyse af udviklingstendenser, nyere organisationsformer mv. i sundhedsvæsenet.

9.1 Specialer

9.1.1 Kriterier for oprettelsen af specialer

Speciallægekommissionen vurderede, at der ikke fandtes nogen entydig definition af et lægeligt speciale, men at sammenhængen mellem et speciale og specialets formelle uddannelseskrav var så udtalt, at et speciale i praksis bedst beskrives som et lægevidenskabeligt område med specifikke uddannelsesregler.

Kommissionen fandt ligeledes, at det fortsat ikke var muligt at foretage en entydig beskrivelse af de kriterier, der skulle være opfyldt for, at et lægefagligt område skulle anerkendes som et speciale. Kommissionen opstillede i stedet en række kriterier, som bør indgå i overvejelserne vedrørende anerkendelse af specialer.

Speciallægekommissionen anbefalede, at følgende kriterier inddrages:

- Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang:
  - Patientunderlag (helst stort)
  - Antal driftsenheder (repræsentation i alle 3 uddannelsesregioner)
  - Speciallægeantal (tilstrækkeligt til at sikre udvikling og uddannelse)

- Det lægevidenskabelige områdes specificitet:
  - Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og uddannelse
  - Selvstændig forskningstradition

- Specialestrukturen i sammenlignelige lande:
  - I hvor mange EU- og EØS-lande specialet er anerkendt

Status og perspektivering: Kriterierne, der blev opstillet af speciallægekommissionen findes fortsat relevante som grundlag i behandlingen af hvilke områder, der skal anerkendes som specialer. Dertil kommer øget hensyntagen til internationale forhold. Det lægelige arbejdsmarked er reguleret af "Overenskomst om fælles nordisk arbejdsmarked for visse personalegrupper inden for sundhedsvæsenet og veterinærvæsenet" samt EU direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer, som er med til at sikre fri bevægelighed af den lægelige arbejdskraft i EU og Norden. Danmark har forpligtet sig til at leve op til de to aftaler, som

forudsætter ligeværdige uddannelser i de involverede stater, såvel hvad angår grunduddannelsen som videreuddannelsen. Lægeligt arbejde er endvidere underlagt EU-traktaten, EU's servicedirektiv og EU's arbejdstidsdirektiv (Bilag 1).

9.1.2 Nuværende specialer i Danmark og andre lande

Speciallægekommissionen anbefalede at konvertere de tidligere grenspecialer til enten at blive egentlige specialer med integration af det tidligere grundspeciale, eller at blive en del af grundspecialet eller endelig at blive et fagområde. Konkret anbefalede kommissionen følgende:

- Grenspecialet klinisk neurofysiologi konverteres til et fagområde.
- Medicinsk allergologi og hepatologi konverteres til fagområder.
- De øvrige medicinske grenspecialer konverteres til specialer med integreret intern medicin.
- Grenspecialet kirurgisk gastroenterologi konverteres til en del af specialet kirurgi.
- De øvrige kirurgiske grenspecialer konverteres til selvstændige specialer med indbygget fælles kirurgisk uddannelse.

Endvidere anbefalede speciallægekommissionen, at den fremtidige status for specialet klinisk farmakologi afventede en igangsat evaluering af den videnskabelige og faglige udvikling ved landets tre farmakologiske centre.

Status. Speciallægekommissionens anbefalinger blev implementeret per 1. januar 2004 med 37 specialer og uden opdeling i gren- og grundspecialer. De centrale sundhedsmyndigheder valgte dog ikke at konvertere hepatologi til et fagområde, men i stedet at integrere det hepatologiske område i specialet intern medicin: gastroenterologi og hepatologi. Klinisk farmakologi forblev et speciale. Med virkning fra 1.februar 2008 blev tillige retsmedicin anerkendt som et speciale, hvorved det samlede antal specialer steg til 38.

Navne og størrelsesorden af nuværende specialer i Danmark og specialer indmeldt til EU-direktiv samt antal lande med disse, ses af Tabel 8.

De to første kolonner viser navnene på de specialer, som er indmeldt til EU-direktivet, samt i hvor mange lande specialet anerkendes. Det ses af specialenavnene, at en del af specialerne umiddelbart minder om hinanden. Eksempelvis dermatologi, dermato-venerologi samt venerologi. En læge med anerkendelse i dermatologi kan ikke få konverteret sin anerkendelse til en speciallægeanerkendelse i dermato-venerologi i et andet land. De tre lande, der har indmeldt et selvstændigt speciale i dermatologi, er også de tre lande, der har indmeldt et speciale i venerologi. Ved udgangen af 2012 vil Sundhedsstyrelsen ikke længere tildele udenlandske speciallæger i intern medicin, kirurgisk gastroenterologi, klinisk neurofysiologi samt medicinsk allergologi en speciallægeanerkendelse i Danmark, da der ikke længere gennemføres uddannelse indenfor disse specialer. I stedet har speciallæger i disse specialer mulighed for at få foretaget en meritvurdering med henblik på anerkendelse som speciallæge i et andet speciale.

"Andel besatte 2006-2010" angiver andel besatte HU-forløb i forhold til det antal HU-forløb der i henhold til den pågældende dimensioneringsplan burde væres slået op i perioden. Endvidere angives i tabellen det faktisk antal opslåede (inklusiv

genopslag) og besatte HU-forløb med start i 2010. Dimensioneringsplanen 2010 angiver hvor mange HU-forløb, der burde være blevet slået op i 2010. Endeligt angiver sidste kolonne andelen af besatte forløb i 2010 i forhold til dimensioneringsplanen det pågældende år.

Antallet af uddannelsesforløb fastlægges af Sundhedsstyrelsen i dimensioneringsplaner med et femårigt sigte. Den nuværende dimensioneringsplan dækker perioden 2008-2012. Med offentliggørelsen af dimensioneringsplan 2013-2017 i december 2011 er antallet af hoveduddannelsesforløb holdt på et næsten uændret niveau.

Tabel 8. Specialer indmeldt til EU direktivet og specialer i Danmark

EU direktiv		Danmark	Antal beskæftigede			Hoveduddannelsesforløb			
Specialenavn	Antal lande m. specialet	Specialenavn	pr. 1.1.2009**	Prognose for 2030***	Andel besatte 2006-2010	Opslåede 2010	Besatte 2010	Dim. plan 2010	Andel besatte ifht dim. plan 2010
Almen praksis		Almen medicin	4443	5046	85%	228	194	240	81%
Anæstesiologi	27	Anæstesiologi	926	1150	98%	53	54	54	100%
Arbejdsmedicin	26	Arbejdsmedicin	95	128	45%	10	4	9	44%
Blodtypeserologi	4	Blodtypeserologi****							
Børne- og ungdomspsykiatri	22	Børne- og ungdomspsykiatri	136	364	94%	33	20	20	100%
Børnekirurgi	23								
Dermatologi	3								
Dermato-venerologi	25	Dermato-venerologi	153	235	84%	18	18	13	138%
Diagnostisk radiologi	27	Diagnostisk radiologi	471	659	89%	38	32	33	97%
Fysiurgi eller rehabilitering	23								
Gynækologi og obstetrik	27	Gynækologi og obstetrik	528	645	93%	30	29	32	91%
		Hepatologi****		-	-			-	
Intern medicin	27	Intern medicin****	184	68	-			-	
Medicinsk endokrionologi	23	IM: endokrinologi	178	293	80%	23	17	17	100%
Medicinsk gastroenterologi	26	IM: gastroenterologi og hepatologi	154	240	103%	18	18	13	138%
Geriatri	18	IM: geriatri	77	174	68%	5	10	11,5	87%
Hæmatologi	22	IM: hæmatologi	95	194	89%	13	12	11,5	104%
Infektionsmedicin	20	IM: infektionsmedicin	69	159	100%	10	10	9	111%
kardiologi	25	IM: kardiologi	323	462	96%	24	24	24	100%
Medicinske lungesygdomme	27	IM: lungesygdomme	122	241	84%	22	13	14	93%
Nefrologi	24	IM: nefrologi	109	232	79%	15	13	13	100%
Reumatologi	26	IM: reumatologi	215	297	72%	21	9	18	50%
Karkirurgi	22	Karkirurgi	67	114	89%	9	5	6	83%
Katastrofemedicin	9								
Kirurgi	27	Kirurgi	460	583	89%	43	37	33	112%
Kirurgisk gastroenterologi***	11	Kirurgisk gastroenterologi****		-	-			-	
Klinisk biokemi	16	Klinisk biokemi	88	108	77%	6	6	6	100%
Klinisk biologi	15								
Klinisk farmakologi	16	Klinisk farmakologi	35	80	50%	4	4	5	80%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	23	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	74	169	85%	11	9	9	100%
Medicinsk genetik		Klinisk genetik	22	87	107%	8	8	4,5	178%
Klinisk immunologi	15	Klinisk immunologi	39	80	90%	1	1	4	25%
Klinisk mikrobiologi	21	Klinisk mikrobiologi	87	119	97%	6	6	6	100%
Klinisk neurofysiologi	7	Klinisk neurofysiologi****		-	-			-	
Onkologi	27	Klinisk onkologi	124	440	100%	31	30	26	115%
Kæbe ansigts kirurgi	14								
medicinsk allergologi	16	Medicinsk allergologi****		-	-			-	
Medicinsk onkologi									
Neurokirurgi	27	Neurokirurgi	69	123	93%	4	3	6	50%
Neurologi	27	Neurologi	266	488	87%	28	21	26	81%
Neuropsykiatri	10								
Oftalmologi	27	Oftalmologi	314	401	88%	19	18	19,5	92%
Ortopædisk kirurgi	27	Ortopædisk kirurgi	643	778	100%	39	39	37	105%
Oto-rhino-laryngologi	27	Oto-rhino-laryngologi	335	474	94%	23	23	24	96%
Patologisk anatomi og cytologi	27	Patologisk anatomi og cytologi	180	282	87%	21	15	15	100%
Plastikkirurgi	27	Plastikkirurgi	94	142	74%	6	6	9	67%
Psykiatri	27	Psykiatri	817	916	79%	60	37	50	74%
Pædiatri	27	Pædiatri	374	559	102%	32	31	27	115%
Radiologi	12								
		Retsmedicin	10	48	78%	4	3	3	100%
Samfundsmedicin	23	Samfundsmedicin	152	142	51%	10	8	9	89%
Stomatologi	5								
Tand-, mund- og kæbe-ansigtskirurgi	9								
		Terapeutisk radiologi****		-	-			-	
Thoraxkirurgi	26	Thoraxkirurgi	91	84	100%	4	4	3	133%
Tropemedicin	8	Tropemedicin****		-	-			-	
Urologi	27	Urologi	150	248	91%	16	13	14	93%
Venerologi	3								

* Indmeldt til EU-direktivet pr. marts 2011
** Tallene dækker erhvervsaktive læger til og med 70 år. Speciallæger, som har opnået speciallægeanerkendelse i et at de nedlagte specialer er talt med i det speciale, som i dag rummer det nedlagte speciale. Medicinsk allergologi er indeholdt i intern medicin: lungesygdomme, kirurgisk gastroenterologi er indeholdt i kirurgi, klinisk neurofysiologi er indeholdt i neurologi, tropemedicin er indeholdt i intern medicin: infektionsmedicin mens terapeutisk radiologi er indeholdt i klinisk onkologi
*** Speciallæger, som har opnået speciallægeanerkendelse i et at de nedlagte specialer er talt med i det speciale, som i dag rummer det nedlagte speciale. Medicinsk allergologi er indeholdt i intern medicin: lungesygdomme, kirurgisk gastroenterologi er indeholdt i kirurgi, klinisk neurofysiologi er indeholdt i neurologi, tropemedicin er indeholdt i intern medicin: infektionsmedicin mens terapeutisk radiologi er indeholdt i klinisk onkologi
**** nedlagt som selvstændigt speciale
Kilde: EU-direktiv 2005/36/EF, Sundhedsstyrelsens bevægelsesregister, lægeprognose 2010-2030, oversigter over besatte og ubesatte HU-forløb.

Perspektivering. De nuværende specialer lever stadig op til de kriterier speciallægekommissionen fastlagde, og der er god overensstemmelse mellem eksisterende specialer i Danmark, EU og Norden. Nogle specialer er små, men har til gengæld en klar specificitet. Det gælder således retsmedicin, klinisk genetik, klinisk farmakologi og klinisk immunologi, hvoraf retsmedicin ikke er optaget i EU-direktivet. Flere af de små specialer har haft rekrutteringsproblemer – og i specialet klinisk farmakologi har det endvidere været vanskeligt for de nyuddannede speciallæger at opnå slutstillinger – til trods for øget fokus på rationel farmakoterapi. Det er vigtigt fremover løbende at følge specialernes udvikling og med en vis regelmæssighed revurdere behovet for specialet.

9.1.3 Ønsker om nye specialer

Speciallægekommissionen skrev, at den hastigt forløbende sundhedsfaglige udvikling betinger en stadig opmærksomhed på behovet for justeringer af og ændringer i specialestrukturen.

Status. Ministeriet for sundhed og forebyggelse godkender på baggrund af indstilling fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse oprettelse og nedlæggelse af specialer (BEK nr. 1707 af 20/12/2006).

Siden speciallægekommissionens betænkning udkom i 2000 er der fra tid til anden ytret ønsker om oprettelse af nye specialer. Det drejer sig om: akutmedicin, børnekirurgi, intensiv medicin, klinisk neurofysiologi, kolorektal kirurgi, medicinsk allergologi, palliativ medicin og retsmedicin. Alle på nær retsmedicin er i dag registreret som fagområder. Retsmedicin er blevet anerkendt som et nyt speciale primært grundet juridiske/retslige krav. Retsmedicin er ikke optaget som speciale i EU-direktiv 2005/36/EF og retsmedicin er dermed ikke omfattet af den gensidige anerkendelse. En del af de danske fagområder er registret som specialer af flere lande i EU-direktivet: akutmedicin (9 lande, se nedenfor), børnekirurgi (23 lande), klinisk neurofysiologi (7 lande), medicinsk allergologi (16 lande).

I perioden lige inden arbejdsgruppens arbejde blev iværksat har Dansk Selskab for Akutmedicin fremsat et konkret ønske om at akutmedicin oprettes som speciale og Dansk Selskab for Klinisk Neurofysiologi har fremsendt en ansøgning til Sundhedsstyrelsen om at klinisk neurofysiologi bliver et selvstændigt speciale. Derfor beskrives disse to områder nærmere nedenfor – hvor forudsætningen er at foreslå løsninger på identificerede problemstillinger indenfor den givne specialestruktur.

9.1.3.1 Akutmedicin

Baggrund. I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens rapport fra 2007[8] har Regionerne iværksat en omfattende omorganisering af det akutte beredskab i Danmark. Det vil medføre, at hovedparten af de akutte patienter på hospitalerne fremover vil blive modtaget i en af 20 fælles akutmodtagelser (FAM) på hovedfunktionsniveau eller i et af 4 højtspecialiserede traumecentre. Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at der på FAM´s matrikel (hovedfunktionsniveau) er speciallæger til stede døgnet rundt indenfor specialerne intern medicin, kirurgi, ortopædisk kirurgi og anæstesiologi samt inden for diagnostisk radiologi skal som minimum har speciallæger i rådighedsvagt. Desuden skal der foreligge mulighed for rådgivning inden for klinisk biokemi og klinisk mikrobiologi[8]. Herudover kan de fælles akutmodtagelser have andre supplerende specialer. Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet bygger på de allerede eksisterende specialer, og forudsætter ikke et speciale i akutmedicin.

Med etableringen af fælles akutmodtagelser, er der skabt opmærksomhed om fagområdet akutmedicin. LVS præsenterede i 2008 selskabets oplæg til en efteruddannelse i akutmedicin med det formål at styrke speciallægernes tværgående akutte kompetencer. LVS har siden revideret fagområdebeskrivelsen på baggrund af de hidtidige erfaringer.

Målbeskrivelsen svarer til et 2 års uddannelsesprogram, og er tiltænkt speciallæger fra relevante specialer, og med funktion i FAM.. En række speciallæger i Nord- og Midtjylland er i gang med efteruddannelse indenfor området og de første 22 blev færdiguddannet i efteråret 2011. Der er i alle regioner iværksat efteruddannelsesinitiativer målrettet arbejdet i de fælles akutmodtagelser.

Dansk Selskab for Akutmedicin ønsker, at der oprettes et speciale i akutmedicin. Det er selskabets opfattelse, at der vil være behov for speciallæger med brede akutte kompetencer i FAM, og at dette kan tilgodeses gennem oprettelse af et speciale på området. Speciallæger i akutmedicin skal ifølge selskabet være ”eksperter i modtagelse” og i stand til at varetage initial vurdering og behandling hos hovedparten af de akutte patienter. Såfremt større specialistkompetencer er påkrævet skal akutmedicineren tilkalde speciallæger fra de relevante specialer. Ifølge selskabet kan speciallægerne fra de øvrige specialer derved fortsat koncentrere sig om deres eget speciale.

Vurdering. En vurdering af det hensigtsmæssige i at oprette akutmedicin som speciale på nuværende tidspunkt ud fra speciallægekommissionens anbefalede kriterier (se afsnit 9.1.1) er angivet i Tabel 9.

Tabel 9. Oversigt over specialekriterier for Akut medicin

Kriterier	Akut medicin
Områdets størrelse og omfang :	
- Patientunderlag (helst stort)	Opfyldt
- Antal driftsenheder (rep. i alle 3 uddannelsesregioner)	Opfyldt
- Speciallægeantal (nok til at sikre udvikling og uddannelse)	Ikke opfyldt
Områdets specificitet :	
- Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og udd.	Ikke opfyldt
- Selvstændig forskningstradition	Ikke opfyldt
Specialestruktur i sammenlignelige lande :	
- I hvor mange EU- og EØS –lande er specialet anerkendt	9*(ud af 27)

* Specialet Emergency Medicine, oversat til katastrofemedicin, men indholdsmæssigt ikke langt fra akutmedicin. Akutberedskabet i Danmark adskiller sig fra øvrige lande ved at de akutte patienter på hospitalerne i Danmark næsten altid er vurderet og visiteret af speciallæger i almen medicin eller anæstesiologi (akutbiler) præhospitalt.

Perspektivering. Akutmedicin bør opretholdes som fagområde så fleksibiliteten fastholdes med mulighed for tilgang af læger fra flere specialer. Efteruddannelsen af speciallæger målrettet arbejdet i de fælles akutmodtagelser er et element, der bør indgå for at sikre en højt kvalificeret og målrettet speciallægebemanding til at varetage patientbehandling, uddannelse, faglig udvikling og forskning i tilknytning til de nye FAM og traumecentrene.

Der pågår på nuværende tidspunkt på flere hospitaler i hele landet etablering af forskellige modeller af de fælles akutte modtagelser. Når der er opnået erfaringer med driften og den lægelige videreuddannelse i de nuværende og kommende nye afdelinger, vil det være muligt at vurdere, om der er behov for ændring af den nuværende specialestruktur.

9.1.3.2 Klinisk neurofysiologi

Baggrund. Klinisk neurofysiologi var indtil 1982 et selvstændigt speciale og fra 1982 et grenspeciale til neurologi. I overensstemmelse med speciallægekommissionens anbefaling blev klinisk neurofysiologi i 2003 ændret fra at være et grenspeciale til at være et fagområde i neurologi.

Ifølge selskabet opstod der betydelige rekrutteringsvanskeligheder efter ændring af områdets status fra grenspeciale til fagområde.

Dansk Selskab for Klinisk Neurofysiologi udarbejdede i 2003 en målbeskrivelse for en 2½ år varende fagområdeuddannelse i klinisk neurofysiologi, der sikrer kompetencer på niveau med den tidligere speciallægeuddannelse i klinisk neurofysiologi. I første halvdel af hoveduddannelsen i neurologi indgår en periode på 4-6 måneder med tjeneste ved en klinisk neurofysiologisk afdeling.

Uddannelsessøgende læger, får ifølge selskabet typisk interesse for området under deres uddannelsesophold på en neurofysiologisk afdeling.

Indlejringen af klinisk neurofysiologi i specialet neurologi har ifølge selskabet ikke kun været negativ. De nye neurofysiologer kan i kraft af deres øgede kliniske kompetencer i neurologi i større omfang end tidligere varetage klinisk undersøgelse, behandling og rådgivning af patienterne udover de egentlige neurofysiologiske un-

dersøgelser. Derudover er det muligt at etablere kombinationsstillinger hvor "neurofysiologen" bruger en del af sin arbejdstid på neurofysiologiske undersøgelser og den resterende tid på andet klinisk neurologisk arbejde.

På baggrund af ovennævnte problemstilling fremsendte Dansk Selskab for Klinisk Neurofysiologi i 2009 en ansøgning til Sundhedsstyrelsen om oprettelse af klinisk neurofysiologi som selvstændigt speciale. Ansøgningen har været drøftet ved møder i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 25. marts 2009 samt 22. oktober 2010, hvor der ikke var flertal for at oprette et speciale i Klinisk neurofysiologi.

Vurdering. Klinisk neurofysiologi varetages, ifølge ansøgningen, dels af 4 egentlige afdelinger i specialet (København, Glostrup, Odense og Århus), dels af ca. 20 afsnit/laboratorier ved øvrige hospitaler ofte i et satellitsamarbejde med en klinisk neurofysiologisk afdeling. Disse afsnit/laboratorier udgør ofte en del af en neurologisk afdeling. Der udføres årligt ca. 53.000 klinisk neurofysiologiske undersøgelser primært elektroencephalografier (EEG), elektroneuronografier (ENG) og elektromyografier (EMG). Langt hovedparten af undersøgelserne udføres på patienter med neurologiske lidelser/problemstillinger. Nye ydelser er under udvikling og klinisk neurofysiologi har egen forskningsaktivitet bl.a. ved flere kliniske professorater. Ifølge Dansk Selskab for Klinisk Neurofysiologi var der i 2009 26 speciallæger aktive indenfor området deraf en fagområde uddannet.

En vurdering af det hensigtsmæssige i at oprette klinisk neurofysiologi som speciale ud fra speciallægekommissionens anbefalede kriterier (se afsnit 9.1.1) er angivet i Tabel 10.

Tabel 10. Oversigt over opfyldte kriterier for Klinisk neurofysiologi.

Kriterier	Klinisk neurofysiologi
Områdets størrelse og omfang :	
- Patientunderlag (helst stort)	Opfyldt
- Antal driftsenheder (rep. i alle 3 uddannelsesregioner)	Opfyldt
- Speciallægeantal (nok til at sikre udvikling og uddannelse)	Opfyldt
Områdets specificitet :	
- Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og udd.	Ikke opfyldt
- Selvstændig forskningstradition	Opfyldt
Specialestruktur i sammenlignelige lande :	
- I hvor mange EU- og EØS –lande er specialet anerkendt	7 (ud af 27)

Med hensyn til størrelse og omfang udgør klinisk neurofysiologi et lille område, men er dog på størrelse med andre små specialer (Tabel 8). De klinisk neurofysiologiske undersøgelsesmetoder er meget specifikke. Men hvad angår patientkategorier, uddannelse og organisatorisk placering i sundhedsvæsenet er der og vil forsat være meget store berøringsflader mellem specialet neurologi og klinisk neurofysiologi – uanset specialemæssig status af sidstnævnte.

Perspektivering. Det er væsentligt i fremtiden at øge indsatsen for at styrke interessen for klinisk neurofysiologi under speciallægeuddannelsen i neurologi og for at fastholde interessen igennem hele uddannelsen for de særligt interesserede. Det kan gøres ved at sikre muligheden for individuel profilering indenfor fagområdet for de uddannelsessøgende, der er i hoveduddannelsesforløb i specialet neurologi.

Læger med særlige evner og interesse for området kan supplere de målbeskrevne kompetencer i neurologi med yderligere kompetencer indenfor det klinisk neurofysiologiske område. Et øget antal stillinger for speciallæger med delfunktion i klinisk neurofysiologi kombineret med anden klinisk neurologi vil kunne stimulere interessen.. Sådanne delestillinger vil formentlig være særlig værdifulde til at øge rekrutteringen af speciallæger til de klinikker/laboratorier, som udgør en del af en neurologisk afdeling på hospitaler uden en egentlig klinisk neurofysiologisk afdeling.

9.2 Fagområder

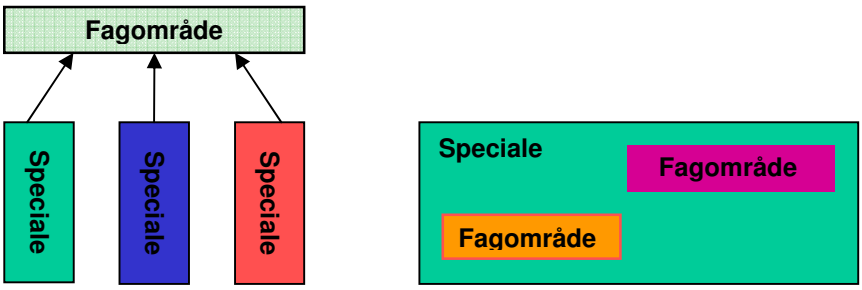
Speciallægekommissionen anbefalede med den nye specialestruktur, at betegnelsen fagområde skulle anvendes om de grenspecialer, som ikke blev videreført som speciale, samt om de eksisterende og evt. kommende subspecialer, interesseområder og ekspertområder. Det blev ligeledes anbefalet, at fagområder ikke skal godkendes og autoriseres af de centrale sundhedsmyndigheder.

Hensigten med opdelingen i fagområder og specialer var, at den faglige udvikling lettere tilgodeses ved fagområderne, der let kan dannes og visne bort når det var nødvendigt. Dermed kan fagområderne være med til at sikre en stor grad af fleksibilitet.

Speciallægekommissionen beskrev et fagområde som karakteriseret ved:

- at profilering indenfor et fagområde som hovedregel ikke er betinget af en speciallægeanerkendelse indenfor et bestemt speciale
- lægevidenskabelige områder hvor læger fra flere specialer beskæftiger sig med samme sygdomme, metode til undersøgelse eller behandling af samme sygdomme
- at læger med særlig interesse og kompetence arbejder indenfor et afgrænset område, som ikke er dækket af et godkendt speciale, eller udgør en mindre del heraf
- at variere i størrelse og omfang
- at de kan findes ved såvel funktionsbærende som ved højtspecialiserede afdelinger
- at uddannelsen er mindre formaliseret end for specialer
- at de ikke godkendes og anerkendes af de centrale sundhedsmyndigheder
- at de kan være baseret på kompetence inden for såvel kliniske områder, som indenfor forskning, pædagogik, ledelse, administration mm.

Status. Speciallægekommissionens anbefalinger vedrørende fagområder er implementeret. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse definerede et fagområde som følger: ”Et fagområde afgrænser et særligt interesse- og kompetenceområde, som enten ikke er dækket af et godkendt speciale eller udgør en mindre del heraf. Fagområder kan ikke opnå eller tildeles godkendelse eller autorisation af sundhedsmyndighederne”[13]. Denne fagområdebeskrivelse er illustreret i Figur 2.



Figur 2. Typer af fagområder

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse anbefalede på mødet den 17. april 2002 Sundhedsstyrelsen at gøre fagområder, defineret som ovenfor, til en del af den daværende § 14 vurdering snarere end en del af specialestrukturen. Det medførte, at særlige krav om kompetencer udover speciallægeanerkendelse skulle fremgå af stillingsopslag til overlægestillinger og at den faglige § 14 vurdering i disse tilfælde skulle suppleres med de videnskabelige selskabers eventuelle vejledende retningslinjer til uddannelse indenfor fagområder eller andre kompetencer.

I 2007 udgik § 14 af lægeloven og den centrale § 14 vurdering blev nedlagt. Ansvaret for den faglige bedømmelse og ansættelse af overlæger ligger nu i regionerne. Kravene om beskrivelse af særlige fagområder i stillingsopslag/funktionsbeskrivelser og faglig bedømmelse af ansøgernes kompetencer indenfor disse områder er opretholdt i de regionale retningslinjer og indgår i Den Danske Kvalitetsmodel[14] i standarden 1.4.2: Ansættelse af overlæger.

Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) offentliggør konkrete fagområdebeskrivelser inklusive målbeskrivelser fra de enkelte videnskabelige selskaber bl.a. for at imødekomme ovenstående forventninger om vejledende retningslinjer til uddannelse indenfor konkrete fagområder. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse[15] tilkendegav på rådsmøde den 3. juni 2009 fortsat opbakning til LVS's offentliggørelse af fagområder. Det blev samtidig aftalt, at LVS holder Rådet opdateret om udviklingen inden for fagområderne.

På LVS´ hjemmeside er der aktuelt offentliggjort 55 fagområder, indmeldt af 20 lægevidenskabelige selskaber. Hovedparten af disse fagområder udgør et delområde af et enkelt speciale, mens et mindretal hver for sig relaterer sig til mere end et speciale f.eks. akutmedicin, allergologi og spiseforstyrrelser.

Sundhedsstyrelsens nye specialeplan, der er udarbejdet i et tæt samarbejde med de videnskabelige selskaber og regionerne, har synliggjort et meget stort antal funktioner med karakter af fagområder, dels indenfor de enkelte specialer, men også på tværs af specialer. For at en afdeling kan varetage en konkret funktion stilles der i planen som udgangspunkt krav om at mindst 3 af afdelingens speciallæger er uddannet i at varetage funktionen.

Lægers uddannelse i fagområder påbegyndes ofte på det basale niveau under speciallægeuddannelsen, men egentlig subspecialiseret uddannelse foregår efter speciallægeanerkendelsen. Denne efteruddannelse sker i dialog mellem speciallægen og dennes ledelse, hvor fagområdernes målbeskrivelser dels kan være input til og dels

et supplement til regionale efteruddannelsestilbud for at sikre en individuel uddannelse baseret på den enkelte speciallæges kompetencer og sundhedsvæsnets behov.

Perspektivering. De karakteristika som speciallægekommissionen opstillede for fagområder vurderes til fortsat at skulle være gældende.

Der forventes en hurtig og dynamisk videreudvikling af eksisterende fagområder såvel som udvikling af en række nye fagområder indenfor og mellem specialer.

Uddannelse i fagområder eller efteruddannelse i øvrigt skal ikke godkendes eller certificeres, da dette ikke harmonerer med ønsket om og behovet for stor fleksibilitet samt løbende tilpasning til sundhedsvæsnets behov.

Det er hensigtsmæssigt, at LVS fortsat offentliggør fagområdebeskrivelser med blandt andet vurderinger af kompetencebehov og forslag til efteruddannelse på de forskellige områder.

9.3 Funktion af den samlede specialestruktur

Speciallægekommissionen havde følgende krav og forventninger til den nye specialestruktur (med kursiv er fremhævet de konkrete temaer som efterfølgende kommenteres i afsnittet om nuværende status)**:**

- at den er så *fleksibel*, at den *fortløbende kan tilpasses* såvel sundhedsvæsenets som den sundhedsfaglige udvikling

- at den sikrer den bedst mulige betjening af *såvel de funktionsbærende enheder som de højtspecialiserede enheder*, herunder sikrer, at den understøtter *samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren* samt gør det muligt at anlægge *helhedsbetragtninger i patientforløbene*

- at den sikrer, at patienter *altid* kan blive undersøgt og behandlet af *en velkvalificeret speciallæge inden for det pågældende sygdomsområde*

- at den fører til hensigtsmæssige rammer for arbejdstilrettelæggelsen på hospitalerne, for afdelingsstrukturen og for den *funktionelle samordning* og således *ikke fører til en forøgelse af antallet af selvstændige driftsenheder eller* gør det nødvendigt at etablere *flere vagtberedskaber*

- at den tager hensyn til gældende EU-direktiver og nordiske konventioner om uddannelse og anerkendelse af speciallæger samt til advisory committee on medical training´s anbefalinger.

Speciallægekommissionen skrev endvidere følgende om fordele og ulemper ved en specialisering:

Fordelene ved at anerkende et lægevidenskabeligt område som et speciale er dels, at de dermed følgende krav om, at uddannelsen inden for området baseres på godkendte målbeskrivelser og ledsages af en konsekvenshavende evaluering af måloplfyldelsen vil sikre, at speciallæger inden for området har den ønskede kvalitet, dels at den faglige udvikling inden for området herved i et vist omfang kan understøttes.

Ulemperne ved en tiltagende specialisering er dels, at der herved vil opstå en reel risiko for at patienterne falder igennem dvs. modtages af en læge, der er så snævert

uddannet, at vedkommende ikke er i stand til at sikre en relevant visitation, undersøgelse og behandling, dels at en struktur omfattende mange og relativ snævre specialer vil være mindre fleksibel end en struktur, der omfatter få og relative brede specialer.

Speciallægekommissionen vurderede, at den struktur, der bedst kunne leve op til ovenstående krav, er en struktur med relativt få brede specialer samt fagområder, hvortil der er adgang fra flere specialer.

Status. Den foreslåede specialestruktur med relativt få brede specialer samt fagområder er indført. Nedenfor gøres status over i hvilken grad strukturen har levet op til ovenstående krav (tekst i kursiv er citater fra ovenstående tekst fra speciallægekommissionen)**.**

"Fleksibilitet og fortløbende tilpasning til såvel sundhedsvæsenets og den sundhedsfaglige udvikling". I de 11 år, der er forløbet siden speciallægekommissionens betænkning, er der sket store ændringer i sundhedsvæsenet og en betydelig sundhedsfaglig udvikling. Specialestrukturen har understøttet den sundhedsfaglige udvikling, og specialestrukturen fremstår derfor både robust og tilstrækkelig fleksibel.

"Ikke forøgelse af selvstændige driftsenheder eller vagtberedskaber". Den nye specialestruktur medførte en overgang i beskedent omfang oprettelse af nye driftsenheder i form af selvstændige afdelinger indenfor de nye specialer f.eks i urologi og karkirurgi. Mest dominerende har dog været nedlæggelse/fusioner af et stort antal hospitaler og afdelinger, så der i dag er færre, men til gengæld større driftsenheder. Den øgede specialisering både imellem og indenfor de enkelte specialer, de øgede muligheder for akutte liv- eller førlighedsreddende behandlinger og endelig forventninger/krav til "samme kvalitet døgnet rundt" har øget antallet af vagtlag bemandet med speciallæger med specialiserede kompetencer. Denne udvikling i antal vagtlag modvirkes til en vis grad ved etablering af flere fælles vagter på tværs af flere afdelinger til betjening af fælles akutmodtagelser.

"Betjening af såvel de funktionsbærende som de højtspecialiserede enheder". Den nye specialestruktur, især indenfor det medicinske område, var en udfordring for små hospitaler og medvirkende til deres nedlæggelse eller omdannelse til specialhospitaler. Udtrykket "funktionsbærende enheder " anvendes ikke længere, men specialestrukturen har vist sig velegnet til betjening af de hospitalstyper og -størrelser vi har i dag. Der er på de fleste hospitaler med hovedfunktion indenfor det medicinske område en stor bred medicinsk afdeling, der rummer hovedparten af eller alle de medicinske specialer, mens der på de store universitetshospitaler er separate afdelinger for hvert af specialerne, som dog ofte har tæt samarbejde omkring en fælles akutmodtagelse med fællesvagt. Især de små specialer er ikke repræsenteret som afdelinger på alle hospitaler. Hvis et speciale ikke er repræsenteret, betjenes hospitalet ofte via udefunktion fra afdelingerne på det nærmeste universitetshospital.

"*Samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren, helhedsbetragtninger i patientforløbene, altid en velkvalificeret speciallæge inden for det pågældende sygdomsområde".* Det kan være vanskeligt for de praktiserende læger at vurdere hvortil den enkelte patient bedst henvises, særligt hos patienter med flere eller meget komplekse lidelser/tilstande. Disse patienter vil komme i kontakt med en lang række specialister, der hver for sig gør det godt, men uden indbyrdes koordinering af deres indsats.

Med henblik på at sikre bedre sammenhæng mellem primærsektoren og hospitalerne er der etableret en række nye samarbejdsformer såsom fælles forløbsprogrammer (f.eks. shared care), udgående teams, praksiskonsulentordninger mm.

På hospitalerne er der ligeledes etableret mange nye former for samarbejde på tværs af specialer for at styrke sammenhæng og kvalitet for patienterne: multidisciplinære teams, tværfaglige ambulatorier, diagnostiske centre, fælles operationer, fælles akutmodtagelser, center- og klyngedannelse mm.

Perspektivering. Den nuværende specialestruktur har muliggjort stor faglig udvikling med stigende specialisering og høj kvalitet i de specialiserede ydelser, hvilket bør fastholdes. Den har imidlertid mindsket sammenhængen såvel mellem specialer og sektorer som indenfor specialerne, hvor de enkelte speciallæger ofte er blevet så specialiserede – at de har mistet væsentlige generalistkompetencer. Det er en ulempe for de patienter, der har behov for hjælp indenfor andre specialer, og for de uddannelsessøgende læger, der skal vejledes. Som kompensation for disse ulemper anbefales det, at ovennævnte tværfaglige samarbejde styrkes og at det i højere grad inddrages i speciallægeuddannelsen. Der bør endvidere være mere fokus på, at den enkelte speciallæge opretholder og bruger sine basale kompetencer og ikke kun de meget specialiserede. Øget rutine i de basale kompetencer kan befordres af, at flere speciallæger fremover deltager i det akutte vagtarbejde – men også ved, at der etableres flere lettilgængelige opdaterede retningslinjer og eventuelt særlige korte kurser angående aktuel diagnostik, visitation og behandling af hyppigt forekommende tilstande.

9.4 Konkrete specialeområder

Speciallægekommissionen valgte at fremsætte specifikke anbefalinger vedrørende en række konkrete specialeområder: Det intern medicinske område, det kirurgiske område, det neurologiske område, laboratorieområdet, de billeddiagnostiske specialer og almen medicin. Disse områder beskrives nedenfor med undtagelse af neurologien da dette i betænkningen vedrørte ændring af klinisk neurofysiologi til et fagområde – en problemstilling som er beskrevet ovenfor. Til gengæld indgår nedenfor et mindre afsnit om de særlige problemstillinger, der er indenfor det psykiatriske område.

9.4.1 Det intern medicinske område

Speciallægekommissionen skrev og anbefalede, at de intern medicinske grenspecialer og intern medicin integreres, så samtlige specialister inden for det intern medicinske område har modtaget uddannelse inden for intern medicin i et sådant omfang, at de alle kan varetage den akutte funktion ved en funktionsbærende enhed.

For at sikre intern medicin som fælles arbejdsområde, kræver forslaget:

- at såvel uddannelsesbestemmelser som målbeskrivelser har et indhold, der sikrer en fælles uddannelse af fornødent omfang i intern medicin
- at de involverede parter, herunder ikke mindst de centrale sundhedsmyndigheder, fastholder dette krav om denne fælles uddannelse
- at man følger kommissionens anbefaling af, at selvstændige specialespecifikke afdelinger, dvs selvstændige driftsenheder svarende til de i dag eksi-

sterende grenspecialer, kun bør etableres ved de højtspecialiserede enheder.

Speciallægekommissionen fremsatte følgende konkrete forslag vedrørende uddannelse indenfor intern medicin:

- at introduktionsuddannelsen skal finde sted ved en intern medicinsk afdeling ved en funktionsbærende enhed eller ved en specialespecifik intern medicinsk afdeling ved en højt specialiseret enhed, forudsat denne har alment intern medicin som arbejdsområde og kan leve op til de i målbeskrivelserne stillede krav

- at hoveduddannelsen indledes med en fælles intern medicinsk basisuddannelse ved en funktionsbærende enhed, fortsætter med en specialespecifik uddannelse ved en højt specialiseret enhed og afsluttes med tjeneste i bagvagtsfunktion på speciallægeniveau ved den enhed, uddannelsen påbegyndtes ved

- at uddannelsen inden for såvel generel intern medicin som specialiseret intern medicin i videst muligt omfang integreres.

Det bør således tilstræbes, at den uddannelsessøgende under en del af tjenesten ved den funktionsbærende enhed forretter dagtjeneste i det valgte speciale, ligesom det forudsættes, at vedkommende indgår i det fælles akutte medicinske beredskab.

Status. Speciallægekommissionens anbefalinger om specialestruktur, afdelingsstruktur og sammensætning af de medicinske uddannelsesforløb er implementeret, omend betegnelsen "funktionsbærende enheder" ikke længere anvendes. Der er udarbejdet og godkendt målbeskrivelser for henholdsvis Den Fælles Introduktionsuddannelse og Den Fælles Grunduddannelse i de intern medicinske specialer. De uddannelsessøgende læger deltager som anbefalet i det akutte vagtberedskab og i dagtjenester i det valgte speciale.

Dansk Selskab for Intern Medicin og postgraduate kliniske lektorer har imidlertid gjort opmærksom på, at den nye specialestruktur har medført en utilsigtet opprioritering af de specifikke specialers kompetencer på bekostning af den generelle intern medicin, og at det ikke overalt er lykkedes at integrere begge elementer i hele uddannelsesforløbet som anbefalet af speciallægekommissionen og som beskrevet i de fælles målbeskrivelser. De lægevidenskabelige selskaber for de 9 intern medicinske specialer er i regi af Dansk Selskab for Intern Medicin blevet enige om at uddannelse i generel intern medicin under hoveduddannelsesforløbet bør styrkes ved, at der indgår minimum et års ansættelse/funktion i intern medicinsk område udenfor eget speciale.

Perspektivering. Den medicinske patient er, typisk en ældre person med flere lidelser indenfor flere af de medicinske specialer, som ofte indlægges akut med en bred eller uafklaret klinisk problemstilling. Der er derfor stadig behov for bredt uddannede speciallæger, der anvender såvel de grundlæggende som de specielle kompetencer igennem hele karrieren både i akutte situationer og i det elektive arbejde. Der skal derfor gøres en indsats for at sikre en reel integration af både de brede generelle og de specielle kompetencer i hele speciallægeuddannelsen - i overensstemmelse med målbeskrivelserne – også selv om den generelle uddannelse

eventuelt styrkes ved et år med funktion inden for andre af de medicinske specialer under hoveduddannelsen.

9.4.2 Det kirurgiske område.

Speciallægekommissionen anbefalede, at grenspecialet kirurgisk gastroenterologi blev indbygget i specialet kirurgi, som forventedes repræsenteret på såvel funktionsbærende enheder som højtspecialiserede enheder, mens de øvrige kirurgiske grenspecialer blev anbefalet konverteret til specialerne: urologi, karkirurgi, plastikkirurgi og thoraxkirurgi, der primært forventedes repræsenteret på højtspecialiserede enheder.

Speciallægekommissionen forventede at specialerne kirurgi og urologi ville være at finde på stort set alle funktionsbærende enheder – hvor der vil være kirurgisk akutfunktion.

Uddannelsen inden for de kirurgiske specialer blev foreslået baseret på en kortvarig basisuddannelse for alle specialer. Derudover eventuelt fælles uddannelseselementer for flere af specialerne. Introduktionsuddannelsen kunne foregå under ansættelse inden for alle kirurgiske specialer, forudsat målbeskrivelserne kunne opfyldes. Hoveduddannelsen indledtes med fælles uddannelse ved en funktionsbærende enhed, efterfulgt af specialespecifik uddannelse ved en funktionsbærende enhed/højtspecialiserede enhed helst i kombination.

Status. Speciallægekommissionens anbefalinger vedrørende specialestruktur og uddannelse blev alle implementeret. Men fællesuddannelsen kom ikke til at fungere optimalt. Sundhedsstyrelsen godkendte i 2008, at introduktionsuddannelsen blev gjort specialespecifik og den fælles kirurgiske uddannelse i hoveduddannelsen blev ændret til en teoretisk kursusrække.

Urologi er ikke - som ventet af kommissionen – at finde på de fleste hospitalsenheder, men er i tiltagende grad blevet et elektivt speciale og centraliseret på færre enheder. Det indebærer, at specialet kirurgi på mange hospitaler er alene om at varetage den akutte kirurgiske funktion. Centraliseringen af urologien har medført, at akutte patienter pga. basale akutte problemstillinger f.eks. urinretention med behov for et suprapubisk kateter ikke sjældent køres til andre hospitaler.

Perspektivering. Centralisering af de kirurgiske specialer medfører, at specialet kirurgi de fleste steder varetager al akut kirurgi. Målbeskrivelsen i kirurgi bør derfor udbygges med de hyppigste og mest simple akutte procedurer fra andre kirurgiske specialer ikke mindst fra urologi.

9.4.3 Laboratorieområdet

Speciallægekommissionen anbefalede, at specialerne klinisk biokemi, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk genetik samt patologisk anatomi og cytologi blev bevaret som selvstændige specialer. Uddannelsen skulle omfatte introduktionsuddannelse på 12 måneder, hvoraf 6 måneder kunne erhverves i et andet laboratoriespeciale, i et klinisk speciale eller i en forskningsinstitution forudsat relevant indhold for den kommende funktion i specialet. Hoveduddannelsen skulle foregå ved enheder med højt fagligt niveau og være forankret i en stamafdeling.

Status. I henhold til målbeskrivelserne er der ikke etableret mulighed for, at 6 måneder af introduktionsuddannelsen kan erhverves indenfor andre specialer. Der er

dog inden for flere af specialerne efter konkret individuel vurdering mulighed for at gennemføre en del af introduktionsuddannelsen ved en forskningsinstitution. Speciallægekommissionens anbefalinger i forhold til introduktionsuddannelsen er således delvist blevet implementeret.

Perspektivering. Laboratoriespecialerne har fortsat hver for sig mange specifikke problemstillinger, de løser relateret til patientgrupper indenfor flere kliniske specialer. Mange af opgaverne er præget af en stor og krævende teknologisk udvikling og med stigende metode- og apparaturfællesskab. Fremover anbefales og forventes et øget samarbejde mellem laboratoriespecialerne især vedrørende udvikling af metoder og anvendelse af avanceret apparatur. Dette samarbejde bør afspejles i speciallægeuddannelserne.

9.4.4 De billeddiagnostiske specialer

Speciallægekommissionen anbefalede, at de to specialer Diagnostisk radiologi og Klinisk fysiologi og nuklearmedicin blev bevaret som selvstændige specialer, men at en senere integration af specialerne kunne blive aktuel. Vedrørende uddannelse anbefalede kommissionen en større samordning af den teoretiske uddannelse med fælleskurser for de to specialer.

Status. I henhold til målbeskrivelserne er der to forskellige specialespecifikke kursusrækker. Der er således ikke som anbefalet af speciallægekommissionen etableret fælleskurser.

Nye kombinationer af billeddannende teknikker såsom PET/CT og SPECT/CT har nødvendiggjort et meget tæt samarbejde mellem de to specialer, der hver behersker sine særlige metoder/ modaliteter.

Perspektivering. Der forventes og anbefales et endnu tættere samarbejde mellem de billediagnostiske specialer især vedrørende såkaldt funktionel billeddannelse. Et samarbejde, der også bør tænkes ind i speciallægeuddannelsen i specialerne.

9.4.5 Almen medicin

Speciallægekommissionen anbefalede en ny speciallægeuddannelse i almen medicin af større varighed og med længere tjeneste og forankring i almen praksissektoren. Konkret blev foreslået en uddannelse med følgende sammensætning:

Turnusuddannelse: 6 mdr. intern medicin, 6 mdr. kirurgi/ortopædisk kirurgi, 6 mdr. i almen praksis.

Introduktionsuddannelse: 6 mdr. ansættelse i en introduktionsstilling i en praksis (”Praksis 1”)

Hoveduddannelse: 54 mdr. omfattende:
- 6 mdr. i undervisningsstilling i ”Praksis 1”
- 12 mdr. inden for det intern medicinske område
- 6 mdr. inden for kirurgi
- 6 mdr. inden for gynækologi og obstetrik
- 6 mdr. inden for psykiatri
- 6 mdr. uddannelsesamanuensis i ”Praksis1”
- 12 mdr. uddannelsesamanuensis i ” Praksis 2”

Speciallægekommissionen forventede øgede opgaver for de praktiserende læger ikke mindst udflytning af opgaver fra hospitalerne.

Status. Den nye speciallægeuddannelse i almen medicin er blevet indført som anbefalet. Dog indgår i alle hoveduddannelsesforløb ydermere ansættelse på pædiatrisk afdeling og i nogle forløb er ansættelse på kirurgisk afdeling erstattet af ansættelse på ortopædisk kirurgisk afdeling. Den konkrete sammensætning af de enkelte forløb er fastlagt af videreuddannelsesregionerne og kan variere. Efter etablering af den kliniske basis uddannelse (KBU) som erstatning for turnusuddannelsen er introduktionsuddannelsen i almen medicin forlænget til 12 måneders ansættelse i en almen praksis i de tilfælde, hvor den uddannelsessøgende læge ikke har haft ansættelse i almen praksis under sin basisuddannelse (20 % af alle KBU-forløb). Der er vanskeligheder med rekruttering til hoveduddannelsesforløb med ansættelse i de såkaldte geografiske yderområder.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) oplyser, at den nye speciallægeuddannelse i almen medicin er velfungerende i alle videreuddannelsesregioner. Selskabet oplever dog aktuelt en række udfordringer som følge af afskaffelse af turnusordningen, centralisering og specialisering af hospitalerne samt en stigende forventning til de færdiguddannede speciallæger i almen medicin om bl.a. øget samarbejde med hospital og primær kommune og nye arbejdsopgaver inden for flere områder.

DSAM oplyser, at de ser følgende udfordringer i speciallægeuddannelsen:

- en del af de intern medicinske afdelinger er så specialiserede, at det er vanskeligt at opnå de generelle intern medicinske kompetencer, som indgår i målbeskrivelsen for almen medicin

- de akutte kompetencer er hidtil blevet opnået på de enkelte afdelinger for hvert speciale – men fremover modtages hovedparten af alle akutte patienter i fælles akut modtagelser eller traumecentre

- utilstrækkelig uddannelseskapacitet på enkelte specialafdelinger, som indgår i hoveduddannelsen i almen medicin.

Perspektivering. DSAM har på baggrund af ovenstående problemstillinger og krav taget fat på en revision af målbeskrivelsen i almen medicin. En revision, der vil munde ud i forslag til nye rammer for uddannelsen samt nye opdaterede mål.

9.4.6 Det psykiatriske område.

Speciallægekommissionen skrev ikke noget specifikt om det psykiatriske område i sin betænkning. Men på grund af områdets betydelige størrelse og bevågenhed er det fundet relevant at belyse området ved at medtage et mindre afsnit.

Status. Psykiatrien rummer to specialer: psykiatri dimensioneret med i alt 50 årlige hoveduddannelsesforløb samt børne- og ungdomspsykiatri dimensioneret med 20 årlige hoveduddannelsesforløb.

Begge specialer har lidt under betydelige rekrutteringsproblemer med hensyn til besættelse af uddannelsesstillingerne.

Perspektivering. Psykiatrien er organiseret separat fra de somatiske specialer. Men aktuelt er der stort fokus på, at patienter med psykiske lidelser har en gennem-

snitlig levetid, der er 20 år kortere end den øvrige befolkning blandt andet betinget af usund levevis og overrepræsentation af somatiske lidelser, som ikke behandles optimalt. Omvendt er der i såvel almen praksis som på afdelinger i de somatiske specialer en ikke ubetydelig forekomst af psykiatriske tilstande og problemstillinger, som kunne behandles mere optimalt. Et større samarbejde og øget fokus på disse problemstillinger vil være hensigtsmæssigt såvel i psykiatrien som i det somatiske område. Problemstillingen har ført til planer om integration af psykiatrien i nogle af de kommende fælles akutmodtagelser. For psykiatrien vil en naturlig konsekvens være større fokus på og brug af de generelle lægelige somatiske kompetencer i speciallægeuddannelsen.

9.5 Merit i speciallægeuddannelsen og ved speciallægeanerkendelse.

Ved en meritvurdering foretages en konkret vurdering af, hvilke kompetencer fra specialets målbeskrivelse, den uddannelsessøgende læge har erhvervet i sit uddannelsesforløb.

9.5.1 Skift mellem specialer under speciallægeuddannelsen

Speciallægekommissionen fandt, at de regionale råd for lægers videreuddannelse blandt sine opgaver skulle varetage tilrettelæggelsen af individuelle uddannelsesforløb, herunder administration af brudte uddannelsesforløb.

Speciallægekommissionens betænkning placerede således indirekte meritvurderingen i de regionale råd og kommissionen foreslog, at en af de postgraduate kliniske lektorers arbejdsopgaver skulle omfatte rådgivning i forbindelse med etablering af individuelle uddannelsesforløb.

Kommissionen lagde vægt på, at specialestrukturen skulle være robust men også så fleksibel, at kompetenceoverlap kunne udnyttes i speciallægeuddannelsen og at individuelle uddannelsesforløb kunne etableres på baggrund af kompetencer opnået i andre specialer eller i udlandet.

Status. Med speciallægereformens fokusering på opnåelsen af beskrevne kompetencer samtidig med en overordnet tidsrammestyring blev det naturligt, at den fremtidige speciallægeuddannelse kunne etableres på baggrund af meritvurderede kompetencer som var opnået under uddannelsen i andet speciale i Danmark eller fra uddannelsen i samme eller andet speciale i udlandet.

Speciallægekommissionens anbefalinger og intentioner med hensyn til registrering af specifikke opnåede kompetencer og de regionale råds varetagelse af meritvurdering og – overførelse til andet speciale er implementeret.

De centrale sundhedsmyndigheder har udmeldt og løbende revideret vejledninger, herunder vejledning om meritvurdering i den lægelige videreuddannelse, inklusive vurdering af udenlandske uddannelser.

Meritvurdering og forkortelse af uddannelsesforløb kan finde sted, såfremt kompetencer i et uddannelsesforløb dækker kravene i et andet uddannelsesforløb i følgende tilfælde:

- fra introduktionsforløb i et speciale til introduktionsforløb i andet speciale

- fra introduktionsforløb i et speciale til hoveduddannelsesforløb i andet speciale
    - kompetencer opnået i introduktionsstillinger på kirurgiske og intern medicinske afdelinger kan ikke meritoverføres til den fælles grunduddannelse i hoveduddannelsen i henholdsvis de kirurgiske eller intern medicinske specialer, idet denne betragtes som en integreret del af specialets hoveduddannelse
- fra hoveduddannelsesforløb i et speciale til hoveduddannelsesforløb i andet speciale.

Meritvurdering kan ikke finde sted fra stillinger, der ikke er godkendt til uddannelse. De meritoverførte kompetencer kan ikke reducere den samlede uddannelsesvarighed i det nye speciale med længere tid end det meritvurderede uddannelseselement.

Perspektivering. En smidig og effektiv meritvurdering er en forudsætning for tidsbesparende og fleksibel administration af individuelle uddannelsesforløb, hvor den uddannelsessøgende ønsker at skifte speciale, eller hvor kompetencer fra udlandet skal vurderes.

For læger, der ønsker specialeskift mellem danske uddannelsesforløb, skal lægen i det omfang, der er sammenfald mellem kompetencer, have disse godkendt på baggrund af attestation af uddannelsesansvarlig overlæge fra den afdeling, hvor kompetencerne blev opnået i den tidligere uddannelse. Det er videreuddannelsesregionen, der fastlægger, hvorvidt disse kompetencer matcher målene i det nye speciale, både med hensyn til kompetenceniveau og faktiske indhold samt bredde og specialespecifikt perspektiv. Ved en meritvurdering er der en risiko for, at den uddannelsessøgende i sit individuelt tilrettelagte restforløb i det nye speciale viser sig ikke at kunne mestre de kompetencer, der er meritoverført. I så tilfælde må forløbet revurderes og det kan være nødvendigt at sikre opnåelsen af de manglende kompetencer i en erstatningsansættelse.

Det modsatte vil også kunne være gældende; enten fordi bedømmelsen har været vanskelig eller dokumentationen for opnåelsen af kompetencer har været mangelfuld. Det vil være hensigtsmæssigt og medvirke til en yderligere smidiggørelse af meritvurderingen, hvis der i begyndelsen af hoveduddannelsen efter en meritvurdering foretages en kompetencevurdering og restforløbet korrigeres, idet der samtidig tages hensyn til den fastlagte minimumstid for det pågældende speciale, fastlagt i EU-direktiv 2005/36/EF.

For specialer, der ikke umiddelbart ligner hinanden, må introduktionsuddannelsen forventes gennemført inden ansættelse i et hoveduddannelsesforløb i andet speciale. I de intern medicinske specialer med fælles introduktionsuddannelse vil lægen kunne påbegynde et hoveduddannelsesforløb efter, meritvurderingen er foretaget.

Ved Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse bekendtgørelse nr. 1248 af 24. oktober 2007 om speciallæger og Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober 2007 blev fastlagt, at et hoveduddannelsesforløb i et speciale skal være påbegyndt 4 år efter første ansættelsesdag i den kliniske basisuddannelse (fireårsreglen). Ved ønsket om specialeskift efter påbegyndt hoveduddannelse men inden hoveduddannelsen er afsluttet, vil der - trods (meget begrænsede) muligheder for at

forlænge den 4-årige frist - alt andet lige være en barriere for specialeskift, når ansættelse i hoveduddannelsesforløb i det nye speciale skal overholde fireårsfristen.

9.5.2 Erhvervelse af flere specialer

Speciallægekommissionen vurderede, at den faglige udvikling især ville finde sted i fagområder, hvortil der var tilgang fra flere specialer. Samtidig anbefalede kommissionen en specialestruktur, hvor hovedparten af grenspecialerne i intern medicin og kirurgi blev grundspecialer. Herved er der skabt basis for at fremtidens speciallæge er monospecialist, eventuelt med overbygget individuel profilering eller formaliseret fagområdeuddannelse.

Status. Hverken regelsættet for speciallægeuddannelsen fra 1996 eller den nye speciallægereform (2003-ordningen) indeholder bestemmelser, der fratager eller begrænser lægers mulighed for at gennemføre videreuddannelse med henblik på erhvervelse af 2 eller flere speciallægeanerkendelser.

Langt de fleste læger med dobbeltspecialer efter 1996-bestemmelserne eller efter tidligere bestemmelser udgøres af læger med såvel grund- som grenspeciale inden for intern medicin, kirurgi eller neurologi. Nedlæggelsen af visse af disse grenspecialer eller konvertering af disse til specialer har i vidt omfang reduceret tilgangen af læger med flere speciallægeanerkendelser.

I en del specialer (almen medicin, samfundsmedicin, klinisk farmakologi o.a), indgår der formaliserede ansættelser i andre specialer i hoveduddannelsen, og disse vil kunne meritoverføres både til og fra disse specialer i forbindelse med gennemførelse af uddannelse i yderligere et speciale.

Sundhedsstyrelsen oplever faldende interesse for at opnå dobbeltspeciale (Bilag I) Ansøgninger herom stammer i dag overvejende fra speciallæger i almen medicin, der søger uddannelse i psykiatri eller samfundsmedicin eller intern medicinere, der ønsker at uddanne sig i klinisk farmakologi eller lignende.

Perspektivering. Muligheden for at erhverve dobbelt speciallægeanerkendelse er lettet gennem de meritregler, der er anført ovenfor. Det vil være uhensigtsmæssigt at søge muligheden for dobbeltspeciale reduceret, ikke mindst set i relation til, at det er relativt få, der uddanner sig inden for mere end ét speciale. Fireårsreglen er ikke en hindring ved specialeskift, da den pågældende allerede har opnået én speciallægeanerkendelse og således ikke længere er underlagt fireårsfristen.

Meriteringsmulighederne må derfor tage konkret udgangspunkt i målbeskrivelsen for det erhvervede speciale sammenholdt med målbeskrivelsen for det ønskede speciale og efter en konkret individuel vurdering.

9.5.3 Kompetencer opnået i udlandet

Speciallægekommissionen har ikke eksplicit analyseret eller givet anbefalinger om meritvurdering eller overførsel af kompetencer opnået i udlandet. Kommissionen anbefaler, at det regionale niveau administrerer individuelle uddannelsesforløb og at uddannelseskapaciteten ikke belastes unødigt.

Status. Speciallægekommissionens anbefaling om smidiggørelse af speciallægeuddannelsen og de regionale råds opgavevaretagelse vedrørende individuelle forløb er implementeret. Sundhedsstyrelsen har udmeldt og løbende revideret vejledning

om meritvurdering i den lægelige videreuddannelse, herunder merit af kompetencer opnået i udlandet.

Meritvurdering af udenlandsk ansættelse kan først ske efter opnået ret til selvstændigt virke som læge.

Ud fra meritvurderingen i de regionale råd fastlægges, hvilken yderligere klinisk og teoretisk uddannelse, der må kræves, for, at ansøgeren kan opnå alle kompetencer beskrevet i specialets målbeskrivelse.

Læger uddannet i udlandet, gennemfører som udgangspunkt altid en evalueringsansættelse, hvor det vurderes, hvorledes speciallægeuddannelsen kan tilrettelægges. Det er de regionale råd og deres faglige rådgivere, der gennemfører meritvurderingen og fastlægger varighed og sted for restansættelse, der vil kunne tilvejebringe de manglende kompetencer. Disse ansættelser, herunder eventuel evalueringsansættelse finder lægen selv, hvorefter de ad hoc godkendes til uddannelse af videreuddannelsesregionen.

Også for disse kombinerede uddannelser gælder det, at de ansættelser, der meritvurderes til at indgå i, samt den efterfølgende krævede danske restuddannelse i niveau og varighed ikke må adskille sig fra en fuld dansk speciallægeuddannelse.

9.5.4 Anerkendelse af udenlandske speciallæger

Speciallægekommissionen fandt, at det taler for at anerkende et område som speciale, hvis det i alle eller næsten alle EU- eller EØS-lande har status som speciale, hvorimod det ikke taler for at bevare eller etablere lægevidenskabelige områder som specialer, hvis de kun findes som specialer i få EU- og EØS-lande.

Speciallægekommissionen henviste til rapporten fra ACMT (Advisory Commitee on Medical Training) fra 1977, omhandlende registrerede specialer for automatisk godkendelse i de daværende medlemsstater.

Status. Nedlæggelsen af grundspecialet intern medicin har medført, at udenlandske speciallæger med dette speciale ikke automatisk kan konvertere deres speciallægeanerkendelse til dansk. Sundhedsstyrelsen har derfor givet disse læger ret til at få anerkendelse i intern medicin i henhold til 1996-uddannelsesbestemmelserne, i analogi med danske læger, der fuldfører deres uddannelse i intern medicin efter denne bestemmelse, frem til udgangen af 2012. Efter denne dato må læger med speciale i intern medicin – på linje med læger med speciale, der ikke eksisterer i Danmark, meritvurderes med henblik på at opnå anerkendelse i et beslægtet speciale.

Antallet af udstedte speciallægeanerkendelser fremgår af Bilag I, nr. 3, og der er et stigende antal udenlandske speciallæger i perioden 2003-2010, der opnår anerkendelse i Danmark. EU-statsborgere med speciallægeanerkendelse i et EU-land opnår automatisk godkendelse på baggrund af indmeldingerne af specialerne i direktiv 2005/36/ef, bilag V.5.1.3. En af forklaringerne på, hvorfor der er flere udenlandske speciallæger, der opnår anerkendelse i Danmark, er udvidelsen af EU, som har betydet, at EU i dag omfatter 27 lande mod 15 lande før år 2004. Der er dermed kommet flere lande som er omfattet af reglerne vedrørende gensidig anerkendelse. Der er ingen viden om, hvorvidt og hvor mange af disse læger, der efterfølgende fungerer som speciallæger i det danske sundhedsvæsen.

Udenlandske speciallæger, der ikke er statsborgere i et EU-, EØS- eller nordisk land eller som har taget deres speciallægeuddannelse uden for disse lande, vurderes fremover med sprogprøve, faglige prøver og prøveansættelse i specialet. Herefter afgøres det ved meritvurdering af den udenlandske speciallægeuddannelse om den dækker kravene i en tilsvarende dansk, eller om der skal tilføjes praktiske eller teoretiske uddannelsesdele.

Perspektivering. Med stigende globalisering og migration kan der forventes stigende antal udenlandske speciallæger, der søger dansk anerkendelse.

Kommende revision af EU-direktivet må forventes at stille øgede krav til synliggørelse af medlemsstaternes speciallægeuddannelsers indhold. Dette vil medvirke til at de ansættende myndigheder bedre kan gennemskue disse automatisk godkendte speciallægers kvalifikationer.

10 Lægeroller

Speciallægekommissionen valgte ved reformen i den lægelige videreuddannelse, at implementere den canadiske model[16] med rollerne: Medicinsk ekspert, Kommunikator, Samarbejder, Leder/administrator, Sundhedsfremmer, Akademiker og Professionel. I den danske model er den generelle kompetence hos en speciallæge defineret som: ”Evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber – lægefaglige teknikker, pædagogik, ledelse, kommunikation, samarbejde mv.”. Med denne definition skelnedes der ikke mellem betydningen af de 7 roller – de var ligeværdige i den danske model.

Rollerne i den canadiske model blev i 2001 billedliggjort gennem ”blomsten”, som beskrev rollen medicinsk ekspert i midten og de 6 andre roller som kronblade. Ved at placere rollen medicinsk ekspert i midten slog man fast, at dette var den primære rolle og at de andre roller var støtteroller.

Status. De 7 roller er blevet en integreret del af lægefagligheden, og alle er nu en del af specialernes målbeskrivelser, af evalueringsprincipperne i inspektorordningen og i vurderingen af ansøgere til overlægestillinger i det offentlige sygehusvæsen. Kommissionens intentioner med hensyn til at se bredere på kompetenceprofilen hos kommende speciallæger, kan således i hovedtrækkene siges at være opfyldt.

Selv om kendskabet til og forståelsen af rollerne er ret udbredt, er der fortsat diskussioner om indholdet af rollerne. Mens rollerne medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder og akademiker intuitivt har været nemme at implementere, har det vist sig mere vanskeligt at opnå fortrolighed med rollerne sundhedsfremmer, leder/administrator og professionel[17,18,19].

I enqueten 2011 blev alle læger spurgt om deres kendskab til de 7 lægeroller. Besvarelsen viste, at de 7 speciallægeroller er blevet vel indlejret i den lægelige begrebsverden, idet 94 % af alle adspurgte, såvel uddannelsessøgende som vejledere mv. havde kendskab ”i nogen grad”, ”i høj grad” eller ”i meget høj grad”, heraf 69 % i høj eller meget høj grad. Analyse af de uddannelsessøgendes uddannelsestrin viste ingen forskel i viden, ligesom speciallægers kendskab til rollerne ikke afveg fra gruppen som helhed.

Kendskabet følges dog ikke i samme grad af anvendelse af begreberne i uddannelsen, idet 71 % svarede at rollerne anvendtes i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad. I alt 21 % anvendte ikke eller i ringe grad dette begrebsapparat og for 5 % var det ikke relevant i specialet. Der var her signifikant lavere anvendelse af rollerne i gruppen af læger i KBU i forhold til gruppen af læger i introduktion og i hoveduddannelse Der var ingen forskel mellem KBU-læger i almen praksis i forhold til hospitalsansatte eller for introlægerne i almen praksis i forhold til intro-læger i hospitalsspecialerne. Dette afspejler muligvis det faktum, at de 7 lægeroller ikke er måldefinerede i samme grad i KBU målbeskrivelsen som i specialernes målbeskrivelser.

10.1 Medicinsk ekspert

Speciallægekommissionen definerede, at lægen som medicinsk ekspert skal kunne:

- mestre diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for en etisk og effektiv varetagelse af patientbehandlingen
- opsøge og anvende relevant information i klinisk praksis
- varetage effektiv lægegerning med respekt for såvel patient, uddannelse, forskning og lovgivning.

Rollen som medicinsk ekspert har været let at forholde sig til for langt de fleste specialer. Den har været anset, bedømt ud fra antallet af mål i målbeskrivelserne, som den vigtigste rolle. Alligevel har der været nogen diskussion af opsplitningen af rollerne.

Det vil være hensigtsmæssigt, at redefinere rollen, så den er meningsfuld for alle specialer. Eventuelt ved at beskrive rollen eksplicit for specialer uden direkte patientkontakt.

10.2 Kommunikator

Speciallægekommissionen definerede, at lægen som kommunikator skal kunne:

- etablere optimal kontakt til patienter og pårørende
- indhente relevant anamnese fra patienter/pårørende/andre
- mestre relevant dialog med patienter/pårørende og behandlerteam

Kommunikatorrollen er relevant for alle specialer. Specialer uden direkte patientkontakt har dog haft svært ved at forhold sig til rollen. Dertil kommer, at der intet nævnes om skriftlig kommunikation, som udgør en stor del af lægers kommunikation. For specialer uden direkte patientkontakt er det vanskeligt at definere meningsfyldte mål ud fra den meget patientrelaterede definition af rollen som hidtil har været gældende.

Det vil være hensigtsmæssigt, at redefinere rollen, så den er meningsfuld for alle specialer. Eventuelt ved at beskrive rollen eksplicit for specialer uden direkte patientkontakt, ligesom der bør fokuseres på skriftlig kommunikation.

10.3 Samarbejder

Speciallægekommissionen definerede, at lægen som samarbejder skal kunne:

- rådgive og diskutere konstruktivt med læger, sundhedspersonale og andre
- medvirke konstruktivt i tværfaglige teams

Rollen som samarbejder er relevant for alle specialer. Det kan dog undre, at der ikke omtales samarbejde med patienter/ pårørende eller med organisation /samfund i beskrivelse af rollen. Patientbehandling er teambaseret, hvad enten man definerer teamet som det kliniske team, eller man definerer det som et team i videre forstand omhandlende flere specialer eller aktører i andre dele af sundhedsvæsenet. Den store vægt der lægges på egentlig teamtræning bør fremgå af definitionen af rollen.

Det vil være hensigtsmæssigt, at redefinere rollen, så den kan rumme øvrige samarbejdsflader.

10.4 Leder/administrator

Speciallægekommissionen definerede, at lægen som leder/administrator skal kunne:

- udnytte ressourcer rationelt i en afstemning af patientbehandling, uddannelsesbehov, forskning og eksterne aktiviteter
- motivere og engagere i sundhedsorganisationen
- anvende informationsteknologi til optimering af patientbehandling, livslang læring og andre aktiviteter

Rollen som leder/ administrator scores traditionelt lavt af yngre læger i evaluer.dk. Dette kunne opfattes som manglende forståelse for rollen – manglende oplæring i rollen[19] eller manglende forventningsafstemning af, hvad denne rolle betyder på forskellige uddannelsestrin. Oplæring i rollen som leder/administrator rapporteres også mangelfuld i andre lande[20]. Rollen er uklart beskrevet, og beskrivelsen synes at mangle klinisk relevans[21]. Desuden finder yngre læger at oplæring i rollen er mangelfuld, og at de udelukkes fra mulighederne for at blive oplært, fordi de ikke er involveret i beslutningsprocesser på afdelingerne.

Det vil være hensigtsmæssigt, at redefinere rollen ved at gøre det mere eksplicit hvad leder/administrator rollen indeholder, og at gøre beskrivelsen mere klinisk relevant. Perspektiver som patientsikkerhed, kvalitet og organisatorisk tænkning bør indgå i rollen. Det være hensigtsmæssigt, at det beskrives, hvordan klinisk oplæring i rollen som leder/administrator kan foregå.

10.5 Sundhedsfremmer

Speciallægekommissionen definerede, at lægen som sundhedsfremmer skal kunne:

- identificere vigtige faktorer for sundhed, som påvirker patienterne
- arbejde for øget sundhed hos patienten og i lokalsamfundet
- opdage og agere på de forhold, hvor rådgivning er påkrævet

Såvel uddannelsessøgende som uddannelsesgivende læger angiver, at oplæring i denne rolle sker i mindre omfang end oplæring i alle de andre roller[19]. Et gennemgående træk i diskussionen af rollen som sundhedsfremmer er, at den udelukkende opfattes som rettet mod det enkelte individ (punkt 1 i definitionen). Punkterne 2 og 3 i definitionen af rollen er sparsomt anvendt i de enkelte specialers målbeskrivelser. Den lave status, som denne rolle har blandt uddannelsessøgende læger, kræver at rollen bliver eksplicit beskrevet i målbeskrivelserne og i planlægningen af den kliniske uddannelse.

Mange specialer ser ikke naturligt sig selv som sundhedsfremmer. Eksempelvis de parakliniske fag, der ikke har direkte patientkontakt og ikke udfører direkte patientbehandling – men som på mange måder agerer som sundhedsfremmer i forhold til arbejdspladsen og samarbejdspartnere (f eks sikkerhed i laboratorier). I modsætning hertil har andre specialer haft let ved at genkende sig selv i sundhedsfremmerrollen. Det gælder specialer, der naturligt arbejder med profylakse, f. eks. almen medicin, gynækologi-obstetrik, samfundsmedicin og arbejdsmedicin.

Det vil være hensigtsmæssigt at redefinere rollen som sundhedsfremmer ved at gøre det mere eksplicit, at rollen omfatter sundhedsfremme på tre niveauer: individ, lokalsamfund, og hele samfundet samt at rollen bør omfatte alle specialer. Desuden vil det være hensigtsmæssigt, at det beskrives, hvordan klinisk oplæring i rollen som sundhedsfremmer, kan foregå.

10.6 Akademiker

Speciallægekommissionen definerede, at lægen som akademiker skal kunne:

- forpligte sig til en personlig kontinuerlig uddannelsesstrategi (livslang læring)
- kritisk vurdere medicinsk information
- kritisk vurdere lægelig praksis
- facilitere læring hos patienter, kolleger, studenter og andre
- bidrage til udvikling af ny viden

Oversættelsen af den canadiske lægerolle ”scholar” til ”akademiker” har givet anledning til nogen uklarhed. Det har af flere været opfattet som akademisk tilgang til faget, herunder forpligtelse til forskning. Rollen omfatter dog også forpligtelsen til livslang læring og til oplæring af kommende generationer af sundhedspersonale indenfor såvel eget speciale og faggruppe som indenfor andre specialer og andre faggrupper.

Det vil være hensigtsmæssigt at redefinere rollen, så den også forpligter speciallægen til anvendelse af evidensbaserede metoder indenfor den medicinske ekspertrolle under udøvelse af den daglige kliniske arbejdsfunktion – herunder også at anvende evidensbaserede metoder indenfor læring og kompetencevurdering i uddannelsessituationer.

10.7 Professionel

Speciallægekommissionen definerede, at den professionelle læge skal kunne:

- præstere høj kvalitet i behandling med integritet, ærlighed og medfølelse
- udvise passende personlig og mellemmenneskelig professionel adfærd
- praktisere faget i etisk overensstemmelse med forpligtelserne som læge

De tre punkter repræsenterer patientbehandling, personlighed og etik. Det er en påfaldende ringslutning, at man i definitionen af professionel skriver ”udvise professionel adfærd”.

Det har tillige vist sig vanskeligt for visse specialer at se sig selv i ovenstående formulering af den professionelle rolle, og rollen har ikke været nem at applicere til specialer uden direkte patientkontakt, og hvor der ikke foregår behandling i gængs forstand. Det har givet anledning til, at de kompetencer, der er beskrevet under den professionelle rolle, ofte er ’søgte’ eller intetsigende.

Begrebet altruisme er i mange kulturer indlemmet i den professionelle lægerolle. Dette er også tilfældet i Danmark, hvor altruisme indgår i lægeløftet. Begrebet er blevet diskuteret og kritiseret, samtidig med, at der fortsat er fortalere for, at læger bør udvise altruisme. Diskussionen har dog legaliseret professionelles pligt til at tage vare på sit eget liv ved at etablere en passende balance mellem arbejds- og fritidsliv[22,23].

Begrebet ”professionel” og ”professionalisme” har forskellig betydning for forskellige personer og varierer alt efter situationen. Dette har ført til flere beskrivelser af "den gode læges" adfærd. De fleste af disse beskriver adfærd overfor patienter og samfund, men anerkender, at der også kan tales om professionalisme mellem læger og mellem læger og andet sundhedspersonale[23]. Beskrivelsen af den gode læges adfærd genfindes i Danmark i de lægeetiske regler[24].

Professionalisme opfattes dog ikke kun som en liste over ønsket adfærd. Professionalisme handler også om refleksiv praksis, etik, normer, værdier, respekt for andres integritet, mellemmenneskelige relationer, respekt og ydmyghed for professionen, teamarbejde og social ansvarlighed. Men professionalisme er også viden og færdigheder indenfor professionen og dermed forpligtelse til livslang læring.

Sammenfatter man de forskellige definitioner og beskrivelser af den professionelle rolle, bør der i beskrivelse af den professionelle lægerolle indgå en beskrivelse af værdier, normer, moral, etik og ansvar på nedenstående 4 niveauer:

1 Samfundet (kontrakten).
2 Professionen (faget).
3 Patienten / samarbejdspartneren / "kunden" (service).
4 Lægen selv (egenomsorg).

Samtidig bør man i en ny beskrivelse af den professionelle rolle tage i betragtning, at flere anser rollen for at være anderledes end de andre roller. Dette skyldes først og fremmest at den ikke kan stå alene, men kun udøves gennem en af de andre roller. Derfor bør det overvejes, om ikke rollen som professionel skal have en særlig placering som inkorporeret i de andre roller[25,26] eller omsluttende de andre roller[27].

Det vil være hensigtsmæssigt at lave en ny beskrivelse af den professionelle rolle, der tager ovenstående i betragtning og som tager hensyn til at konteksten, hvori læger skal udvise professionalisme, har ændret sig betydeligt siden 2000.

Perspektivering. Antallet af mål indenfor de forskellige roller i specialernes målbeskrivelser afspejler den generelle opfattelse i Danmark, at rollen medicinsk ekspert er den vigtigste. Det anbefales da også fra forskellig side, at revurdere rollerne og at overveje, om der skal være en rangorden mellem rollerne[17,28]. Der er fortalere for, at anvende den canadiske model, hvor medicinsk ekspert er placeret centralt, og hvor de andre roller ligger udenom.

Imidlertid er der divergerende opfattelser af den professionelle rolle. Den opfattes af nogle som en rolle, der ligger udenom eller ovenover de andre roller, mens andre opfatter rollen professionel som indeholdt i alle øvrige roller.

Rollerne kan opfattes som to forskellige sæt af kompetencer. Et sæt af kompetencer der vedrører det kliniske arbejde (at kunne udføre opgaver i henhold til forventet standard), der omfatter rollerne samarbejder, kommunikator og professionel. Et andet sæt af kompetencer ”akademiske kompetencer” (individualiserede kompetencer som formåen og karakteristika for arbejdets udførelse), der omfatter rollerne akademiker og medicinsk ekspert[29,30].

I formuleringen og dermed definitionen og beskrivelsen af indholdet af de 7 lægeroller er anvendt udpræget patientrettet terminologi. Rollerne har derfor ikke været nemme at applicere i specialer uden direkte patientkontakt, og hvor der ikke foregår patientbehandling i gængs forstand.

Det er påpeget, at det etiske aspekt i rollerne mangler i den danske beskrivelse af rollernes indhold[31]. Det kan måske virke holdningsdannende at indarbejde etiske aspekter i rollerne, også selv om vi har de lægeetiske regler.

De 7 lægeroller fylder eller vægtes forskelligt i de forskellige specialer. Rollen som sundhedsfremmer, på individniveau, er for eksempel nem at udfylde for specialer

som almen medicin, arbejdsmedicin og gynækologi/obstetrik, fordi forebyggelse her indgår som en helt naturlig del af specialets arbejdsområde, mens den har været vanskelig at applicere i for eksempel det anæstesiologiske speciale.

De vanskeligheder, der har vist sig med implementeringen af reformen – og herunder implementering af de 7 lægeroller - er ikke unik for Danmark, og man har derfor i flere lande taget initiativ til at reformulere definitionerne og indholdet af kernekompetencer/lægeroller[32,26,33]. Således er også den canadiske model og definitionen af de 7 lægeroller, som anvendes i Danmark blevet revideret og gjort mere tidssvarende.

En af de centrale ændringer i de reviderede beskrivelser af rollerne er en inkorporering af etiske aspekter i alle roller. Dertil kommer at temaer, som patientsikkerhed, patientforløb, akkreditering og systemisk tænkning og læring[34,26,33] har vundet indpas i revisionen af de 7 speciallægeroller, som dermed gøres mere tidssvarende. Disse temaer bør derfor overvejes i forbindelse med en eventuel revision af de 7 speciallægeroller i Danmark.

Der er således et stigende behov for at se rollerne i et mere integreret sammenhæng med arbejdsfunktionerne som speciallæge. Da danske og internationale erfaringer tyder på, at rollernes indhold tolkes forskelligt af forskellige aktører, og ikke er lige relevante inden for alle specialer eller arbejdsområder findes behov for et gennemgribende analysearbejde med henblik på at redefinere de 7 lægeroller og nuancere deres indhold i forhold til forskellige specialer.

Det er blevet anbefalet til Sundhedsstyrelsen, at dette arbejde udføres af en arbejdsgruppe, som udover faglige eksperter fra forskellige specialegrupper også inddrager kommunikationseksperter, medicinsk-pædagogiske eksperter, retorikere og arbejdsmarkedsfilosoffer.

11 Speciallægeuddannelsens mål

Speciallægekommissionen anbefalede, at den fremtidige speciallægeuddannelse opbygges af den såkaldte første dimension – omfattende den formaliserede og målbeskrevne uddannelse inden for et speciale, og den såkaldte anden dimension, der omfatter den mindre formaliserede og mere individuelle profilering eller faglige interesseforfølgelse.

11.1 Den målbeskrevne dimension (første dimension)

Speciallægekommissionen beskrev, at den generelle kompetence hos en speciallæge fremover defineres som evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, der ud over den medicinske ekspertfunktion også omfatter roller som sundhedsfremmer, akademiker, professionel, leder/administrator, kommunikator og samarbejder dvs. i alt 7 definerede roller. Kommissionen anbefalede:

- at den fremtidige speciallægeuddannelse baserer sit kompetencebegreb på disse roller og dertil hørende generelle kompetencer

- at en speciallæge skal være i stand til at påtage sig ansvaret for undersøgelse, primær behandling og visitation af alle uselekterede patienter, herunder alle akutte patienter inden for specialet, og at vedkommende selvstændigt skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af hovedparten (90 %) af de patienter, der inden for eget speciale henvises til afdelingen/den funktionsbærende enhed

- at de eksisterende målbeskrivelser revideres således, at der er en klar overensstemmelse mellem den opnåede kompetence og målbeskrivelsernes krav til lægens kunnen ved uddannelsens afslutning.

Status. Speciallægens 7 roller er generelt accepteret og implementeret som en vigtig del af speciallægeuddannelsen. I enqueten 2011 giver 98 % af 7572 læger udtryk for, at de er bekendt med rollerne, deraf 69 % i høj eller meget høj grad og 70 % angiver, at rollerne indgår i yngre lægers uddannelse i deres nuværende afdeling/praksis.

Målbeskrivelser for alle specialer er revideret/udarbejdet og inkluderer mål og kompetencer for de 7 roller. Enqueten 2011 viser, at såvel speciallæger som uddannelsessøgende læger er bekendt med målbeskrivelsen inden for deres speciale. Målbeskrivelserne indeholder i varierende omfang metoder til evaluering af kompetencerne. Målbeskrivelserne i specialerne er stadig meget forskellige i form, omfang og operationalisering. Sidstnævnte volder problemer når målbeskrivelserne skal "omsættes" til konkrete uddannelsesprogrammer og – planer.

Med henblik på at sikre mere ensartede og især mere operationelle målbeskrivelser samt at gøre revisioner lettere, nedsatte Sundhedsstyrelsen (efter drøftelse i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse) i efteråret 2010 en arbejdsgruppe, som har udarbejdet en fælles operationel skabelon for fremtidige målbeskrivelser – som er let at omsætte til uddannelsesprogrammer, og som sikrer ens metoder til kompetencevurdering. Der er tilknyttet en fælles skabelon for et uddannelsesprogram og til denne igen skabelon for funktionsbeskrivelser for de enkelte ansættelsessteder i uddannelsesforløbet herunder hvilke kompetencer, der især kan opnås i de konkrete funktioner/arbejdsopgaver (stuegang, ambulatorium, vagt, operationsfunktion etc.).

Speciallægekommissionens anbefaling af at ”en speciallæge selvstændigt skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af hovedparten (90 %) af patienterne” (illustreret i Figur 3A) har affødt en del diskussioner i specialerne – herunder om der konkret er tænkt på 90 % af patienterne eller 90 % af diagnoserne. Ikke mindst 90 % af diagnoserne opleves meget ambitiøst indenfor en række specialer, hvor mange diagnoser kun omfatter små grupper af patienter. Der er aktuelt i flere specialer bl.a. i kirurgi en oplevelse af at målbeskrivelsens krav om, at speciallægen skal kunne håndtere en meget stor del af specialets patientkategorier, udfordres af, at der både er utilstrækkelig tid og et utilstrækkeligt antal patienter med de mere specielle sygdomme/tilstande til, at alle de uddannelsessøgende læger kan opnå mere end et ret overfladisk kendskab til disse.

Udtrykkene funktionsbærende enheder og højt specialiserede enheder, som hyppigt nævnes i speciallægekommissionens betænkning – anvendes ikke mere.

Den tidligere specialevejledning vedrørende lands-landsdelsfunktioner er erstattet af en ny specialeplan, der aktuelt er under implementering og hvori der indenfor de enkelte specialer skelnes mellem hovedfunktionsniveau, regionsfunktioner (1-3 steder i hver region) og højtspecialiserede funktioner (1-3 steder i landet) på hospitalerne (Figur 3B).

Udtrykkene funktionsbærende enheder og højt specialiserede enheder, som hyppigt nævnes i speciallægekommissionens betænkning – anvendes ikke mere.

Specialeplanen omfatter alle niveauer i hospitalsvæsenet, men lægger dog mest vægt på de specialiserede funktioner, som fremover kun varetages på hospitaler, der er godkendt hertil af Sundhedsstyrelsen. Denne centralisering af såvel regionsfunktioner som højtspecialiserede funktioner betyder en omfordeling af flere kliniske funktioner, så hovedparten af afdelingerne, både på regionshospitaler og universitetshospitaler ikke fortsætter med alle de kliniske funktioner, som de tidligere har varetaget, og derfor heller ikke længere vil kunne varetage lægelig videreuddannelse i disse.

Perspektivering.

På baggrund af ovenstående anbefales følgende:

- at den målbeskrevne dimension og kompetencevurdering af den enkelte læge fortsat skal være det bærende fundament for speciallægeuddannelsen. Opfyldelsen af målbeskrivelsens krav er ”varedeklarationen” på en nyuddannet speciallæge indenfor specialet med sikkerhed for, at en række afgørende basale og akutte kompetencer er opnået i videreuddannelsen

- at de nye skabeloner for målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer (med tilknyttede funktionsbeskrivelser) hurtigt tages i brug af alle specialer

- at speciallægekompetencerne fortsat defineres og evalueres ud fra de 7 lægeroller, som i kapitel 10, anbefales redefineret med henblik på hver at kunne rumme samtlige specialer

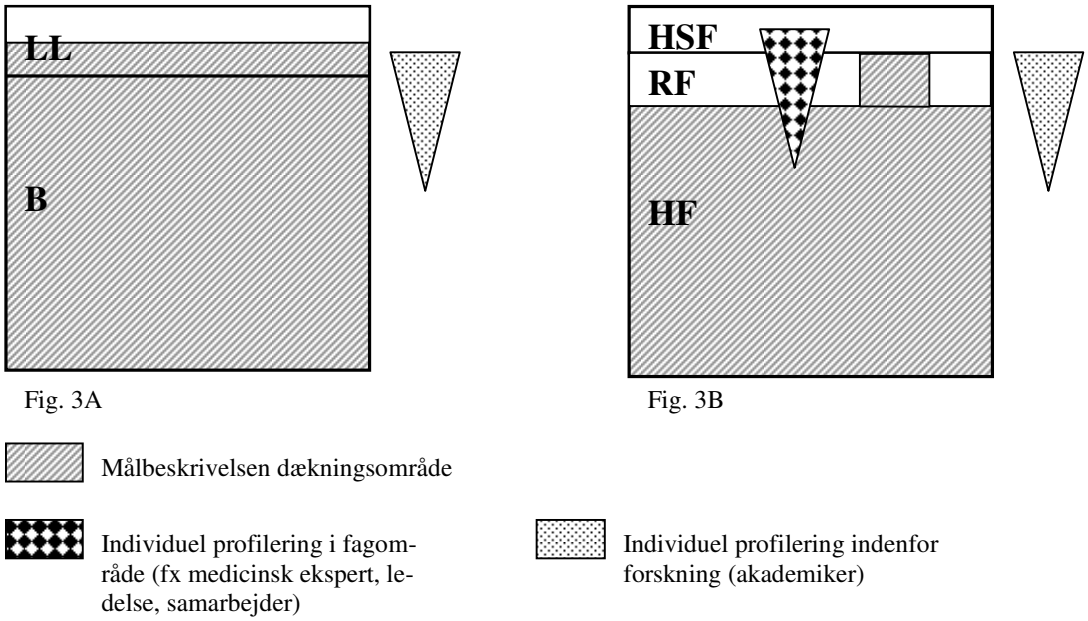
- at målene for den medicinske ekspert i målbeskrivelserne fremover overordnet tager udgangspunkt i den nye specialeplan.

Ovenstående forslag om tilpasning af målbeskrivelserne til den nye specialeplan, vil for de fleste specialer føre til mindskede krav om uddannelse af alle i mange specialiserede funktioner, men levner til gengæld mere plads til individuel profilering inden for flere af lægerollerne(illustreret i Figur 3A og Figur 3B).

Den nyuddannede speciallæge skal kunne varetage diagnostik og behandling på hovedfunktionsniveau (inklusiv akutte funktioner) og eventuelt tillige de største regionsfunktioner (illustreret i Figur 3B ved at målbeskrivelsens dækningsområde inkluderer en del af regionsfunktionerne). Derudover skal speciallægen kunne visitere til specialets øvrige regions- og højtspecialiserede funktioner.

For de specialer, som ikke eller kun i begrænset omfang er opdelt i flere niveauer for specialisering, er det fortsat hensigtsmæssigt at følge den tidligere anbefaling om, at speciallægen skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af 90 % af patienterne i specialet f.eks. har specialet geriatri udelukkende hovedfunktionsniveau, mens specialerne karkirurgi, neurokirurgi og thoraxkirurgi udelukkende har specialiserede funktioner.

For de fleste specialer vil ovenstående omlægning føre til mindskede krav om uddannelse af alle i mange specialiserede funktioner, men levner til gengæld mere plads til individuel profilering (se næste afsnit).



Figur 3. Skematisk illustration af fordelingen af kompetencer i målbeskrivelsen.

Fig. 3A: Tidligere fordeling af kompetencer (B, basisfunktioner; LL, lands- og landsfunktioner).
Fig. 3B: Forslag til fordeling af kompetencer (HF, hovedfunktioner, RF, regionsfunktioner, HSF, højt specialiseret funktioner).

11.2 Den individuelle profilering (anden dimension)

Speciallægekommissionen skrev, at den individuelle profilering principielt påbegyndes ved videreuddannelsens start, fortsætter med stigende tyngde gennem ho-

veduddannelsen og varer til den erhvervsaktive karrieres afslutning. Kompetenceudviklingen vil være præget af en tiltagende personlig profilering såvel inden for det valgte speciale som inden for et eller flere fagområder, herunder også inden for områder som forskning, ledelse og administration samt undervisning og kommunikation.

Status. Individuel profilering under den lægelige videreuddannelse kan principielt ske indenfor alle de 7 speciallægeroller. I enqueten 2011 svarer 92 % af 2613 læger bekræftende på, at der er lærings/udviklingsmuligheder i deres nuværende ansættelse udover de kompetencer, som skal opnås ifølge målbeskrivelsen – 48 % endda i høj/meget høj grad.

Den største systematiske indsats er gjort for at styrke individuel profilering i forskning under videreuddannelse – dvs. profilering i rollen som akademiker. Der foregår også individuel profilering indenfor de øvrige roller, men mindre systematiseret:

Akademiker/Forskning. Det er muligt at kombinere deltidsansættelse i speciallægeuddannelsen med en forskningsansættelse (BEK nr. 1257 af 25/10/2007, § 12 stk. 2 nr.3). Deltidsansættelsen i uddannelsesstillingen skal udgøre mindst halvdelen af arbejdstiden i en fuldtidsansættelse. Forskningsdelen i kombinationsstillingen skal være inden for det sundhedsvidenskabelige område, men der stilles ikke krav om, at det skal være inden for samme speciale som uddannelsen.

Ved en kombinationsstilling forlænges den samlede uddannelsestid efter en konkret vurdering. Forlængelsen afhænger dels af kombinationsstillingens fordeling mellem uddannelsesstilling og forskning dels af, i hvor høj grad forskningsdelen kan tilvejebringe enkelte eller flere kompetencer, der er indeholdt i specialets målbeskrivelse.

Forskningsdelen skal basere sig på et godkendt forløb forud for tiltrædelse, som f.eks. et Ph.d.-forløb, stipendiat, klinisk assistentansættelse eller formaliseret tilknytning til en uddannelsesinstitution, hospitalsafdeling, klinik eller virksomhed. For at den uddannelsesmæssige værdi kan vurderes, skal forskningsfeltet/projektet være detaljeret beskrevet, herunder metode, patientanvendelse, laboratoriefunktioner og den uddannelsessøgendes egen deltagelse i laboratoriearbejde, undersøgelser og samtaler med patientgrupper eller forsøgspersoner og lignende. Der udpeges en vejleder, som er ansvarlig for vurderingen af de kompetencer fra målbeskrivelsen, som den uddannelsessøgende skal opnå i forbindelse med forskningsansættelsen. Som udgangspunkt fritages uddannelsessøgende i kombinationsstilling for forskningstræning i hoveduddannelsen (kapitel 15) til speciallæge.

De sundhedsvidenskabelige fakulteter opslår hvert år en række kombinationsstillinger, hvor en klinisk basisuddannelse (KBU) kombineres med et Ph.d. forløb på et teoretisk institut. Muligheden for kombinationsstillinger i videreuddannelse/forskning anvendes dog især til at kombinere hoveduddannelsesforløb med Ph.d.–forløb. Antallet af sådanne forløb udgør kun en lille andel, hvad enten man sammenholder det med de ca. 2800[35] læger i hoveduddannelsesforløb i 2010, eller med de 1959[36] Ph.d.-studerende, der i 2010 var indskrevet ved de 3 Sundhedsvidenskabelige Fakulteter eller ved Den Sundhedsvidenskabelige Forskerskole ved Aalborg Universitet. En del af de Ph.d.-studerende har dog en ikke-lægelig baggrund, f.eks. en cand.scient. uddannelse.

Medicinsk ekspert: Nogle uddannelsessøgende læger profilerer sig individuelt ud over målbeskrivelsens krav og i et eller flere særlige fagområder - ofte med særlige evner, ved særlig træning og/eller fordybelse - enten på eget initiativ eller ved, at de spottes som særlige talenter af deres omgivelser, som så hjælper/skubber i gang.

De individuelle uddannelsesplaner, der udarbejdes mellem den uddannelsessøgende læge og den uddannelsesansvarlige overlæge/kliniske vejleder på hvert ansættelsessted er velegnet til at beskrive særlige individuelle mål for uddannelsen ud over de målbeskrevne, dvs. individuel profilering, men det er uvist i hvilket omfang det sker.

Der foretages ikke en formel godkendelse/registrering af opnåede kompetencer udover de, der indgår i målbeskrivelsen.

Det er ofte muligt ved særlig arbejdstilrettelæggelse at skabe plads til individuel profilering i den enkelte afdeling. I enkelte specialer/hoveduddannelsesforløb er der synliggjort plads til individuel profilering som medicinsk ekspert i form af en indlagt periode med valgfrit klinisk ophold (i et enkelt tilfælde i udlandet). Dog sker det også, at uddannelsessøgende, der fatter stor interesse og har særlige evner for et fagområde, opgiver at forfølge dette, fordi det ikke har været mulig at skabe tid og plads til særlig videreudvikling indenfor dette under videreuddannelsen.

Andre roller/kompetencer. Mange uddannelsessøgende læger profilerer sig individuelt under deres videreuddannelse i andre roller end som akademiker eller medicinsk ekspert. Det sker ofte ved at påtage sig særlige opgaver/hverv/ansvar f.eks. som tillidsmand, sikkerhedsrepræsentant, skemalægger, underviser, uddannelseskoordinator, IT/EPJ-superbruger etc. Opgaver som afdelingen/hospitalet har behov for at få varetaget, måske tilbyder kurser i og som kvalificerer de uddannelsessøgende i rollerne som kommunikator, samarbejder, professionel og leder/administrator.

Perspektivering. Den individuelle profilering oveni de målbeskrevne kompetencer er af stor betydning for den enkelte læge, men også for den fortsatte sundhedsfaglige udvikling i samfundet. Det er hensigtsmæssigt, at klinisk udvikling og innovation herunder også, at fagområder der er ramt af rekrutteringsvanskeligheder, tilgodeses ved planlægningen af den individuelle profilering – den anden dimension af speciallægeuddannelsen.

Ovennævnte forslag til reduktion i målbeskrivelsens omfang vedrørende specialiserede funktioner frigør tid (og patienter) til mere individuel profilering i udvalgte områder.

En kombination af forskning og klinisk videreuddannelse sikrer større sammenhæng og udvikling mellem klinik og forskning, bedre (længere) forskningsprojekter og større grad af fastholdelse af begge aktiviteter efter speciallægeanerkendelse, end hvis de to aktiviteter udføres successivt. På den baggrund anbefales at:

- de individuelle uddannelsesplaner omhandler erhvervelse af relevante målbeskrevne kompetencer, men kan også indeholde særlige individuelle mål, der ønskes nået under ansættelsen. De individuelle mål kan ligge indenfor alle speciallægerollerne. Uddannelsesplanerne udarbejdes af den uddannelsessøgende læge og den uddannelsesansvarlige overlæge/kliniske vejleder i fællesskab – så der skal være enighed om målene

- regionerne indgår aftale med universiteterne om etablering af flere hoved-uddannelsesforløb kombineret med forskningsansættelse og kritisk efterser eventuelle barrierer for sådanne forløb, der blandt andet kræver stor fleksibilitet hos de kliniske uddannelsesafdelinger

- specialerne overvejer muligheden for at indbygge en eller flere perioder med valgfrit klinisk ophold - gerne med særligt tilknyttet træningsprogram – primært indenfor områder med eksisterende eller forventede rekrutteringsproblemer

- der ikke foretages formel kompetencevurdering og – registrering i tilslutning til individuel profilering (udover målbeskrivelsens krav) – da det risikerer at føre til flere officielle kompetenceniveauer og dermed mister sit præg af individuel profilering.

11.3 Balance mellem det basale/generelle og det specielle

Speciallægekommissionen skrev, at den uddannelsessøgende læge i løbet af speciallægeuddannelsen skulle opnå gradvis progression i både kompetencer og ansvar.

Status. Målbeskrivelserne indeholder alle beskrivelser af hvilke kompetencer, den uddannelsessøgende skal opnå i de forskellige faser af uddannelsen. En del målbeskrivelser indeholder også beskrivelse af et stigende ansvar f. eks. skift fra at fungere som forvagt til at fungere som bagvagt. Stigning i ansvar forudsætter, at den uddannelsessøgende har trænet og opnået tilstrækkelig rutine i de allerede erhvervede kompetencer. I nogle tilfælde klager de uddannelsessøgende læger over, at megen træning i at bruge de erhvervede kompetencer i den daglige drift hæmmer indlæringen af nye kompetencer. I andre tilfælde oplever de uddannelsesgivende hospitaler, at kravene om at de uddannelsessøgende læger hele tiden skal erhverve nye og mere specielle kompetencer medfører, at de ikke opnår tilstrækkelig rutine eller i værste fald mister tidligere erhvervede basale kompetencer f.eks. indenfor de akutte områder.

Det gælder ikke mindst i de intern medicinske specialer, hvor der er udarbejdet målbeskrivelser for den fælles introduktionsuddannelse og for den fælles grunduddannelse i de intern medicinske specialer ud over specifikke målbeskrivelser i hvert af de ni intern medicinske specialer. Formålet er at integrere kompetencerne i de generelle og de specifikke målbeskrivelser i hele uddannelsesforløbet. For at styrke uddannelsen i de generelle kompetencer er de intern medicinske specialer i regi af Dansk Selskab for Intern Medicin blevet enige om, at mindst et år af hoveduddannelsesforløbet skal bestå i ansættelse/funktion i intern medicin udenfor eget medicinske speciale. Selskabet har i den forbindelse forudsat, at 6 måneders intern medicin bliver obligatorisk i den kliniske basisuddannelse.

Perspektivering. Det er væsentligt, at specialerne holder fokus på at de uddannelsessøgende fortsat uddannes, bruger og derved opnår øget rutine i de basale brede/generelle kompetencer – herunder de akutte – i hele uddannelsen for at sikre, at speciallægen ved afslutningen af speciallægeuddannelsen fortsat kan varetage disse funktioner. Dette gælder ikke mindst i de intern medicinske specialer, selvom hoveduddannelsen indenfor disse indebærer et år , der netop omfatter disse kompetencer. På den baggrund anbefales at:

- ved udarbejdelsen af specialernes målbeskrivelser, og særligt for de kirurgiske og de intern medicinske specialer, indgår mål, der sikrer rutine i de basale/ generelle kompetencer – herunder de akutte – i hele hoveduddannelsesforløbet

- de nyuddannede speciallæger i de intern medicinske specialer skal være kvalificerede til at varetage det intern medicinske beredskab

- alle aktører inklusive de centrale myndigheder fastholder den brede fællesuddannelse i intern medicin.

12 Opbygningen af den lægelige videreuddannelse

Efter bestået lægeligvidenskabelig embedseksamen og aflagt lægeløfte opnår kandidaten autorisation som læge jf. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed nr. 877 af 04/08/2011.

Gennemførsel og godkendelse af første del af den lægelige videreuddannelse, den kliniske basisuddannelse, er en forudsætning for påbegyndelse af speciallægeuddannelsen, som består af et introduktionsforløb og et hoveduddannelsesforløb. Et hoveduddannelsesforløb kan ikke påbegyndes, før den pågældende har gennemført et introduktionsforløb og fået tilladelse til selvstændigt virke fra Sundhedsstyrelsen jf. § 2 i Bekendtgørelse om uddannelsen af speciallæger nr. 1257 af 25/10/2007.

12.1 Den kliniske basisuddannelse

Speciallægekommissionen anbefalede, at man bevarede turnusuddannelsen som en blokansættelse bestående af 12 måneders ansættelse på relevante kliniske afdelinger og 6 måneders ansættelse i almen praksis. Desuden anbefalede kommissionen, at turnusuddannelsen skulle placeres lige efter kandidateksamen og at eventuel ventetid maksimalt måtte være 6 måneder. Kommissionen fandt dog, at man skulle være opmærksom på behov for fremtidige ændringer i turnusuddannelsen som konsekvens af ændringer i den prægraduate træning og/eller ændret struktur i sundhedsvæsenet.

Status. Turnusuddannelsen blev 1. august 2008 erstattet af den kliniske basisuddannelse (KBU) ved Bekendtgørelse nr. 1256 af 25/10/2007 om lægers kliniske basisuddannelse. KBU består af 6 måneders ansættelse på relevante kliniske afdelinger og 6 måneders ansættelse på anden relevant klinisk afdeling eller 6 måneders ansættelse i almen praksis. Ifølge målbeskrivelsen skal alle forløb indeholde tjeneste ved en afdeling med stor akutfunktion. Det er endvidere besluttet, at 80 % af de tilbudte forløb skal indeholde ansættelse i almen praksis. I henhold til bekendtgørelsen skal flest mulige specialer inddrages i de KBU-forløb som består af 2 hospitalsansættelser.

Efter etablering af fælles akutmodtagelser (FAM) indgår ansættelse/funktion ved disse i stigende grad i KBU-forløb. Fordelingen af specialer (+ FAM) i 422 KBU-forløb, forår 2011 er som følger (procent af KBU-forløb med det pågældende speciale): Almen medicin (78 %), intern medicin (47 %), FAM (26 %), ortopædisk kirurgi (19 %), kirurgi (13 %), psykiatri (10 %), urologi (3 %) og andre specialer (3 %) dvs. onkologi, thoraxkirurgi, karkirurgi og neurologi.

Målbeskrivelsen for KBU tager udgangspunkt i de 7 lægeroller og omfatter en række generelle lægelige kompetencer – hvilket adskiller sig fra de mere sygdoms-/specialespecifikke kompetencer, der indgik i målbeskrivelserne for turnusuddannelsen. Indenfor rollen medicinsk ekspert lægges der særlig vægt på en række akutte kompetencer samt på kendskab til varetagelse af længerevarende patientforløb og kroniske sygdomsforløb.

Sundhedsstyrelsen og regionerne tilrettelægger tilmeldings- og ansættelsesprocedurer, der sikrer, at KBU-forløb påbegyndes senest 3 måneder efter opnåelse af kandidatgraden, regnet fra 1.februar og 1.august.

I sommeren 2011 har fire hold, i alt ca. 1200 læger, gennemført et KBU-forløb. Sundhedsstyrelsen har - efter råd fra Det Nationale Råd for Lægelig Videreuddannelse – gennemført dels enqueten 2011, som bl.a. er besvaret af knap 700 læger med gennemført KBU, dels en aftagerundersøgelse[37], hvori 2.607 uddannelsesansvarlige læger, ledende overlæger og tutorlæger i almen praksis vurderer, i hvilken grad læger efter endt KBU opfylder målbeskrivelsen og har tilstrækkelige kompetencer til at påbegynde introduktionsuddannelsen. Formålet er bl.a. at vurdere og sikre, at opbygning og indhold af KBU opfylder målet, at de uddannelsessøgende opnår de beskrevne kompetencer i målbeskrivelsen, samt at de målbeskrevne kompetencer er relevante i omfang og indhold:

I de to undersøgelser spørges der henholdsvis om i hvilken grad KBU-lægerne "føler sig trygge" (enqueten 2011) og i hvilken grad de vurderes kompetente (aftagerundersøgelsen) ved starten af introduktionsstillingen. Resultatet ses i Tabel 11.

Tabel 11. KBU-lægernes tryghed og kompetencer ved start af introduktionsstilling.

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Spm. 2.6: I hvilken grad følte du dig tryg ved varetagelsen af de faglige arbejdsopgaver i begyndelsen af introduktionsuddannelsen?	1%	8%	41%	36%	13%
Spm. 10: Er det overordnet din vurdering, at læger efter endt KBU har de kompetencer, som de behøver for at påbegynde introduktionsuddannelsen?	2%	17%	55%	24%	3%

Kilde: Data fra enqueten 2011 spm. 2.6 besvaret af KBU-læger (N=537)og Sundhedsstyrelsens evaluering af den kliniske basisuddannelse – en aftagerundersøgelse spm. 10 (N=825).

De enkelte målbeskrevne kompetencer hos KBU-lægerne blev i aftagerundersøgelsen vurderet til gennemsnitligt at ligge lidt over middel. Dog under middel for kompetencerne "leder/administrator" og "kendskab til længerevarende patientforløb". Resultatet er tilfredsstillende, men med plads til forbedringer. Der bør være fokus på at sikre, at basislægerne dels opnår relevante kompetencer i forhold til at kunne agere som læge dels i højere grad kommer til at føle sig trygge ved varetagelsen af de faglige arbejdsopgaver i introduktionsuddannelsen. Denne fokusering vil medføre tiltagende tilfredshed blandt aftagerne, der modtager basislæger i introduktionsuddannelse, med de ønskede kompetencer inden for alle områder.

I aftagerundersøgelsen svarede hovedparten af aftagerne, at den ideelle længde af KBU ville være 18 måneder, at KBU skal indeholde forløb i en akutafdeling og at det ikke er hensigtsmæssigt at KBU indeholder andre specialer end intern medicin, kirurgi/ortopædisk kirurgi og almen medicin, som også indgik i turnus.

Perspektivering. Ovenstående undersøgelser lå til grund for temadrøftelse af KBU i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 5. oktober 2011. Rådet kon-

kluderede, at der ikke er grundlag for at ændre målbeskrivelsen for KBU, varigheden af KBU-forløb på 12 måneder eller på retningslinjerne for sammensætning af KBU-forløb. Men der var grundlag for at gøre en indsats for bedre målopfyldelse for KBU-lægerne på de uddannelsesgivende afdelinger og praksis – hvor at KBU-lægerne skal sikres relevante opgaver/vejledning relateret til målbeskrivelsen (se også kapitel 17 vedr. uddannelse i afdelingen).

12.1.1 Speciallægeuddannelsens opbygning og længde

Speciallægekommissionen ønskede at etablere et fleksibelt lægeligt videreuddannelsessystem i Danmark under hensyntagen til gældende EU-direktiver og nordiske konventioner om uddannelse og anerkendelse af speciallæger samt til Advisory Committee on Medical Training´s anbefalinger. Speciallægeuddannelsen var på det tidspunkt reelt væsentlig længere i Danmark end i en række EU-lande.

Speciallægekommissionen anbefalede konkret, at enkeltstillingsklassifikationen blev nedlagt og at den kliniske videreuddannelse blev opbygget af 3 elementer: turnusuddannelsen (18 mdr.), introduktionsuddannelse (12 mdr.) og hoveduddannelse (48-60 mdr., dog for intern medicinske og kirurgiske specialer op til 72 mdr.)

Status. I Danmark er enkeltstillingsklassifikationen nedlagt og der er oprettet introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb i samtlige specialer.

Opbygningen af den lægelige videreuddannelse i Danmark sammenlignet med andre lande, som vi normalt sammenligner os med i EU og USA, fremgår af nedenstående Tabel 12. Den stammer fra en mindre undersøgelse, som Sundhedsstyrelsen udarbejdede i december 2006.

Tabel 12. Oversigt over sammensætningen af sammenlignelige landes lægelige videreuddannelse.

	Danmark	Sverige	Norge	Finland	Nederlandene	Polen	Storbritannien	Spanien	Tyskland	USA
Turnus	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Intro	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Hoveduddannelse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Fælles grunduddannelse	Med Kir			Med Kir	Kir		Kir		Med Kir	Med
Teori	370 t.	30 dg	120 t.	120 t.	?	9 kurs.	variierende	?	?	?
Eksamen	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	(Ja)	Nej	Nej	Ja

Kilde: Intern undersøgelse i Sundhedsstyrelsen 2006.

Det ses, at Danmark er ene om at have adskilt introduktions - og hoveduddannelsesforløb.

I Danmark er den samlede længde af speciallægeuddannelsen (introduktionsstilling plus hoveduddannelsesforløb) 60 mdr. for de fleste specialer og 72 mdr. for det onkologiske, de intern medicinske og de kirurgiske uddannelser.

Varighed af speciallægeuddannelsen i Danmark og andre lande illustreres i Tabel 13, der også stammer fra Sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2006. Sammenligningen bør ses i lyset af, at flere faktorer end tid har betydning for kvaliteten af den lægelige videreuddannelse, eksempelvis er den ugentlige arbejdstid og grad af frihed især i form af ferie er meget forskellig i de pågældende lande. Danmark ligger i den lave ende, hvad angår aftalt arbejdstid - både ugentlig og samlet set - grundet ferie.

Tabel 13. Speciallægeuddannelsens varighed i visse specialer i sammenlignelige lande

	Uddannelsens varighed (år)										
Speciale	**Danmark**	**Sverige**	**Norge**	**Finland**	**Nederlandene**	**Polen**	**Storbritannien**	**Spanien**	**Tyskland**	**USA**	**Gennemsnit**
Anæstesiologi	5	5	5	6	5	6	7	4	5	4	5,2
Kirurgi	6	5	6	6	6	6	7	5	6	5	5,8
Gynækologi og obstetrik	5	5	5	6	6	6,5	7	4	5	4	5,4
Pædiatri	5	5	5	6	5	5	7	4	5	3	5,0
Urologi	6	7	7	6	6	6	6	5	5	6	6,0
Ortopædisk kirurgi	5	5	6,5	6	6	5	7	5	6	5	5,7
Psykiatri	5	5	5	6	4,5	5	6	4	5	4	5,0
Kardiologi	6	7	7	6	6	7	5	5	6	6	6,1
Gastroenterologi og hepatologi	6	7	7	6	6	7	5	4	6	6	6,0
Reumatologi	6	5	6	6	6	7	5	4	6	6	5,7
Diagnostisk radiologi	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4,8
Almen medicin	5*	5	5	4	3	4	4	4	5	3	4,2
Gennemsnit	5,4	5,5	5,8	5,8	5,4	5,8	5,9	4,3	5,4	4,7	5,4

* 5,5 år hvis almen medicin ikke indgår i basisforløbet.
Kilde: Intern undersøgelse i Sundhedsstyrelsen 2006.

Et af kriterierne for indmelding af specialer under Den Europæiske Unions direktiv 2005/36/EF er, at speciallægeuddannelsen baserer sig på seks års teoretisk og praktisk grunduddannelse ved et universitet eller anden højere læreanstalt, og at speciallægeuddannelsen opfylder en minimumsvarighed, som for gruppen af de 43 indmeldte specialer er 4-5 år.

Som det fremgår, var speciallægeuddannelsen i 2006 i nogle specialer længere i Danmark end i andre lande bl.a. i almen medicin. I andre specialer var uddannelsen kortere i Danmark end i andre lande. Det skyldes ikke mindst, at mange lande har indbygget valgfri uddannelse i subspecialer i hoveduddannelsen af 6-12 mdr. varighed og nogle lande har fælles uddannelsesdele og tidlig subspecialisering bl.a. i anæstesiologi (Finland) og i pædiatri (Finland, Storbritannien). I Danmark foregår uddannelse i fagområder/subspecialer primært efter speciallægeanerkendelsen.

Perspektivering. Direktiv 2005/36/EF er for øjeblikket under revision og den reviderede tekst forventes politisk behandlet og vedtaget foråret 2012. EU kommissionens hensigter er at sikre arbejdskraftens fri bevægelighed inden for EU og heri ligger også, at barrierer for denne skal minimeres. EU-medlemsstaterne skal derfor

i videst muligt omfang samarbejde om harmonisering af varighed og indhold i specialistuddannelserne.

12.2 Introduktionsuddannelse

Speciallægekommissionen anbefalede bevarelsen af introduktionsuddannelsen af 12 måneders varighed og anførte, at et væsentligt formål med introduktionsforløbet er, at gøre det klart for såvel den uddannelsessøgende som afdelingen, om en speciallægeuddannelse inden for det pågældende speciale er den rette karrierevej for den uddannelsessøgende læge. Kommissionen fandt, at introduktionsuddannelsen som hovedregel bør placeres ved en funktionsbærende enhed. Dog kunne introduktionsuddannelsen placeres ved en højtspecialiseret enhed forudsat, at afdelingen også varetager basisfunktioner indenfor specialet og er i stand til at tilbyde den uddannelse, der er beskrevet i målbeskrivelsen for det pågældende speciale. Kommissionen anbefalede ligeledes, at dimensioneringen af introduktionsstillinger skulle sikre en reel mulighed for, at de uddannelsessøgende om nødvendigt kan erhverve sig erfaring indenfor mere end et speciale inden endeligt specialevalg.

Vedrørende specifikke specialer anbefalede kommissionen:

Intern medicinske specialer: Fælles introduktionsuddannelse ved en intern medicinsk afdeling ved en funktionsbærende enhed eller ved en specialespecifik intern medicinsk afdeling ved en højt specialiseret enhed, forudsat denne har almen intern medicinsk arbejdsområde og kan leve op til målbeskrivelsen.

Almen medicin: ½ års ansættelse i en godkendt uddannelsespraksis

Kirurgiske specialer: Fælles introduktionsuddannelse, der kan foregå under ansættelse inden for alle kirurgiske specialer, forudsat målbeskrivelsen kan opfyldes.

Status. Introduktionsstillinger er etableret for alle specialer og samtlige har en af Sundhedsstyrelsen godkendt målbeskrivelse. Stillingerne er beliggende ved såvel afdelinger primært med hovedfunktion, som ved mere specialiserede afdelinger. Tiltagende specialisering har i enkelte tilfælde medført, at en introduktionsstilling er blevet delt med 6 måneder på hver af to afdelinger.

Målbeskrivelserne samt de tilhørende funktioner og ansvar, de uddannelsessøgende læger får i de kliniske afdelinger, er typisk baseret på de kompetencer, den uddannelsessøgende allerede forventes at have erhvervet fra den kliniske basisuddannelse og den prægraduate uddannelse på universitetet. Som tidligere anført, er de kompetencer den uddannelsessøgende læge nu opnår under KBU mere generelle og mindre specialespecifikke en dem, der blev opnået under turnusuddannelsen. Det har tilsyneladende voldt visse problemer i de specialer – intern medicinske og kirurgiske - der tidligere obligatorisk eller meget hyppigt indgik i turnusforløbene. Kun få afdelinger/praksis havde, ifølge evalueringen af den kliniske basisuddannelse, som følge af introduktionslægernes ændrede forudsætninger efter KBU i mindre omfang foretaget ændringer i arbejdstilrettelæggelse, vagtplanlægning, introduktion eller supervision.

Antallet af introduktionsstillinger er dimensioneret, så den uddannelsessøgende kan prøve mere end et speciale. I henhold til dimensioneringsplan 2008-2012 skal der indenfor hvert speciale opslås flere introduktionsstillinger end hoveduddannelsesforløb – minimum antal stillinger er 1429 og maksimum er 2175 introduktionsstillinger sammenholdt med i alt 874 hoveduddannelsesforløb dvs. gennemsnitlig en

faktor 1,6 – 2,5. Videreuddannelsesregionerne har i alt godkendt og tildelt numre til 1775 konkrete introduktionsstillinger (plus ad hoc numre til konkrete ekstrastillinger) og i 2010 var 1358-1398 af disse besatte, mens de resterende var vakante/ubesatte. Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt oplysninger om, hvorvidt alle 1775 stillinger var opslået. For specialet almen medicin blev der dog i henholdsvis 2008 og 2009 opslået 282 og 306 introduktionsstillinger, hvoraf 237 (84 %) og 244 (80 %) blev besat.

I følge § 17 i Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger (BEK nr. 1257 af 25/10/2007) skal Sundhedsstyrelsen halvårligt indhente antallet af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb, samt antallet af opslåede og besatte introduktionsstillinger hos de regionale råd for lægers videreuddannelse. Indberetningerne er velfungerende for hoveduddannelsesforløb, men endnu ikke for introduktionsstillinger – der slås op og besættes af de enkelte afdelinger/hospitaler. Danske Regioner arbejder på at løse problemet, så det også bliver muligt at indhente oplysninger om antallet af opslåede og besatte introduktionsstillinger.

Muligheden for at afprøve flere introstillinger/specialer før endeligt specialevalg er i omfang blevet begrænset af den såkaldte *fireårsregel* (§9 i BEK nr. 1257 af 25/10/2007 og § 3 i BEK nr. 1248 af 24/10/2007) ifølge hvilken, hoveduddannelsen i et speciale skal være påbegyndt senest 4 år efter første ansættelsesdag i KBU – med mindre der gives forlænget tidsfrist i overensstemmelse med bekendtgørelsens bestemmelser.

Enqueten 2011 viser, at knap 90 % af 693 læger, der besvarede enqueten, har søgt om en introduktionsstilling efter KBU, heraf har 36 % kun søgt om en stilling, 19 % om 2 stillinger, mens resten har søgt om flere stillinger. I alt 94 % af lægerne fik tilbudt en eller flere af de søgte stillinger. 93 % af disse læger havde påbegyndt en introduktionsstilling, deraf havde 17 % påbegyndt mere end en introduktionsstilling. Grunden til at påbegynde mere end en introduktionsstilling varierede: At opnå bredere erfaring (51 %), kvalificere til hoveduddannelsesforløb (48 %), vente på hoveduddannelsesforløb (17 %), endnu ikke besluttet speciale (27 %) og andre forhold (22 %).

En stor andel af lægerne (32 %) angav at have haft introduktionsstilling i et intern medicinsk speciale, hvilket er mange i betragtning af, at antallet af intern medicinske hoveduddannelsesforløb kun udgør 15% af alle forløb. En anden stor gruppe på 21 % havde haft introduktionsstilling i almen medicin.

Blandt de 693 læger med gennemført KBU angav 74 %, at de havde valgt hvilket speciale, de ønskede at uddanne sig til speciallæge.

Vedrørende specifikke specialer:

Intern medicinske specialer: Der er etableret målbeskrivelse for den fælles intern medicinske introduktionsuddannelse, som kan gennemføres på såvel medicinske afdelinger med et bredt klientel som mere specialiserede enheder med akut funktion. Ansættelsesforløbet sikrer, at introduktionslægen bliver præsenteret for et bredt udsnit af sygdomstilstande.

Almen medicin: Introduktionsuddannelsen bestod efter turnus af ½ års ansættelse i en godkendt uddannelsespraksis. Efter etablering af KBU til erstatning for turnus er introduktionsforløbet ½ år såfremt almen praksis indgår i den uddannelsessøgende

læges KBU-forløb, mens introduktionsforløbet er 1 år, såfremt almen praksis ikke indgår i KBU-forløbet.

Kirurgiske specialer: De fem kirurgiske specialer (karkirurgi, kirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi og urologi) havde som anbefalet af speciallægekommissionen en fælles introduktionsuddannelse, men fandt det nødvendigt, at den uddannelsessøgende læge i introduktionsforløbet fik sine basale kirurgiske færdigheder vurderet i det relevante speciale. Efter henvendelse fra de fem kirurgiske specialer og positiv tilkendegivelse fra Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse godkendte Sundhedsstyrelsen i 2008, at introduktionsforløb i de kirurgiske specialer skulle opslås som specialespecifikke forløb. De fælles kirurgiske uddannelseselementer blev indbygget i en fælles kursusrække i hoveduddannelsen.

Vedrørende stillinger, der ikke er forud godkendte uddannelsesforløb, stadig kaldet uklassificerede stillinger, viser enqueten 2011, at ca. 70 % af lægerne med gennemført KBU har haft sådanne og/eller studentervikariater, de fleste af kortere varighed, men nogle op til en samlet varighed på et år. Disse ansættelser var fordelt over samtlige specialer. Uddannelsestiden og den kliniske erfaring opnået i sådanne stillinger kan formelt ikke indgå i den lægelige videreuddannelse jf. § 5 i BEK1257 af 25/10/2007. Sundhedsstyrelsens aftagerundersøgelse viser, at erfaring fra uklassificerede stillinger har en vis betydning ved besættelse af introduktionsstillinger.

Perspektivering. Bedømt ud fra besvarelserne i enqueten 2011, har de fleste læger med gennemført KBU let ved at få en introduktionsstilling og er kvalificerede til at påbegynde den. En del har søgt og påbegyndt mere end én introduktionsstilling – med en overrepræsentation i almen medicin og i de intern medicinske specialer. En årsag til dette kunne tænkes at være, at basislægen ønske opnåelsen af grundlæggende brede medicinske kompetencer inden valg af speciale. Enqueten viser også, at de fleste læger hurtigt vælger speciale og at introduktionsuddannelsen har gjort dem trygge til at kunne varetage opgaverne i begyndelsen af hoveduddannelsen.

Det anbefales, at

- målbeskrivelserne for introduktionsstillinger og at introduktionslægens funktioner/ansvar i starten af ansættelsen tilpasses de kompetencer lægen forventes at have fra universitetet og KBU
- en grundig introduktion til specialet og oplæring i vigtige specialespecifikke procedurer og vurderinger bør foregå i begyndelsen af introduktionsforløbet for at sikre motivation og hurtig indlæringsprogression hos den uddannelsessøgende. Dette i kombination med eventuel karrierevejledning muliggør en tidlig klar fornemmelse af, om det pågældende speciale er det rigtige valg for den pågældende læge
- der i større udstrækning sikres, at midlertidige stillinger eller øvrige stillinger, der formelt ikke er uddannelsesstillinger, tilknyttes et uddannelsesprogram og ad hoc klassificeres som introduktionsstilling såfremt rammen for antallet af stillinger indenfor specialet giver plads til dette. Det vil bidrage til en effektivisering af speciallægeuddannelserne – og sikre optimal udnyttelse af uddannelseskapaciteten.

12.3 Hoveduddannelsens sammensætning

Speciallægekommissionen lagde vægt på, at speciallægeuddannelsen opbygges så fleksibelt, at den fortløbende kan tilpasses såvel sundhedsvæsenets som den sund-

hedsfaglige udvikling. Kommissionen anbefalede, at hoveduddannelsen i de enkelte specialer opbygges som et samlet hele og i et samlet ansættelsesforløb, omfattende på forhånd fastlagt tjeneste/ansættelse ved forskellige afdelinger og med et fortløbende uddannelsesprogram, som samlet lever op til den godkendte målbeskrivelse og gav en række konkrete anbefalinger angående sammensætningen af hoveduddannelsesforløbene med hensyn til antal og typer af enheder i forløbene.

Den aktuelle konkrete sammensætning af hoveduddannelsesforløb inden for de enkelte specialer varierer både indenfor og imellem de 3 videreuddannelsesregioner. Den overordnede variation er illustreret i Tabel 14.

Tabel 14. Sammensætning af nuværende enkelte hoveduddannelsesforløb for hvert speciale. I de tilfælde hvor der er variation mellem forløbene indenfor et speciale er der angivet minimum – maximum værdier.

Speciale	Antal byer	Antal ansættelsessteder	Varighed pr. ansættelse, md.	Basis/ Højt sp.	Opfyldt 2-steds krav	Antal specialer i HU-forløb	Almen-og speciallæge praksis
Almen medicin	1-3	6-7	6-12	+/-	+	6	++
Anæstesiologi	1-2	2-7	3-36	+/+	+	1	-
Arbejdsmedicin	2	2-3	12-24	+/1	+	2-3	-
Børne-og ungdomspsykiatri	2	2	12-36	+/+	+	2-3	-
Dermato-venerologi	1-2	2-3	6-24	-/+	+	1	+
Diagnostisk radiologi	1-4	2-4	12-24	+/+	+	1-2	-
Gynækologi og obstetrik	1-3	3	6-18	+/+	+	1-4	-
IM: Endokrinologi	2	2-3	7-36	+/+	+	1	-
IM: Gastroenterologi og hep.	2	2	12-30	+/+	+	1	-
IM: Geriatri	1-2	2-3	12-36	+/-	(+)	1-2	-
IM: Hæmatologi	2	2-4	6-36	+/+	+	1-2	-
IM: Infektionssygdomme	2-3	2-3	3-30	+/+	+	1-2	-
IM: Kardiologi	1-2	2-3	8-36	+/+	+	1	-
IM: Lungesygdomme	2	2-3	12-24	+/+	+	1	-
IM: Nefrologi	2	2-4	6-24	+/+*	+	1-2	-
IM: Reumatologi	2-3	2-3	3-45	+/+	+	1-2	+
Karkirurgi	1-2	1-3	6-24	(+)/+	(+)	1	-
Kirurgi	2-3	2-5	2-30	+/+	+	1	-
Klinisk biokemi	2	3	6-30	+/+	+	2	-
Klinisk farmakologi	2	4	6-24	-/+	(+)	2-3	-
Kl. fys. og nuklearmedicin	1-2	3	6-30	+/+	+	2	-
Klinisk genetik	2	3	6-18	-/+	+	2	-
Klinisk immunologi	1-2	2	12-36	-/+	+	1	-
Klinisk mikrobiologi	1-2	2-4	3-36	-/+	+	1	-
Klinisk onkologi	2-3	2-4	6-36	+/+	+	1-3	-
Neurokirurgi	1-2	3	3-18	-/+	+	1-2	-
Neurologi	2-3	4-6	3-16	+/+	+	3-4	-
Oftalmologi	1-2	3	6-30	+/+	+	1	+
Ortopædisk kirurgi	2	2-4	3-21	+/+	+	1-3	+***
Oto-rhino-laryngologi	2-3	3-5	6-18	+/+	+	1	+
Patologisk anatomi	1-2	2-3	9-24	+/+	+	1	-
Plastikkirurgi	2	2-4	6-24	-/+	+	2-3	-
Psykiatri	1-(3)	3	6-24	+/+	+	2-4	-
Pædiatri	2-3	2-3	6-24	+/+	+	1	-
Retsmedicin	1-2	3-	12-24	-/+	**	2	-
Samfundsmedicin	1	3-4	12-18	+/-	-	2-4	-
Thoraxkirurgi	2	3	3-36	-/+	+	2-3	-
Urologi	2	2-3	12-24	+/+	+	1	-

* To forløb uden højtspecialiseret funktion. ** Ansættelse på et retsmedicinsk institut plus 2 afdelinger i patologisk anatomi. *** To igangværende forsøg med inddragelse af privathospitaler
(+) Nogle forløb har fået/søgt dispensation for tostedskravet.
Antal specialer i HU-forløb: Mange store intern medicinske afdelinger huser adskillige specialer – således at HU-læger kommer i kontakt med adskillige specialer uanset her kun er anført 1-2.
Kilde: Data fra de 3 videreuddannelsessekretariaters hjemmesider (forår 2011), suppleret med en skriftlig opgørelse fra videreuddannelsesregion Øst.

I de følgende afsnit redegøres for kommissionens anbefalinger og nuværende status for de enkelte elementer, der indgår i hoveduddannelsesforløbene. Derefter følger en samlet perspektivering vedrørende hoveduddannelsens sammensætning.

12.3.1 Antal ansættelsessteder i hoveduddannelsen

Speciallægekommissionen skrev, at hoveduddannelsen bør bestå af færrest mulige ansættelser – dog bør uddannelsen som hovedregel omfatte ansættelse ved såvel en funktionsbærende enhed som ved en højtspecialiseret enhed indenfor specialet, og ved specialer der ofte udføres i speciallægepraksis bør en del af uddannelsen tillige foregå i sådanne. Endelig anbefalede kommissionen at uddannelsen til speciallæge i almen medicin skulle omfatte ansættelse i to forskellige praksis og på hospitalsafdelinger indenfor 4 forskellige specialer (intern medicin, gynækologi og obstetrik, psykiatri samt kirurgi).

Status. I Bekendtgørelsen for uddannelse af speciallæger (BEK nr. 1257 af 25/10/2007) står anført, at hoveduddannelsen skal indeholde ansættelse på mindst to ansættelsessteder indenfor specialet. Gennemgang af de nuværende hoveduddannelsesforløb viser, at der i hovedparten af forløb/specialer indgår 2-3 ansættelssesteder. Såfremt der indgår 2 afdelinger i et hoveduddannelsesforløb, kan antallet af skift være større – idet der ofte indgår 2 adskilte ophold ved den ene, undertiden ved begge afdelinger.

I nogle forløb/specialer indgår dog op til 7 ansættelssesteder i et hoveduddannelsesforløb. Dette gælder bl.a. for almen medicin, hvor samtlige forløb indeholder 6-7 ansættelssesteder. Størst variation ses i anæstesiologi, hvor antallet af ansættelssesteder i et hoveduddannelsesforløb varierer mellem 2 og 7. Det er udtryk for en forskellig lokal organisation af specialet, f.eks. på Rigshospitalet er anæstesiologi organiseret i en række selvstændige, specialiserede klinikker og hoveduddannelsesforløbene omfatter 3 måneders tjeneste på hver af disse. Aarhus Universitetshospital rummer to store anæstesiologiske afdelinger opdelt i en række specialiserede sektorer, og hoveduddannelsesforløbene omfatter længerevarende ansættelser ved disse afdelinger, hvorunder den uddannelsessøgende har en periodes tjeneste ved hver af sektorerne. Således er der ansættelsesmæssigt, men næppe indholdsmæssigt forskelle på de to typer forløb.

Geografisk foregår langt de fleste hoveduddannelsesforløb i 2 forskellige byer og kun få indebærer ansættelse i 3 forskellige byer og en del forløb foregår udelukkende i København.

Ovenstående fremgik også af spørgeskemaundersøgelsen blandt landets postgraduate kliniske lektorer og blandt disse var der ikke et ønske om, at der skulle indgå færre enheder i et forløb. Nogle anførte, at det kan opleves problematisk i almen medicin med 5 x 6 måneder på forskellige afdelinger, og at store geografiske afstande mellem de forskellige afdelinger kan være problematisk for de uddannelssøgende læger (Bilag I, nr. 11).

12.3.2 Varighed af ansættelser i hoveduddannelsen

Speciallægekommissionen anbefalede, at ansættelser af under 3 måneders varighed ikke bør indgå i speciallægeuddannelsen.

Status. I Bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger (BEK nr. 1257 af 25/10/2007) står anført at ansættelsesvarigheden på de enkelte uddannelssesteder,

der ifølge uddannelsesprogrammet indgår i et introduktions- eller hoveduddannelsesforløb, skal være på mindst 6 måneder. Undtaget herfra er ansættelsesforhold, hvor særlige målbeskrevne kompetencer kan opnås på kortere tid. Derudover står anført at ansættelsesvarighed på mindst to ansættelsessteder skal være af mindst 12 måneders varighed.

Gennemgang af hoveduddannelsesforløbene viser, at bekendtgørelsens bestemmelser om at varigheden af de enkelte ansættelser indenfor specialet skal være mindst 12 måneder per enhed overholdes af de fleste specialer/forløb. Ansættelsesvarigheden varierer dog i nogle specialer/forløb mellem 6 og 36 måneder per ansættelse med de fleste ansættelser mellem 12 og 24 måneder. Almen medicin udskiller sig med 5 x 6 måneders ansættelser på hospitalsafdelinger udover ansættelse i 2 forskellige praksis, heraf den ene af 2 omgange.

Det fremgår ligeledes, at der er hoveduddannelsesforløb i 8 specialer, hvori der indgår ansættelser af mindre end 6 måneders varighed, typisk 3 måneders ansættelser. I disse tilfælde er formålet med disse at "opnå målbeskrevne kompetencer på kortere tid" enten indenfor et særligt fagområde i eget speciale (eks. klinisk neurofysiologi i neurologi) eller i et andet speciale (eks. psykiatri og neurokirurgi i neurologi). Antallet af korte ansættelser i hoveduddannelsesforløbene varierer mellem landsdelene – formentlig betinget af forskelle i den lokale organisering af specialet.

12.3.3 Typer af enheder, der indgår i hoveduddannelsen

Speciallægekommissionen kom med en række anbefalinger om sammensætningen og indhold i hoveduddannelsen vedrørende eget speciale, andre specialer og inddragelse af speciallægepraksis. Disse elementer er kommenteret hver for sig i nedenstående afsnit.

12.3.3.1 Eget speciale – tostedskravet

Speciallægekommissionen anbefalede, at hoveduddannelsen som hovedregel bør omfatte ansættelse ved såvel en funktionsbærende enhed som ved en højt specialiseret enhed – idet fordelene ved at have kendskab til specialets funktion ved begge enheder vægtes højere end ønsket om at et uddannelsesforløb skal indeholde færrest mulige ansættelser. Kommissionen fandt det væsentligt, at kommende speciallæger har kendskab til alle facetter vedr. specialets funktion, dvs. såvel de mere almindeligt forekommende opgaver ved de funktionsbærende enheder som de højt specialiserede opgaver. Indenfor intern medicin lagde kommissionen vægt på, at uddannelsen indenfor såvel generel intern medicin som specialiseret intern medicin i videst muligt omfang integreres. Speciallægekommissionen skrev ligeledes, at det således bør tilstræbes, at den uddannelsessøgende under en del af tjenesten ved den funktionsbærende enhed forretter dagtjeneste i det valgte speciale, ligesom det forudsættes, at vedkommende indgår i det fælles akutte medicinske beredskab.

Status. I Bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger (BEK nr. 1257 af 25/10/2007) står, at i hoveduddannelsen i hospitalsspecialer skal som hovedregel indgå ansættelse på såvel afdeling med hovedfunktion som afdeling med specialiseret funktion. Hoveduddannelsen skal indeholde ansættelse på mindst to ansættelsessteder inden for specialet, hver af mindst 12 måneders varighed.

Gennemgang af de nuværende hoveduddannelsesforløb viser, at stort set alle lever op til tostedskravet og for specialer, hvor det er muligt, fordelt på henholdsvis en

bred og en mere specialiseret afdeling. For specialer, som kun eller næsten kun indeholder højtspecialiserede funktioner f.eks. neurokirurgi eller dermato-venerologi indeholder forløbene tjeneste ved to højtspecialiserede afdelinger. I retsmedicin indeholder forløbene udelukkende ophold på et retsmedicinsk institut; men alle forløb indeholder tjeneste på 2 forskellige afdelinger i patologisk anatomi..

Indenfor intern medicin findes der en række store medicinske afdelinger, der hver rummer adskillige medicinske specialer, som sikrer uddannelse i mere end eget speciale, selv om det ikke tydeligt fremgår af Tabel 14.

12.3.3.2 Speciallægepraksis – inddragelse i uddannelsen

Speciallægekommissionen anbefalede, at speciallægepraksis i specialerne oftalmologi, oto-rhino-laryngologi og dermato-venerologi inddrages i uddannelsen, idet man derved dels vil være i stand til at gøre fremtidige speciallæger inden for området bedre rustet til at udøve specialets funktioner på basisniveau, dels får mulighed for at anvende en endnu ikke udnyttet uddannelseskapacitet. For de andre specialer, som er repræsenteret i speciallægepraksis anbefales, at det vurderes, om dele af speciallægeuddannelsen kan foregå i speciallægepraksis som en valgmulighed.

Status. I Bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger (BEK nr. 1257 af 25/10/2007) står, at i de specialer hvor en væsentlig del af patientvaretagelsen sker i speciallægepraksis, skal ansættelse i speciallægepraksis indgå i hoveduddannelsen.

Gennemgang af de nuværende hoveduddannelsesforløb indenfor de 38 nuværende specialer viser, at speciallægekommissionens anbefalinger principielt er opfyldt, idet der indgår 6 måneders ophold i speciallægepraksis i samtlige hoveduddannelsesforløb indenfor dermato-venerologi, oto-rhino-laryngologi og oftalmologi med undtagelse af 2 oftalmologiforløb i videreuddannelsesregion Øst, der i stedet indeholder 6 måneder på Statens Øjenklinik. Endvidere er der 2 hoveduddannelsesforløb i reumatologi i Øst, som indeholder 6 måneders ophold i speciallægepraksis. Opholdet i speciallægepraksis ligger typisk i 2.-3. år af hoveduddannelsen.

En forespørgsel til de relevante postgraduate kliniske lektorer viser, at der foreligger uddannelsesprogram for opholdene i speciallægepraksis og at kompetencerne oftest bliver godkendt. Opholdene i speciallægepraksis i dermato-venerologi har eksisteret i fem år og fungerer til alle parters tilfredshed[38]. Enqueten 2011 viser ligeledes, at de uddannelsessøgende læger ofte har stort udbytte af ophold i speciallægepraksis.

Der er drøftelser i alle tre regioner om, hvorvidt der er mulighed for i højere grad at inddrage speciallægepraksis i hoveduddannelserne i gynækologi, idet der i dag er mulighed for besøg/fokuserede ophold i praksis. Der har tillige været enkelte drøftelser i specialerne anæstesiologi, kirurgi, ortopædkirurgi, plastikkirurgi, psykiatri og pædiatri.

Inddragelse af speciallægepraksis i hoveduddannelsesforløbene kræver klare aftaler ikke kun af faglig karakter såsom uddannelsesprogram, vejledning/supervision og evaluering, men også af praktisk og økonomisk art såsom arbejdstid (herunder frihed til kurser), løn til den uddannelsessøgende (også under sygdom), honorering for vejledning/supervision, betaling for indretning af ekstra arbejdspladser etc. Etablering af disse aftaler har været tidskrævende og vanskelige, hvorfor der indtil nu har været dispensation fra ophold i speciallægepraksis i en række af forløbene.

Der er dog nu indgået en landsdækkende aftale, der træder i kraft 1.maj 2011, som indebærer, at lønnen til den uddannelsessøgende læge afholdes af regionen. Udgifter til indretning af arbejdsplads, instruktion og vejledning afholdes af de enkelte speciallægepraksis og denne udgift modsvares typisk af den aktivitetsøgning, den uddannelsessøgende læge bidrager med i speciallægepraksis.

12.3.3.3 Privathospitaler – inddragelse i uddannelsen

Speciallægekommissionen skrev ikke noget vedrørende inddragelse af privathospitaler i speciallægeuddannelsen.

Status. Sundhedsstyrelsen nedsatte, efter drøftelse i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, i 2008 en arbejdsgruppe, der skulle redegøre for uddannelsesmulighederne i den private hospitalssektor, vurdere fordele og ulemper ved at inddrage privathospitaler i den lægelige videreuddannelse samt beskrive mulige uddannelsesforløb på privathospitaler.

Baggrunden for nedsættelse af arbejdsgruppen var, at privathospitalerne behandlede et stadigt større antal offentlige patienter, samt et politisk ønske om inddragelse af privathospitalerne.

Resultatet af arbejdsgruppens arbejde er blevet samlet i en rapport[39]. Arbejdsgruppen fandt, at privathospitalerne, rummede et tilstrækkeligt uddannelsespotentiale indenfor flere specialer. For at kunne deltage i speciallægeuddannelsen på samme kvalitets niveau som offentlige hospitaler stillede arbejdsgruppen en række krav til privathospitalerne vedrørende organisering af uddannelsen, undervisningskapacitet, kvalitetsdokumentation, aflønning og forsikringsforhold. Der blev beskrevet 2 konkrete uddannelsesophold indenfor ortopædkirurgi, hver af 6 måneders varighed og beliggende i København (Privathospitalet Hamlet) og Århus (Privathospitalet EIRA (nu Hamlet)). De to forløb er nu som et pilotforsøg indbygget i et hoveduddannelsesforløb i henholdsvis Øst og Nord. Forløbene er iværksat, men endnu ikke gennemført. Planen er, at inspektorkorpset vil blive inddraget i evalueringen af forløbene og når disse foreligger, bliver arbejdsgruppen genindkaldt.

12.3.3.4 Andre specialer i uddannelsen – sideuddannelse

Speciallægekommissionen anbefalede, at begrebet sideuddannelse blev afskaffet og det skulle overvejes om uddannelse i andre specialer kunne reduceres eller om muligt udgå af speciallægeuddannelsen. I det omfang sådanne elementer bevares, skal de indgå i hoveduddannelsen.

Status. Begrebet sideuddannelse anvendes ikke længere officielt i speciallægeuddannelsen, men mange specialer har i alle eller dele af deres hoveduddannelsesforløb indbygget ophold indenfor et eller flere andre specialer. Opholdene er typisk af 6 måneders varigheder, enkelte dog kun 3 måneder og andre foregår som fokuserede ophold. Supplerende uddannelse i andet speciale foregår eksempelvis i: almen medicin (4-5 forskellige specialer), dermato-venerologi (intern medicin), gynækologi og obstetrik (kirurgi), neurologi (psykiatri, neurokirurgi), neurokirurgi (neurologi), onkologi (intern medicin, hæmatologi), plastikkirurgi (kirurgi) og blandt laboratoriespecialer (diverse kliniske specialer) (Tabel 14).

12.3.4 Hoveduddannelsesforløb i fremtiden

Gennemgang af de nuværende hoveduddannelsesforløb har vist, at Speciallæge-kommissionen anbefalinger og betænkningens krav (BEK nr. 1257 af 25/10/2007) er opfyldt.

Gennemgangen har ligeledes dokumenteret, at disse rammer har gjort det muligt både imellem og indenfor de enkelte specialer at sammensætte hoveduddannelses-forløbene på forskellig vis under hensyntagen til sundhedsvæsenets lokale struktur og ændringer heri.

De konkrete hoveduddannelsesforløb skal primært sammensættes med henblik på, at målbeskrivelsens krav kan opfyldes. Den nuværende hastige udvikling i sund-hedsvæsenets struktur og organisering giver videreuddannelsesregionerne store ud-fordringer, når uddannelsesforløb skal flyttes eller modificeres grundet ændringer af afdelingers organisering og/eller opgavevaretagelse. Dette kan betyde, at videre-uddannelsesregionen ansøger Sundhedsstyrelsen om dispensation fra uddannelses-bestemmelserne for at tilgodese nødvendige og hensigtsmæssige uddannelsesforløb i et ændret hospitalsvæsen.

Der foregår aktuelt en centralisering af hospitalsvæsenet. Hospitaler og afdelinger nedlægges eller fusionerer på tværs af matrikler, hvilket bl.a. betyder at én afdeling kan ligge på to matrikler i to forskellige byer. Det udfordrer tostedskravet indenfor eget speciale idet f.eks. det, der tidligere var to afdelinger med henholdsvis hoved-funktions- og højtspecialiseret niveau, fusionerer til en stor afdeling med begge ni-veauer. Tostedskravet bør fortsat opretholdes for at sikre den uddannelsessøgende bred tilgang til og indsigt i specialet; men det er nødvendigt at revurdere hvad der i fremtiden skal forstås ved tostedskravet – er det to afdelinger/matrikler eller er det én enhed uafhængig af størrelsen og af den geografiske placering. I visse tilfælde findes det dog acceptabelt at dispensere fra tostedskravet forudsat, målbeskrivelsen kan opfyldes og den uddannelsessøgende læge under sin tjeneste får kendskab til alle facetter i specialets funktion dvs. såvel de almindeligt forekommende som de specialiserede opgaver.

Udover en reduktion i antal afdelinger sker der en tiltagende specialisering, som indebærer, at mange afdelinger hver især varetager færre kliniske funktioner end tidligere – både på hovedfunktions- og specialiseret niveau. Det vil derfor i nogle forløb være nødvendigt at tilføje et ekstra tjenestested og en kort ansættelse under 6 måneder, dog minimum 3 måneder, såfremt det er nødvendigt for opfyldelse af målbeskrivelsen. Med henblik på at opnå konkrete kompetencer, hvor egentlig an-sættelse ikke er nødvendig, anbefales det fortsat at benytte fokuserede ophold, se afsnit 12.4.

Speciallægepraksis bør i højere grad inddrages i specialer, hvor en stor andel af de fremtidige speciallæger forventes at få deres fremtidige virke i speciallægepraksis og /eller i takt med at flere patientkategorier og behandlinger, som indgår i målbe-skrivelsen, hovedsageligt eller udelukkende ses og varetages i speciallægepraksis. Der er betydelige geografiske forskelle i denne udvikling, der særligt forekommer i København og i mindre grad i Århus. Ophold i speciallægepraksis skal kvalitativt leve op til de normale krav til videreuddannelse såsom uddannelsesprogram, vej-ledning, godkendelse af kompetencer og tillige gerne inddragelse i inspektorbesøg.

Fremtidig inddragelse af privathospitaler i speciallægeuddannelsen vil afhænge af evalueringen af de igangværende pilotforsøg og af den fremtidige udvikling i privathospitalernes opgaver og organisation.

Der bør være en forståelse af, at sammensætningen af de enkelte hoveduddannelsesforløb til stadighed bør være en dynamisk proces, der følger dels den faglige udvikling (f.eks. tilkommer nye operationsteknikker og gamle afskaffes) dels følger sundhedsvæsenets samlede dynamik, strukturering og organisering.

12.4 Fokuserede ophold i speciallægeuddannelsen.

Speciallægekommissionen omtalte fokuserede ophold som en læringsmetode, der kan føre til erhvervelse af ønskede kompetencer inden for rollerne som medicinsk ekspert, samarbejder, leder/administrator og professionel. Formål, form og varighed er ikke konkretiseret yderligere i betænkningen.

Status. Ifølge det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse[40] er fokuseret ophold defineret som et korterevarende ophold på en anden afdeling eller institution end den specialespecifikke uddannelsesgivende afdeling med henblik på at opnå specifikke målbeskrevne kompetencer, der ikke kan erhverves på ansættelsesstedet.

Fokuserede ophold anvendes hyppigt i speciallægeuddannelsesforløb. Ellyton & Ringsted[41] fandt i 2004 ved gennemgang af specialernes målbeskrivelser, at 21 specialer anvendte fokuserede ophold. En rapport fra Videreuddannelsesregion Nord, august 2010[42] konkluderede at 23 ud af 38 specialer havde indbygget fokuserede ophold i hoveduddannelsesforløbene. 5 af de øvrige 15 specialer havde tidligere gjort brug af fokuserede ophold. En spørgeskemaundersøgelse blandt landets 101 postgraduate lektorer (svar fra 61) i 2011 (Bilag I nr. 11) viste, at 20 specialer anvender fokuserede ophold med henblik på målbeskrevne kompetencer som et obligatorisk element i uddannelsesprogrammerne. Fokuserede ophold anvendes således i over halvdelen af alle specialer i uddannelsen. De er oftest placeret i hoveduddannelsesforløbet, men enkelte specialer har også fokuserede ophold i introduktionsuddannelsen.

Ud fra ovenstående definition er formålet med fokuserede ophold erhvervelse af specifikke målbeskrevne kompetencer. De ovennævnte undersøgelser viser, at de uddannelsessøgende udover de målbeskrevne kompetencer også opnår andre relevante, ikke målbeskrevne kompetencer under de fokuserede ophold og får et værdifuldt indblik i særlige subspecialer, i samarbejdspartneres arbejdsgange, skaber netværk etc. Rationalet bag de fokuserede ophold kan derfor være bredere end det målbeskrevne. Derudover tilbyder/tillader enkelte specialer individuelt planlagte fokuserede ophold med udgangspunkt i den enkelte læges egne ønsker og undertiden på lægens eget initiativ. Formålet med disse ophold er derfor typisk at opnå viden og kompetencer indenfor den individuelle frem for den målbeskrevne dimension af speciallægeuddannelsen.

Antallet af fokuserede ophold per uddannelsesforløb er hyppigst 1-2, men varierer mellem 0-5. Varigheden af et fokuseret ophold er typisk 1-2 uger, men er fundet at variere fra få dage til 3 måneder; hvilket kan skyldes, at der er inkluderet kortere ansættelser. Spørgeskemaundersøgelsen fra videreuddannelsesregion Nord viser, at fokuserede ophold vurderes overordnet positivt af såvel uddannelsessøgende læger som uddannelsesansvarlige overlæger.

Perspektivering. Fokuserede ophold har vist sig at være en brugbar og værdifuld metode til opnåelse af specifikke og veldefinerede målbeskrevne kompetencer, som ikke kan opnås på ansættelsesstederne i uddannelsesforløbet. I afdelingernes uddannelsesprogrammer bør der indgå en klar beskrivelse af hvert af de planlagte fokuserede ophold, herunder formål og konkret indhold i overensstemmelse med dette, ligesom en evaluering og dokumentation af, om den uddannelsessøgende har opnået de planlagte målbeskrevne kompetencer, foretages efter det fokuserede ophold. Således sikres en optimering af det fokuserede ophold.

Ophold i relation til viden og/eller kompetencer relateret til den individuelle profilering (den anden dimension) vil oftest aftales mellem den uddannelsesansvarlige overlæge, afdelingsledelsen og den uddannelsessøgende læge og indgå i den individuelle uddannelsesplan.

Det anbefales at

- udtrykket " fokuserede ophold" kun bør anvendes om ophold, der vedrører erhvervelse af målbeskrevne kompetencer (den målbeskrevne dimension) i overensstemmelse med definitionen, og ikke om andre typer af uddannelsesophold, der typisk vedrører den individuelle profilering i speciallæge uddannelsen (den anden dimension)

- der indgår en klar beskrivelse af hvert af de planlagte fokuserede ophold, herunder formål og konkret indhold i afdelingernes uddannelsesprogram

- hvert fokuseret ophold bør afsluttes med en evaluering og dokumentation af, om den uddannelsessøgende har opnået de planlagte målbeskrevne kompetencer.

12.5 Fælles akutmodtagelser – integration i speciallæge-uddannelsen

Speciallægekommissionen skrev, at en speciallæge skal være i stand til at påtage sig ansvaret for undersøgelse, primær behandling og visitation af alle uselekterede patienter, herunder alle akutte patienter inden for specialet. Specifikt for de intern medicinske specialer skrev speciallægekommissionen, at fællesuddannelsen i intern medicin skulle sikre, at alle speciallæger indenfor området kan indgå i det akutte beredskab ved en funktionsbærende enhed, og det blev forudsat at de uddannelsessøgende under tjeneste ved den funktionsbærende enhed indgår i det fælles akutte medicinske beredskab.

Status. Da speciallægekommissionens betænkning udkom i år 2000 var der cirka 70 hospitaler med akutmodtagelse i Danmark. På de funktionsbærende enheder blev de intern medicinske patienter ofte modtaget i en fælles medicinsk modtagelse, hvorimod akutte patienter indenfor de øvrige specialer og på de højtspecialiserede enhed typisk blev modtaget i de enkelte specialers egne afdelinger/regi. I 2007 var der godt 40 hospitaler med skadestue/akutmodtagelse, og på flere hospitaler var der mere end en akutmodtagelse.

I 2007 udkom Sundhedsstyrelsens rapport: "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen"[8]. I denne anbefaledes dels en reduktion til 20-25 hospitaler med akutmodtagelse, dels en samling af de akutte modtagelser ét sted på hospitalet i form af fælles akutmodtagelser (FAM) på hoved-

funktionsniveau og i alt fire traumecentre på højt specialiseret niveau. For en FAM blev anbefalet, følgende specialer på matriklen: intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi, anæstesiologi (alle med speciallæger i tilstedeværelsesvagt), diagnostisk radiologi (speciallæge i rådighedsvagt) og klinisk biokemi, (ved modtagelse af børn tillige pædiatri). Der skulle være speciallæger med kompetence i at foretage akutte ultralydsundersøgelser, herunder ekkokardiografi samt mulighed for rådgivning fra speciallæger i klinisk biokemi, infektionsmedicin og klinisk mikrobiologi.

Regionerne er aktuelt i gang med implementering af ovenstående anbefalinger i nedenstående samlede hospitalsplan på akutområdet jf.Tabel 15.

Tabel 15. Antal og lokalisation af planlagte fælles akutmodtagelser (FAM) og traumecentre i de fem regioner.

Akuthospitaler med	FAM	Traume center	
Region Hovedstaden	4	1	Hillerød, Herlev, Hvidovre, Bispebjerg, Rigshospitalet
Region Midtjylland	5	1	Horsens, Viborg, Randers, Gødstrup, Aarhus
Region Nordjylland	3	1	Hjørring, Thisted, Aalborg
Region Sjælland	4	0	Holbæk, Slagelse, Nykøbing Falster, Køge
Region Syddanmark	3	1	Kolding, Esbjerg, Åbenrå, Odense
I alt	20	4	

Der er stor variation på i hvilket omfang FAM'erne er etableret og i hvorledes de er eller bliver struktureret og organiseret jf.Tabel 16. FAM'erne forventes etableret i alle regioner indenfor de kommende år.

Tabel 16. Variation i struktur og organisation af de kommende fælles akutmodtagelser (FAM)

Område	Variation (yderpunkter)
Etablering	Fuldt etableret - ikke etableret
Ledelse	Egen afdelingsledelse – del af anden afdeling
Patientkategorier	Patienter fra mange specialer – patienter fra få specialer
Patientophold i FAM	Max 72 timer - max 4 timer
Senge i FAM	Egne senge – ingen senge
Speciallæger ansat i FAM	En række speciallæger ansat – ingen speciallæger ansat
Speciallæger tilstede 24 t	Adskillige - ingen
KBU læger ansat i FAM	Ja – nej
Introlæger ansat i FAM	Ja – nej
Hovedudd. læger ansat i FAM	Ja – nej

Arbejdsgrupper nedsat af de tre Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse har hver udgivet en rapport om, hvorledes lægelig videreuddannelse vil kunne integreres i akutberedskabet[43,44, 45].

Hovedparten af de fælles akutmodtagelser fungerer i dag som uddannelsessted for en større gruppe af læger i den kliniske basisuddannelse. Disse basislæger er enten ansættelsesmæssigt knyttet til FAM eller til anden afdeling. Der er således aktuelt ansat kliniske basislæger på en række FAM'er. Mange læger i introduktionsstillinger især i de intern medicinske specialer, i kirurgi og i ortopædisk kirurgi opnår ligeledes mange akutte kompetencer i FAM, men har ansættelse på en afdeling indenfor eget speciale. I Videreuddannelsesregion Syd afprøves introduktionsstillin-

ger for den fælles intern medicinske introduktionsuddannelse med seks måneders funktion i FAM. Læger i hoveduddannelsesforløb, især intern medicinske, har ligeledes akutte opgaver i FAM. I Horsens er der i FAM ansat læger i deres hoveduddannelsesforløb i almen medicin.

Der er gennemført inspektorbesøg på 5 FAM'er (Herning, Holbæk, Horsens, Køge og Slagelse) – med tilfredsstillende temascoringer og inspektorrapporter, hvor der beskrives afdelinger med engagement og lyst til at udvikle og sikre et godt læringsog uddannelsesmiljø. De kliniske basislægers evaluering af det første halve års ansættelse på en fælles akutmodtagelse adskiller sig ikke fra kollegernes evalueringer af øvrige uddannelsesafdelinger, og de vurderede, at FAM har et stort læringspotentiale[46].

Ifølge DSI rapporten "Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akut Modtagelse"[47] er oplevelsen blandt de interviewede læger, at yngre læger i akutafdelingen står mindre alene med de akutte patienter, end de gjorde tidligere. Der anføres flere forskellige årsager til denne ændring bl.a. at der er flere speciallæger tilstede i modtagelsen, at der qua sammenlægningen af vagthold er flere yngre læger samlet tilstede og at der sker en professionalisering og et kvalitetsløft af uddannelsen af de yngre læger i FAM. Det større volumen af patienter og læger gør blandt andet, at det bliver muligt at oparbejde en uddannelseskultur og fokus på arbejdsbaseret læring. Det er tidligere fundet, at turnus for mange snarere var en anledning til fravalg af specialer end en anledning til tilvalg bl.a. fordi, mange oplevede at stå alene med tingene. Organiseringen af KBU uddannelsen i akutafdelingen kan derfor komme til at medvirke til et mere kvalificeret specialevalg[48].

Perspektivering. Som anført ovenfor, er FAM'erne på nuværende tidspunkt meget forskellige hvad angår udformning og niveau for etablering. Det forventes også, at lægelig videreuddannelse i FAM står foran en lang udviklingsfase. Nedenfor er angivet nogle vurderinger og anbefalinger vedrørende lægelig videreuddannelse i FAM - med udgangspunkt i de 3 ovennævnte regionale rapporter:

Uddannelsespotentiale. Der en forventning om, at FAM vil have et stort uddannelsespotentiale for de uddannelsessøgende læger på alle niveauer i den lægelige videreuddannelse og i efteruddannelsen af speciallæger inden for fagområdet Akut Medicin. Uddannelsespotentialet i den enkelte FAM vil afhænge af afdelingens struktur, organisering og patientgrundlag, hvilket vil variere og for nogle af de kommende FAM'er, er det endnu ikke fastlagt. De kompetencer, der potentielt kan opnås i FAM, er ikke kun indenfor rollen som medicinsk ekspert, men i høj grad også indenfor rollerne som kommunikator, samarbejder, leder og professionel.

Målbeskrivelser/uddannelsesprogrammer. De akutte patientforløb fylder forskelligt i de forskellige specialers målbeskrivelser og andelen af relevante patientforløb i FAM er meget forskelligt fra speciale til speciale (og fra FAM til FAM). I det omfang der i målbeskrivelsen indenfor den uddannelsessøgende læges speciale eller kliniske basisuddannelse er kompetencer, der bedst kan opnås i FAM, vil det være formålstjenligt, at uddannelsesprogrammet sikrer dette. Videreuddannelsesregionerne sikrer udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer og i forbindelse hermed foregår vurdering og godkendelse af FAM´s uddannelsespotentiale i forhold til kompetencerne i programmet.

En stærk uddannelsesorganisation er forudsætning for, at FAM kan blive et succesfyldt uddannelssted for læger på alle niveauer og fra flere specialer. Der bør

være en uddannelsesansvarlig overlæge i FAM, som arbejder tæt sammen med de uddannelsesansvarlige overlæger i de relevante specialespecifikke afdelinger. De bør sammen sikre en struktur for udpegning af hovedvejledere og kliniske vejledere. De skal aftale og beskrive hvem, der har ansvar for vejledning og supervision i hvilke tidsrum og situationer. Hovedvejleder for introduktionslæger og hoveduddannelseslæge bør være indenfor samme speciale. For læger i hoveduddannelse til Almen medicin kan vejlederfunktionen fordeles på vejledere fra flere specialer ud fra konkret vurdering af, hvilke kompetencer, der er planlagt i FAM.

Ansættelsessted under uddannelse i FAM. Ansættelsesforholdene på FAM er et ledelsesansvar. Egentlig ansættelse af uddannelsessøgende læger vil således foregå når FAM er en selvstændig afdeling med egen afdelingsledelse (og uddannelsesansvarlig overlæge) og er mest hensigtsmæssig, såfremt hovedparten af de kompetencer, der skal opnås under ansættelsen, bedst kan opnås i FAM. I andre tilfælde bør den uddannelsessøgende læge være ansat i den afdeling, hvor hovedparten af kompetencerne skal opnås – med samtidig tilknytning FAM, hvor de relevante akutte kompetencer opnås. De tre videreuddannelsesregioner har i deres rapporter bl.a. forholdt sig til hvilke ansættelsesformer, der er mest hensigtsmæssigt for forskellige uddannelsesstillinger:

1) Klinisk basisuddannelse:
Der er enighed om, at FAM er et godt uddannelsessted med gode muligheder for at opnå de akutte kompetencer i målbeskrivelsen og erfaring med mange patienter, der dog kan afgrænses til primært medicinske eller kirurgiske patienter. Basislægerne bør i det første halve år enten ansættes i FAM eller i anden afdeling med akutfunktion. Ansættelse i FAM bør suppleres med fokuserede ophold på en anden afdeling for at få kendskab til længerevarende patientforløb.

2) Introduktionsuddannelse:
Formålet med introduktionsuddannelsen er at gøre det klart for såvel den uddannelsessøgende som afdelingen (i specialet), om en speciallægeuddannelse inden for specialet er den rette karrierevej for lægen. Dette formål opnås utvivlsomt bedst ved ansættelse i en afdeling indenfor specialet. Indenfor de intern medicinske specialer samt i kirurgi og ortopædisk kirurgi fylder de akutte funktioner og kompetencer meget i målbeskrivelserne, hvorfor det naturligvis er vigtigt at tilgodese dette i introduktionsuddannelsen ved funktion i FAM. I Videreuddannelsesregion Syd har man som nævnt taget den konsekvens at godkende introduktionsstillinger for den fælles intern medicinske introduktionsuddannelse med seks måneders funktion i FAM (primært medicinske problemstillinger). Erfaringerne herfra må vise, om det er hensigtsmæssigt at gå videre ad den vej.

3) Hoveduddannelse:
For mange specialer vil FAM i dele af hoveduddannelsesforløbet være et relevant sted at opnå målbeskrevne kompetencer. Det drejer sig først og fremmest om hoveduddannelsesforløb i almen medicin og de intern medicinske specialer. I specialet almen medicin kan en egentlig ansættelse i FAM være relevant. For de intern medicinske specialer kan det vise sig relevant forudsat, at lægerne primært håndterer medicinske problemstillinger. I de kirurgiske specialer og ortopædisk kirurgi foretrækkes en tilknytning til FAM typisk via en afdeling i eget speciale for at sikre maksimal aktivitet/uddannelse i eget speciale.

Sammenhæng mellem arbejdsopgaver og uddannelse: Høj uddannelsesintensitet, med den nødvendige progression i kompetencer og ansvar forudsætter en daglig

tæt koncentration af de kompetenceudviklende opgaver og aktiviteter indenfor specialet. Det vil være en særlig udfordring i en FAM, der modtager patienter og skal rumme læger i videreuddannelse fra mange forskellige specialer. Der er en frygt for, at læger under uddannelse i FAM får reduceret deres uddannelsesudbytte ved at skulle dække vagtfunktioner med lav intensitet inden for eget speciale og ved også i dagtiden at bruge megen tid på problemstillinger og aktiviteter, der ikke indgår i målbeskrivelsen for specialet. FAM´s størrelse og kompleksitet stiller særligt store krav til en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse med en klar ansvars- og opgavefordeling, som tilgodeser både optimal patientbehandling, optimal uddannelse, effektiv drift og et stærkt tværfagligt samarbejde.

Uddannelseskapaciteten i FAM kan blive en begrænsende faktor for ønsker om lægelig videreuddannelse i FAM på alle niveauer og i mange specialer - både hvad angår uddannelsesrelevant klinisk aktivitet og uddannelsesgivende/superviserende personale. Derfor anbefales en gradvis opbygning af uddannelsesopgaverne i FAM for hele tiden at sikre god uddannelseskvalitet. Prioritering og beslutninger om udbygning af uddannelsesaktiviteter og målgrupper kan eventuelt varetages af et særligt videreuddannelsesråd knyttet til den enkelte FAM.

12.6 Sammenhæng i speciallægeuddannelsen

Speciallægekommissionen anbefalede at man, for at sikre et integreret og kontinuerligt uddannelsesforløb, i videst muligt omfang henlægger hoveduddannelsen til og forankrer den ved en stamafdeling/enhed ved en funktionsbærende enhed. Denne stamafdeling/enhed har ansvaret for koordineringen af det samlede uddannelsesforløb, herunder for, at der udarbejdes et uddannelsesprogram for hele hoveduddannelsen og for, at der fastlægges en uddannelsesplan for den enkelte uddannelsessøgende læge. Uddannelsesprogrammet skal sikre gradvis progression i kompetence- og ansvarsniveau.

Status. I Bekendtgørelsen (BEK nr. 1257 af 25/10/2007) nævnes ikke noget om en stamafdeling med særligt ansvar for hele forløbet. I stedet fremgår at de regionale råd for lægers videreuddannelse godkender uddannelsesprogrammer, som beskriver, hvorledes de kompetencer, der er anført i specialernes målbeskrivelser, kan opnås i konkrete uddannelsesforløb og varetager den praktiske tilrettelæggelse af disse forløb og at ansættelsesstedet og den uddannelsessøgende læge inden for rammerne i uddannelsesprogrammet udarbejder en individuel uddannelsesplan (§ 4 BEK). Desuden fremgår, at de uddannelsesgivende institutioner og den uddannelssøgende læge i fællesskab skal arbejde for den nødvendige progression i kompetenceudviklingen (§ 5 BEK).

Til ethvert hoveduddannelsesforløb knytter sig i dag et uddannelsesprogram, hvor det er angivet, hvordan blokken er opbygget og hvilke kompetencer, de enkelte afdelinger er ansvarlige for. Der er således god mulighed for at sikre sammenhæng i uddannelsen med gradvis progression i kompetence- og ansvarsniveau.(Jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse)

Det ses ved gennemgang af de nuværende hoveduddannelsesforløb på videreuddannelsessekretariaternes hjemmesider, at begrebet *stamafdeling* anvendes af en række specialer i forskelligt omfang i de enkelte regioner: urologi, hæmatologi, infektionsmedicin, nefrologi, kirurgi, klinisk onkologi og ortopædkirurgi.

I enqueten 2011 til landets postgraduate lektorer (101 i alt, svar fra 61) blev der ligeledes spurgt, om hoveduddannelseslægen har en stamafdeling, dvs. en afdeling, som har et særligt ansvar for forløbet. I alt 28 svarede nej, 21 ja, 11 måske og 1 ved ikke. Mange kommenterede dog, at selvom der ikke er udpeget en officiel stamafdeling, er der i praksis i mange forløb uformelt en afdeling, som er mest ansvarlig for et forløb. Typisk den afdeling, der både starter og slutter et uddannelsesforløb, eller den afdeling, hvor hovedparten af forløbet foregår. De fleste lektorer finder det uproblematisk, at der ikke er en officiel stamafdeling. Flere nævner dog, at de af og til kunne ønske sig en mere formel "overleveringsforretning" mellem afdelinger – især i de tilfælde, hvor kompetencer af forskellige grunde ikke har kunnet opnås jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om kompetencevurdering. I sådanne tilfælde vil den postgraduate kliniske lektor ofte være blevet inddraget.

I enqueten 2011 svarer 92 % af 630 læger, der er i sidste halvdel af deres hoveduddannelse, at de har haft et godt sammenhængende videreuddannelsesforløb, 61 % endda i høj eller meget høj grad. Resultatet, opdelt på besvarelser fra læger i henholdsvis almen praksis og hospitalssektoren, ses i Tabel 17.

Tabel 17. Procentvis besvarelse af spørgsmålet: Har du indtil videre fået et godt sammenhængende videreuddannelsesforløb?

	Slet ikke	I ringe grad	I nogen grad	I høj grad	I meget høj grad
Alle læger	1%	6%	31%	47%	14%
Læger i almen praksis	0%	5%	39%	44%	11%
Læger på hospitaler	1%	6%	29%	48%	15%

Kilde: Data fra enqueten 2011 spm. 13.1 besvaret af læger i sidste halvdel af hoveduddannelsesforløbet (N=630).

Perspektivering Det er glædeligt, at så stor en andel af de uddannelsessøgende læger oplever et godt og sammenhængende uddannelsesforløb. Det er vigtigt at fastholde dette, men det kan blive udfordret af de aktuelle hastige ændringer i sundhedsvæsenets struktur og deraf afledte ændringer i uddannelsesforløb. På baggrund af de uddannelsessøgendes tilbagemeldinger synes der ikke at være behov for at der udpeges en formel stamafdeling for et uddannelsesforløb.

Det anbefales, at:

- den postgraduate kliniske lektor sammen med det relevante uddannelsesråd, de involverede uddannelsesansvarlige overlæger og uddannelsessøgende yngre læger får ansvar for løbende at vurdere sammenhængen i hoveduddannelsesforløbende og tage nødvendige initiativer for at styrke den

- ved afdelingsskift i et uddannelsesforløb sikres, at den afgivende afdeling informerer den modtagende afdeling, hvis der er individuelle uddannelsesforhold, der skal tages hensyn til i det videre forløb. Det kan både være en angivelse af den uddannelsessøgende læges specielle og/eller særlige kompetencer inden for et område eller manglende målbeskrevne kompetencer. En sådan udveksling mellem afdelinger bør ske med den uddannelsessøgende læges viden, accept og gerne deltagelse.

13 Heltids- og deltidsansættelse

Speciallægekommissionen anbefalede, at den lægelige videreuddannelse som hovedregel skal finde sted under heltidsansættelse dvs. den ugentlige arbejdstid over en normperiode er 37 timer. Dog skulle dispensation til deltidsuddannelse på grund af dokumenterede personlige forhold være mulig. Begge dele var i overensstemmelse med det da gældende EU-lægedirektiv. Speciallægekommissionen vurderede, at en god speciallægeuddannelse var mulig med en ugentlig arbejdstid på 37 timer forudsat effektiv udnyttelse af tiden, men var betænkelig ved yderligere reduktion i den reelle arbejdstid.

Status. Speciallægekommissionens anbefaling om, at den lægelige videreuddannelse som hovedregel skal finde sted under heltidsansættelse, er udmøntet i § 12 i bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger nr.1257 af 25/10/2007 og efterfølgende i Sundhedsstyrelsens vejledning om deltidsansættelser i den lægelige videreuddannelse, VEJ nr. 9286 af 30/06/2008. Disse er i overensstemmelse med EU direktivet 2005/36/EF af 7. september 2005, hvori det fremgår (artikel 25) at speciallægeuddannelsen gennemføres på heltidsbasis. Der er dog mulighed for deltidsansættelse ifølge de generelle bestemmelser i direktivets artikel 22, idet medlemsstaterne kan give tilladelse til deltidsuddannelse på de af de kompetente myndigheder godkendte betingelser. Disse myndigheder sikrer, at denne uddannelse med hensyn til den samlede varighed, niveau og kvalitet svarer til heltidsuddannelsen.

Hidtidige muligheder for deltidsansættelser: De tre Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse godkender ansættelse på deltid under forudsætning af, at der kan indgås aftale herom med ansættelsesmyndigheden i følgende tilfælde jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9286:

- Deltidsansættelse i forbindelse med delvis genoptagelse af arbejdet under barselsorlov eller børnepasningsorlov
- Deltidsansættelse i forbindelse med forskningsansættelse inden for det sundhedsvidenskabelige område
- Deltidsansættelse på grund af særlige personlige forhold

Som særlige personlige forhold forstås væsentlige helbredsmæssige eller sociale forhold hos den uddannelsessøgende eller i dennes nærmeste familie. Endvidere kan andre helt specielle forhold af personlig karakter, f.eks. omfattende faglige eller offentlige tillidshverv begrunde deltidsansættelse. Hensynet til familielivet mv. Kan dog ikke lægges til grund for godkendelse af deltidsansættelse.

En deltidsansættelse skal udgøre halvdelen eller mere af arbejdstiden i en heltidsansættelse. Alle de uddannelsesgivende elementer, som er indeholdt i en tilsvarende heltidsansættelse, skal indgå og uddannelsestiden forlænges forholdsmæssigt således, at den samlede uddannelsestid svarer til den, der kræves i fuldtidsansættelsen.

Ønsker om øgede muligheder for deltidsuddannelse: Der er inden for visse specialer, særligt almen medicin, et ønske om at blive uddannelsessøgende læge på deltid for at få en bedre relation mellem familielivet og arbejde. Der er tillige fremsat forskellige faglige begrundelser for øget adgang til deltidsansættelse under uddannelsen:

- fastholde flere læger i uddannelsesforløb
- bedre rekrutteringen til specialer/geografiske områder, hvor der er rekrutteringsproblemer
- der findes specialer, hvor kompetencerne kan opnås på deltid
- øge fleksibilitet for videreuddannelsesregionerne i sammensætning af uddannelsesforløb

Projekt vedr. dispensation ved deltidsansættelse. Deltidsansættelse har været drøftet i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, hvor der generelt var en positiv indstilling til, at der var mulighed for at etablere deltidsforløb i den lægelige videreuddannelse.

I forlængelse heraf har Sundhedsstyrelsen indgået en aftale gældende indtil udgangen af 2012, hvor De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse kan godkende deltidsansættelse i forbindelse med den lægelige videreuddannelse på baggrund af social- og familiemæssige årsager. Dispensationen skal ske på baggrund af en vurdering af, hvorvidt det er muligt at opnå de til ansættelsen hørende kompetencer, og om uddannelseskapaciteten i specialet kan bære deltidsansættelse. Det er forudsætning for godkendelse af ansættelse på deltid eller ansættelse skiftevis på deltid og fuldtid, at der kan indgås aftale herom med alle de involverede ansættelsesmyndigheder.

Deltidsansættelsen skal være på mindst 18,5 timer pr. uge i gennemsnit om ugen og skal indeholde alle de uddannelses elementer, som er indeholdt i en tilsvarende fuldtidsansættelse. Ved deltidsansættelse forlænges uddannelsestiden forholdsmæssigt således, at den samlede uddannelsestid svarer til den, der kræves i fuldtidsansættelsen.

Aftalen er baseret på en dispensation fra reglerne om deltidsansættelse i introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen i medfør af § 9, stk.2, i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses bekendtgørelse om speciallæger nr. 1248 af 24/10/2007.

De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse vil i samarbejde med Sundhedsstyrelsen foretage en evaluering af projektet ved projektperiodens ophør ved udgangen af 2012.

Perspektivering. De nuværende regler og princippet om, at speciallægeuddannelsen som hovedregel gennemføres på heltidsbasis bør fastholdes indtil forsøgsordningen med deltidsansættelser er evalueret. Heltidsansættelse sikrer alt andet lige bedst at sammenhængen, intensiteten og kontinuiteten i uddannelsesforløbet opfyldes samtidig med kravet om, at den reelle uddannelsesvarighed ikke forøges.

Øget adgang til deltidsuddannelse kan dog bidrage til, at flest mulige læger gennemfører en speciallægeuddannelse og kan forbedre rekrutteringen til specialer og geografiske områder, der oplever rekrutteringsvanskeligheder. Øget adgang til deltidsuddannelse forudsætter, at alle involverede parter accepterer og er enige i de konkrete ansættelser. Det er afgørende, at uddannelseskvaliteten ikke forringes i disse forlængede forløb og der bør derfor være særlig fokus på tilrettelæggelse af speciallægeuddannelsen på deltid f.eks. ved at sikre:

- at uddannelseselementer ikke mistes, såsom konferencer, vagter, aftenkonsultationer o. lignende
- at sammenhængen mellem det praktiske kliniske arbejde og den teoretiske uddannelse (kurser) ikke forrykkes
- den fornødne supervision, evaluering, progression i kompetenceerhvervelsen og den trinvise overdragelse af ansvar i arbejdsfunktionerne
- at tilstedeværelsen i afdelingen/uddannelsesinstitutionen er af så lang varighed, at der er mulighed for at følge patientforløb m.v. uden væsentlige afbrydelser.

14 Teoretisk uddannelse

14.1 Generelle kurser

De generelle kurser i speciallægeuddannelsen inkluderer kurser i både introduktionsuddannelsen og hoveduddannelsen, mens de generelle kurser, der gennemføres under den kliniske basisuddannelse ikke er omfattet. Det drejer sig således om følgende kurser:

- Kursus i klinisk vejledning, tidligere Pædagogik II
- Kurser i Sundhedsvæsenets organisation og ledelse (SOL 1, 2 og 3), tidligere kurser i Ledelse, administration og samarbejde (LAS I, II og III)

Speciallægekommissionen anbefalede, at speciallægekompetencen skulle defineres som evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, hvori bl.a. skulle indgå ledelse, pædagogik, kommunikation, samarbejde m.v., og at der for at nå dette mål skulle etableres obligatoriske tværfaglige kurser for alle uddannelsessøgende i kommunikation, ledelse og administration, samarbejde, pædagogik og forskningsmetodologi.

Kursernes indhold og varighed skulle sigte mod at understøtte de uddannelsessøgendes muligheder for at erhverve sig den nødvendige minimumskompetence inden for de pågældende områder.

Kommissionen vurderede, at der for at opnå en minimumskompetence inden for de nævnte områder, burde oprettes følgende tværfaglige kurser:

- Kommunikationstræning (1 uge i introduktionsuddannelsen)
- Kurser i ledelse, administration og samarbejde (2 uger, med et kursus i introduktionsuddannelsen og to kurser i hoveduddannelsen)
- Pædagogik, omfattende et kursus i indlæring og undervisning (i turnusuddannelsen)
- Kursus i vejledning og supervision (i hoveduddannelsen)

Et vigtigt element i speciallægekommissionens anbefaling, var at den fremtidige speciallægeuddannelse skulle basere sit kompetencebegreb på de 7 lægeroller og dertil hørende generelle kompetencer.

Formålet med de foreslåede ændringer var, at der i speciallægeuddannelsen skulle lægges øget vægt på elementer som samarbejde, kommunikation, undervisning, ledelse og administration, videnskabsteori og forskningsmetodologi samt holdninger og etik, da speciallægekommissionen mente, at speciallægekompetencen i for høj grad var blevet defineret ud fra et krav om medicinsk ekspertviden.

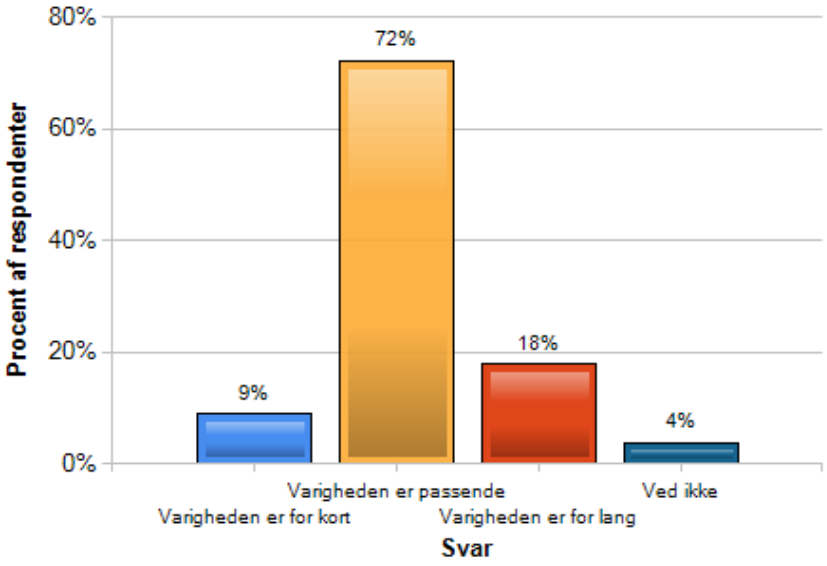
Derudover fandt kommissionen det vigtigt, at hoveduddannelsen blev opbygget som en integreret helhed, omfattende såvel den praktisk-kliniske uddannelse, som den teoretiske uddannelse og forskningstræning. Særligt væsentlig var det, at de obligatoriske teoretiske kurser skulle sikre det teoretiske grundlag for den praktiske kliniske uddannelse.

Status. Konkrete mål om afholdelse af bestemte kurser synes opnået. Der eksisterer i dag følgende generelle kurser i den lægelige videreuddannelse:

- Kursus i kommunikation (den kliniske basisuddannelse)
- Kursus i pædagogik/læring (den kliniske basisuddannelse)
- Kursus i akut behandling og transport (den kliniske basisuddannelse)
- Kursus i vejledning (introuddannelsen)
- Kursus i Sundhedsvæsenets organisation og ledelse SOL 1, 2 og 3

I forhold til anbefalingerne fra speciallægekommissionen er der tilføjet et kursus i akut behandling og transport, mens de øvrige kurser er de af speciallægekommissionen anbefalede. Der er sket ændringer vedr. afholdelsestidspunkt, både mod tidligere afholdelse (kommunikationstræningen og vejledningskurset), og mod senere afholdelse som ændringen af LAS1 kurset til SOL1, der vil blive udskudt til afholdelse i starten af hoveduddannelsen.

Varigheden af de enkelte kurser er tæt på at være som anbefalet af speciallægekommissionen, dog er et par kurser en smule kortere end anbefalingen. Således er pædagogik og vejledningskurserne i 2 af de 3 videreuddannelsesregioner 4 dage i stedet for de anbefalede 5. Ligeledes er kursusdagene ved den seneste ændring af LAS III til SOL 2 ændret fra 4 dage til 3 dage. I relation til den reducerede varighed i forhold til de oprindelige anbefalinger skal fremhæves, at 18 % af de adspurgte i enqueten 2011 mente, at varigheden af de generelle kurser var for lang, mens 9 % mente, at varigheden var for kort (og 72 % at den var passende). Se Figur 4 nedenfor.



Figur 4. "Hvad mener mener du om den samlede kursusvarighed for de generelle kurser i intro-og hoveduddannelsen?"

Kilde: Enqueten 2011 spm. 10.4.

Status for varighed, afholdelsestidspunkt og kursusudbyder for de kurser, der indgår i speciallægeuddannelsen, fremgår af Tabel 18.

Tabel 18. Kurser i speciallægeuddannelsen

Kursus	Tidspunkt	Varighed	Kursusudbyder	Videreudd. region
Kursus i vejledning	Introduktions uddannelsen	2 dage	Center for Uddannelse og Kompetenceudvikling	Øst
		2 dage	Center for Klinisk Uddannelse	Øst
		2 dage	Medicinsk Læringscenter	Syd
		3 dage	Center for Kompetenceudvikling, Region Nordjylland	Nord
Sundhedsvæsenets organisation og ledelse (SOL 1)	Introduktions uddannelsen	2 dage	Center for Uddannelse og Kompetenceudvikling	Øst
			Dansk Institut for Medicinsk Simulation	Øst
			HR Personaleudvikling, Region Syddanmark	Syd
			Center for Kompetenceudvikling, Region Midtjylland	Nord
Sundhedsvæsenets organisation og ledelse (SOL 2)	Hoveduddannelsen	3 dage	Sundhedsstyrelsen	
Sundhedsvæsenets organisation og ledelse (SOL 3)	Hoveduddannelsen	4 dage	Center for Uddannelse og Kompetenceudvikling	Øst
			Dansk Institut for Medicinsk Simulation	Øst
			HR Personaleudvikling, Region Syddanmark	Syd
			Center for Kompetenceudvikling, Region Midtjylland	Nord

14.1.1 Ændringer af kurserne siden start

Der har generelt været få ændringer af kurserne siden start. I besvarelserne på spørgeskema udsendt til alle kursusudbydere af de omhandlede generelle kurser anføres der, at der har været ændringer af følgende art:

14.1.1.1 Vejledningskurset:

- mindre justeringer af det teoretiske indhold
- mindre justeringer i forholdet mellem øvelser og oplæg
- ændring af kursusudbyder
- reduktion af stofmængde for at få mere tid til at kursisterne blev aktiveret og kom i dybden
- ændring fra internatdage til eksternatdage

14.1.1.2 Ændringer til LAS I og LAS II:

- periode i Videreuddannelsesregion Syd, hvor kurserne LAS I og LAS II var sammenhængende og begge blev afholdt i hoveduddannelsen
- løbende tilpasning, f.eks. tilføjelse af Den Danske Kvalitetsmodel

Ændringer af LAS-kurser til SOL-kurser:

- revisionen af LAS-kurserne er gennemført i 2011, og der er pr. april 2011 udarbejdet ny "Vejledning om generelle kurser i speciallægeuddannelsen".

14.1.1.3 Ændringer fra LAS III til SOL 2:

- varigheden reduceret fra 4 til 3 dage
- indhold ændret med henblik på at give en bredere indføring og kendskab til centrale nationale og internationale problemstillinger i sundhedsvæsenet
- tilføjet indhold for at give kendskab og indsigt i sundhedspolitiske spørgsmål, herunder presse og pr vilkår

Formålet med at indføre de tværfaglige kurser (nu kaldet de generelle kurser) var at fremme lægens øvrige kompetencer ud over kompetencen som medicinsk ekspert. I enqueten 2011 svarede 21 % af de adspurgte læger, at de 7 lægeroller slet ikke eller i ringe grad blev anvendt i yngre lægers uddannelse i deres nuværende afdeling/praksis. Generelt synes der således fortsat at være et behov for særskilte tiltag for at sikre, at de uddannelsessøgende læger tilegner sig evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, herunder ledelse, pædagogik, kommunikation og samarbejde.

14.1.2 Sammenhæng til kursistens daglige arbejde i klinikken

Af de indkomne besvarelser på spørgeskema (Bilag I, nr. 4) fremgår det, at sammenhængen mellem kurserne og den kliniske hverdag har stort fokus blandt kursusudbyderne. Af allerede udførte tiltag kan nævnes at kursisterne skal udføre uddannelsesaktivitet i egen klinik, medbringe ledelsescases til kurset, og samarbejde med de uddannelsesansvarlige overlæger.

Øget transfer og sammenhæng nævnes dog fortsat af flere kursusudbydere som et vigtigt udviklingsområde for kurserne. I review af LAS-kurserne foretaget i Videreuddannelsesregion Nord nævnes vanskelighederne ved at omsætte det tillærte ligeledes som den største udfordring i forhold til LAS-kurserne.

Der skal derfor være fortsat opmærksomhed på kobling mellem teori og praksis i undervisningen, ligesom det anbefales i undersøgelsen at inddrage aftagerne mest muligt, så de opfordres til at efterspørge det tillærte fra kursisterne, når de er tilbage i den kliniske hverdag. Eksempelvis foreslår en af kursusudbyderne af vejledningskurset, at der udvikles et samlende opslagsdokument til brug før, under og efter kurset. En udvikling af et sådant dokument, med involvering af både aftagerne samt gerne kursusudbydere fra alle videreuddannelsesregionerne, kunne være én vej til at fremme transfer.

14.1.3 Involverende undervisningsformer og it-støttet undervisning

Det fremhæves i undersøgelsen især vedrørende vejlederkurset, at der har været en bevægelse mod større kursistinvolvering, mens den katedrale undervisning fortsat fylder en del specielt på SOL 1. På kurserne anvendes der også i vid udstrækning gruppearbejde, casebaseret undervisning, øvelser og fremlæggelser fra kursisterne. Det er ønskeligt, at denne bevægelse mod mere involverende undervisningsformer fortsættes.

Der er også hjemmeopgaver og forberedelser til flere af kurserne, mens ingen kurser har bragt it-støttet undervisning i anvendelse.

Det er positivt, at der arbejdes med forberedelse, da det både kan øge omfanget af læringen og give kursisterne et fælles udgangspunkt. Muligheden for anvendelse af it-støttet undervisning kunne med fordel undersøges, da det ligesom overgangen fra internat til eksternat kurser giver mere fleksible vilkår for deltagelse i undervisningen. Mere end en overgang af hele kurser til it-støttet undervisning, bør der ses på at kombinere kurserne med it-støttet undervisning som et middel til at reducere varigheden af det fysisk afholdte kursus eller øge omfanget af kursets indhold.

Generelt anbefales, at der arbejdes med den pædagogiske udvikling af kurserne med det formål at opnå størst mulig læring. Til eksempel kan nævnes underviserens bevidsthed om kursisternes forskellige læringsstile og læringspræferencer.

14.1.4 Læringsmål og kompetencevurdering

Alle adspurgte kursusudbydere i undersøgelsen har beskrevne læringsmål. Det er vigtigt, at der fortsat er fokus på at gøre disse læringsmål så konkrete og veldefinerede som muligt. En opgave, der gerne kunne løses i samarbejde mellem kursusudbyderne for at fremme gensidig inspiration.

I dag foretages der kun kompetencevurdering efter de kurser, hvor kursisten skal aflevere en opgave eller rapport Det bør overvejes om indførelse af kompetencevurdering efter alle kurser vil sikre, at alle kursister har nået læringsmålene jf. afsnit 14.2, hvor brugen af test af viden og færdigheder belyses.

14.1.5 Sammenhæng til prægraduat undervisning

Indholdet af de generelle kurser bør udvikles i takt med udviklingen i den prægraduate undervisning. Til eksempel kan nævnes, at kommunikationsundervisningen gennem de senere år har fået større plads i den prægraduate undervisning. Det er derfor vigtigt, at sker en udveksling af undervisningsprogrammer mv. mellem prægraduate og postgraduate undervisere, så der til stadighed tages hensyn til kursisternes niveau.

14.1.6 Indførelse af introduktion til speciallægeuddannelsen

Der er ikke i dag nogen formaliseret introduktion til speciallægeuddannelsen, og i nogle tilfælde er den uddannelsessøgende læge derfor ikke klar over forløbet i uddannelsen og ved derfor f.eks. ikke hvornår og hvad vedkommende skal gøre for at komme på de obligatoriske kurser. En mere formaliseret introduktion til de enkelte lægelige specialer i løbet af introduktionsuddannelsen vil kunne medvirke til, at den uddannelsessøgende læge har kendskab til speciallægeuddannelsens elementer, herunder kurserne, og får en tidlig kontakt til andre uddannelsessøgende inden for samme speciale. En sådant introduktion kan samtidig være en hjælp til den uddannelsessøgendes afklaring af, om det givne speciale er den rette karrierevej.

Perspektivering. Det anbefales, at der arbejdes videre med de ovenfor identificerede udviklingsområder, og at der udarbejdes en handlingsplan for, hvordan de ovenfor skitserede mål for områderne kan realiseres for at opnå:

- større sammenhæng mellem kurserne og kursistens daglige arbejde i klinikken og forbedret transfer af det lærte tilbage til det daglige arbejde
- større fokus på hvordan undervisningens form kan bidrage til læringen, herunder brug af involverende undervisningsformer og it-støttet undervisning
- konsekvent anvendelse af læringsmål og kompetencevurdering af kursisterne
- en stadig tilpasning af indholdet af kurserne i forhold til hvad der (kan) læres andre steder, herunder en sikring af sammenhæng til prægraduat undervisning
- nemmere start på hoveduddannelsen for den uddannelsessøgende læge gennem indførelse af introduktion til speciallægeuddannelsen og til specialet.

14.2 Specialespecifikke kurser

Speciallægekommissionen forstod specialespecifikke kurser som kurser, der skal medvirke til at bibringe uddannelsessøgende inden for et speciale de kompetencer, der kræves i henhold til specialets målbeskrivelse. De specialespecifikke kurser vil således primært omfatte de kurser, der har til formål at opbygge eller understøtte rollen som medicinsk ekspert, men også kurser inden for de øvrige kompetenceområder, hvis de enkelte specialer måtte finde det nødvendigt at udbygge de kompetencer, der erhverves ved de tværgående kurser.

Da de specialespecifikke kurser har til formål at støtte de uddannelsessøgende inden for et speciale i at nå de i specialets målbeskrivelse anførte kompetencer inden for alle de 7 lægeroller ligger de i målbeskrivelsen angivne mål derfor til grund for den teoretiske uddannelse.

Kommissionen fandt dog, at kurser, der har til hensigt at understøtte de uddannelsessøgendes muligheder for at opnå en kompetence, der i henhold til specialets målbeskrivelse skal erhverves af alle uddannelsessøgende inden for det pågældende speciale, bør have status af obligatorisk kursus.

Kommissionen fandt derudover, at det overordnede ansvar for den formaliserede teoretiske uddannelse uændret skal ligge hos Sundhedsstyrelsen, og at det indebærer:

- at de teoretiske kurser udformes på grundlag af retningslinjer, der efter forudgående drøftelse i det nationale videreuddannelsesråd udarbejdes af de centrale sundhedsmyndigheder/Sundhedsstyrelsen

- at de teoretiske kurser godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Kommissionen fandt, at ansvaret for det faglige indhold i de specialespecifikke kurser fortsat bør uddelegeres til de videnskabelige selskaber.

Det er vigtigt, at der udarbejdes retningslinjer for de teoretiske kurser, der sikrer, at kommende speciallæger når det ønskede minimumskompetenceniveau, uafhængigt af geografi og specialevalg. Det skal fremgå af retningslinjerne, at der forud for etablering og iværksættelse af kurser skal tages stilling til rationale, udbytte, undervisningsmetode, kursusform og evaluering af kurset.

Kommissionen søgte i sine overvejelser at forene hensynet til:

- at den fremtidige speciallægeuddannelse skal sikre, at de kommende speciallæger når et kompetenceniveau, der gør det muligt at levere en høj professionel standard, uden at den formelle uddannelsesvarighed herved forlænges i forhold til den nuværende uddannelses formelle varighed

- at den tid, der anvendes til teoretisk uddannelse, oftest vil betyde en tilsvarende reduktion af den tid, der er til rådighed til den kliniske uddannelse. Der bør dog alligevel afsættes så megen tid til den teoretiske uddannelse inden for områderne kommunikation, samarbejde, ledelse og administration samt pædagogik, at den ønskede minimumskompetence kan opnås.

Det var ligeledes kommissionens vurdering, at der ikke er behov for, at tidsforbruget til de specialespecifikke kurser overstiger 6 uger.

Status. De syv lægeroller blev indført med den lægelig uddannelsesreform af 2003 alligevel er det fortsat således, at de specialespecifikke kurser overvejende retter sig mod rollen som medicinsk ekspert og kun i mindre grad til de andre roller. Et spørgeskema udsendt til hovedkursusledere 2011 viser, at kun halvdelen af specialerne adresserer mere end 3 forskellige lægeroller og under 5 % af specialerne anvender patientsikkerheds – eller kvalitetsdata som udgangspunkt for kurserne. I alt 90 % af specialerne angiver at de i høj eller meget høj grad adresserer den medicinske ekspertrolle. Rollen som kommunikator adresseres i høj eller meget høj grad i 18 % af specialerne, men 50 % af specialerne ønsker i højere grad at adressere

denne rolle. Omkring 60 % angiver, at emnerne i høj eller meget høj grad er udvalgt, så mål der er vanskelige at opnå i klinikken adresseres på kurserne.

Specialer, som har tætte relationer til andre specialer og er afhængige af gode samarbejdsrelationer med disse, er ved hjælp af simulationstræning begyndt at træne roller som leder, samarbejder og kommunikator med henblik på en mere sikker patientbehandling. I øjeblikket er denne træning dog overvejende monofaglig, men spørgeskemaundersøgelsen viser, at 3/4 af specialerne finder, at der er læringsmål, som med fordel kan adresseres sammen med læger fra andre specialer.

Inddragelse af andre roller end den medicinske ekspertrolle medfører et øget behov for fokus på en vifte af lærings- og kompetencevurderingsmetoder. Betænkningen lagde derfor vægt på, at de videnskabelige selskaber i højere grad skulle fokusere på dette i den kliniske uddannelse herunder også i de specialespecifikke kurser. Ovennævnte undersøgelse viste, at ca. 1/5 af specialerne har introduceret en bred vifte af interaktive læringsmetoder og at under 10 % angiver kun at anvende forelæsninger. Således angiver 66 % at de i høj eller meget høj grad anvender forelæsninger. Færdighedstræning og simulationsbaserede scenarier anvendes i høj eller meget høj grad af henholdsvis 22 % og 9 % af specialerne.

I betænkningen sættes fokus på kompetencevurdering i forbindelse med det kliniske arbejde og der nævnes ikke kompetencevurdering i forbindelse med kurserne. Her angives kun at kurserne skal evalueres. I ovennævnte undersøgelse fandtes at ca. 45 % af specialerne angiver godkendt kursus uden nærmere specifikation. Evaluering af læring angives at foregå i høj eller meget høj grad af 22 % af specialerne og det er langt overvejende den medicinske ekspertrolle, der vurderes.

Der har ikke i Danmark været præcedens for test i forbindelse med de teoretiske kurser, men indførelsen af de internationale kursuskoncepter i Danmark, herunder f.eks. Advanced Life Support og Advanced Trauma Life Support har været medvirkende til, at holdning til test i forbindelse med kursusdeltagelse har ændret sig. Fælles for begge koncepter er, at der foretages test af viden og færdigheder i forbindelse med kurset. Dette er understøttet af litteratur, som viser at evaluering af viden og færdigheder styrker forberedelsen til kurset og indlæringen.

Flere specialer har nu indført test af viden og færdigheder i forbindelse med nogle af kurserne, men udfordringen er, at det kræver tid at udvikle og validere redskaber til vurdering samt at undervise bedømmerne. Hvis vurdering har formativ karakter med efterfølgende feedback til lægen bør dette gøres omhyggeligt og være meningsfyldt. En egentlig eksamination, summativ evaluering, som vil have konsekvens for lægen bør være baseret på valide målinger og konsekvens af - ikke at bestå - bør være tydelig.

Hvorvidt det er lykkedes at skabe sammenhæng mellem kurserne og det kliniske ophold kan være svært at sige, men umiddelbart er det vanskeligt at tilbyde kursisterne et givent kursus, så det lige passer med det kliniske ophold, f.eks. at kurset i obstetrisk anæstesi er i forbindelse med at lægen har klinisk tid på et obstetrisk anæstesi afsnit.

De videnskabelige selskaber udpeger almindeligvis en eller to hovedkursusleder(e), der varetager de logistiske opgaver, er ansvarlig(e) for den pædagogiske linje samt årligt ansøger Sundhedsstyrelsen om budget til afholdelse af kommende års kurser.

Hovedkursuslederen har ansvar for, at kursusrækken gennemføres samt, at alle kommende speciallæger tilbydes disse obligatoriske kurser. Endelig dokumenterer hovedkursuslederen, at kursusrækken er gennemført i overensstemmelse med målbeskrivelsens krav inden den uddannelsessøgende kan ansøge om anerkendelse som speciallæge. Hovedkursuslederen udpeger - eventuelt i samråd med det videnskabelige selskab - de delkursusledere, der har ansvar for gennemførelsen af de enkelte kurser. Omkring 65 % af hovedkursuslederne finder, at de administrative og logistiske opgaver i høj eller meget høj grad er en udfordring.

Af funktionsbeskrivelsen for hovedkursuslederen fremgår, at denne også har ansvar for løbende justering af kurserne i relation til indhold, metode, evaluering og pædagogik samt ansvar for at medvirke til at udvikle delkursuslederens kompetence. En spørgeskemaundersøgelse udsendt til hovedkursusledere i 2011 viser, at 2/3 af hovedkursuslederne ser dette ses som en større udfordring end den logistiske og administrative opgave. Omkring 80 % har ingen medicinsk pædagogisk uddannelse og under halvdelen erfaring med forskning i uddannelse. Dog er ca. 40 % også postgraduate lektorer. Omkring 85 % finder, at der i høj eller meget høj grad er respekt om deres arbejde som hovedkursusleder.

Videnskabelige specialer med få medlemmer kan have vanskeligt ved at rekruttere hoved- og delkursusledere. Under Sundhedsstyrelsen er nedsat en følgegruppe, der bl.a. adresserer dette problem. Aktuelt diskuteres hvorvidt universiteterne kan medvirke til at styrke den kvalitetssikrede pædagogiske, administrative og logistiske del i hovedkursuslederjobbet for specialer, der ikke kan finde ressourcer til denne opgave. Mere end 90 % af specialerne har et uddannelsesudvalg, hvori hovedkursuslederen har en plads.

Specialer, der uddanner få læger, kan have problemer med at ”fylde” kurserne og flere specialer har aktuelt indledt samarbejde med beslægtede specialer eller fundet udenlandske kurser, der kan opfylde de krævede kompetencer.

Antallet af timer afsat til de specialespecifikke kurser synes at være passende. Aktuelt finansieres kun specialespecifikke kurser i hoveduddannelsen af Sundhedsstyrelsen. Flere specialer som f.eks. anæstesiologi, gynækologi og obstetrik har etableret kursustilbud under introduktionsuddannelsen. Kursustilbud er som oftest regionale og den finansieringsmæssige del løses på forskellig vis i regionerne, som har ansvar for dette. Sammensætningen af blokkene i klinisk basisuddannelse betyder, at flere specialer nu overvejer at etablere specialespecifikke kurser i introduktionsuddannelserne. Således har videreuddannelsesregion Nord indgået et samarbejde og udviklet Minimal Invasiv Udviklings Center (MIUC). Centret sikrer under ledelse af sekretariatet for den lægelige videreuddannelse Nord, at læger i introduktionsstilling i gynækologi, urologi og kirurgi kan deltage i et praktisk kursus for at opnå de færdigheder, de har behov for at kunne fungere i deres hoveduddannelsesforløb.

Formålet med indsatsen var, at de kommende speciallæger skulle nå et kompetenceniveau, der gør det muligt at levere en høj professionel standard, uden at den formelle uddannelses varighed herved forlænges i forhold til den nuværende uddannelses formelle varighed. Det er ikke muligt at besvare spørgsmålet om, hvorvidt speciallægen opnår et sådant kompetenceniveau.

Øget fokus på pædagogiske metoder i forbindelse med kurserne vil formentlig kunne styrke indlæringen på kurserne.

En undersøgelse[49] blev gennemført i 2010 af Center for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet med fokus på de postgraduate kliniske lektorers funktion og samarbejdet med de uddannelsesgivende afdelinger i videreuddannelsesregion Nord. Undersøgelsen indbefattede interviews, spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterviews og kunne konkludere, at PKL - funktionen havde levet op til speciallægekommissionens krav og medvirket til at sætte fokus på speciallægeuddannelsen bl.a. ved at igangsætte kvalitetsudviklende initiativer.

Rapporten peger i særlig grad på PKL's samarbejde med de uddannelsesansvarlige overlæger og PKL's betydning for konsekvent indarbejdelse af uddannelsesrammerne, herunder udarbejdelse af uddannelsesprogrammer men også løbende dialog og konsulentbistand i forbindelse med uddannelsesaktiviteter, vurdering af utilfredsstillende, individuelle uddannelsesforløb mv.

Rapporten konkluderer, at PKL har en væsentlig funktion i fremtiden ved indarbejdelsen af nye pædagogiske metoder og ved udviklingen af kompetencevurderingsmetoder, tillempet de enkelte specialer. I specialet almen medicin anbefales det at PKL – funktionen tydeliggøres og at det videreformidles, hvilke områder, funktionen kan medvirke til udover uddannelseskoordinatorernes opgaver.

Perspektivering. Specialeselskabet forventes og vil fortsat være det sted, hvor der først kommer ny viden om ændrede behandlingsprincipper, problemer med manglende kompetencer hos medlemmer, uddannelsesproblematikker på specialets kliniske afdelinger etc.

Det forventes ligeledes, at der vil være speciallæger med speciel interesse i specialuddannelsen i de videnskabelige selskaber, der vil medvirke til at sikre at uddannelsen indeholder de rette elementer og uddannelsen er baseret på nutidige pædagogiske metoder. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt, at alle specialer etablerer et uddannelsesudvalg hvori hovedkursusleder og specialets pædagogiske lektor samarbejder med medicinsk eksperter om kontinuerlig at udvikle uddannelses tilbud i specialet, herunder målbeskrivelse, logbog samt kurser.

Alle specialespecifikke kurser bør være beskrevet med hensyn til formål, læringsmål, lærings- og evt. kompetencevurderingsmetode og kurserne skal evalueres. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis der udformes en kursusmanual eller lign., således, at såvel kursisterne som undervisere kan se indhold af kurset og at en vis ensartethed kan sikres for kurser, der gentages. Behovsanalyse baseret på patientsikkerhedsdata, kvalitetsdata i form af mortalitets-, morbiditetsdata samt data fra det nationale indikator projekt (NIP), test og spørgeskema kan anvendes til at afdække medicinsk faglig viden.

Der bør foregå overvejelser om hvorvidt integration af en bredere vifte af interaktive læringsmetoder, herunder simulation bør inddrages og om hvordan indlæring før og efter kurset understøttet af IT understøttede metoder vil kunne underbygge både læring og fungere som et kompetencevurderings værktøj. Ved at styrke samarbejdet mellem kursusledere og simulationscentre, vil relevante kurser kunne udvikles sammen.

Da patientbehandling udføres af et team, kan der med fordel etableres flere multidisciplinære kurser med henblik på at styrke fagligheden, samarbejdet og den interprofessionelle kommunikation på relevante områder.

Der er behov for både på de generelle og på de specialespecifikke kurser at udvikle metoder, der kan anvendes til at vurdere kursisternes opnåelse af kompetence. Manglende opnåelse af kompetence skal medføre udarbejdelse af en handlingsplan for kursisten. Kurserne skal vurderes regelmæssigt med henblik på de pædagogiske princippers muligheder, kompetenceopnåelse samt kursisttilfredshed.

Hovedkursuslederen har mulighed for at give kursister merit for kurser, hvor kompetencen er opnået på anden vis og hvis kurset udgår af kursusrækken; men generelt er alle kurser både de generelle og de specialespecifikke kurser obligatoriske.

For hoved-, delkursusledere og undervisere kan der være behov for at få styrket pædagogiske kompetencer. Det kan f.eks. gøres ved deltagelse i de universitære kurser for undervisere, som er etableret med henblik på karriere- og kompetenceudvikling for lektorer og professorer, samt ved kollegial supervision og feedback, så hovedkursuslederne udvikler et netværk, hvor de i inspiration med hinanden nytænker de specialespecifikke kurser

Med det formål yderligere at styrke og videreudvikle de pædagogiske færdigheder og metodeanvendelse, samt forskning vil det være værdifuldt, at styrke samarbejde mellem, hoved-, delkursusledere, undervisere, professorer og lektorer (PKL'er). Speciallægekommissions forslag om ansættelse af en postgraduat klinisk professor i medicinsk pædagogik i hver videreuddannelsesregion er stadig aktuelt.

På baggrund af ovenstående anbefales, at

- de specialespecifikke kurser fortsat er forankrede i de videnskabelige selskaber
- de syv lægeroller i tiltagende grad indarbejdes i kurserne
- kurserne baseres på evidensbaserede vejledninger/forskningsresultater fra specialet
- kursusrække/kurserne til stadighed evalueres i forhold til specialets udvikling
- hovedkursusleder, delkursusledere og undervisere får mulighed for at styrke deres pædagogiske færdigheder bl.a. ved øget samarbejde med specialister fra simulationscentre, professorer og postgraduate kliniske lektorer samt etablering af et pædagogisk netværk mellem hovedkursusleder, delkursusledere og undervisere.

15 Forskningstræning

Speciallægekommissionen foreslog, at der skulle indføres et forskningstrænings-modul af 12 ugers varighed. Formålet var at sikre de nyuddannede speciallægers evne til at ”realisere og udvikle et vidensbaseret sundhedsvæsen. Da et vidensbaseret sundhedsvæsen hviler på overførsel af forskningsresultater til sundhedsvæsenets drift, skal der sikres kommende speciallæger en kompetence til at medvirke hertil”.

Speciallægerne skal kunne oversætte forskningsresultater til brug i den kliniske hverdag til gavn for patienterne, men samtidig med fokus på at udvikle sundhedsvæsenet generelt.

Forslaget blev til under overskriften “Forskningstræning”, hvor tanken var, at allerede etablerede kompetencer inden for forskning skulle være basis for en overbygning med både teoretisk og praktisk viden. Alle kommende speciallæger skulle gennemføre forløbet, men der var dog mulighed for dispensation for kandidater, som havde afsluttet en akademisk uddannelse med en grad – ph.d. eller dr.med.

Det var kommissionens vurdering, at den forskningsmæssige kompetenceopbygning burde være “klinisk orienteret og specialespecifik, dvs. rettet mod klinisk praksis i det speciale, lægen uddannes i”. Kommissionen anså, at træningen ville være meget individuel og baseret på forskellige metoder, som for flere specialer kunne være overlappende.

Kommissionen havde en del ambitioner om, at forskningstræning ikke kun var omsætning af viden fra forskningen til praktisk klinik, men at den enkelte kandidat skulle ”opnå evnen til selvstændigt at kunne opsøge, vurdere og formidle ny viden inden for specialets og tilgrænsende specialers emnekreds gennem:

- at formulere en problemstilling og påvise tilstedeværende og manglende viden omkring problemstillingen
- at kunne formulere en plan for at supplere viden gennem en systematisk eftersporing i forskningslitteraturen
- at kunne fortolke litteraturens resultater kritisk og omsætte dem til løsningsforslag inden for den givne problemstilling
- at kunne sammenfatte resultaterne og formidle disse og problemstillingerne til kolleger og samarbejdspartnere
- at kunne vurdere de organisatoriske, økonomiske og etiske konsekvenser af at ændre praksis gennem udnyttelse af forskningsresultaterne.

Kommissionen fandt, at “speciallægen herudover skal kende principperne for at udarbejde en projektprotokol til løsning af et forskningsmæssigt spørgsmål inden for sit speciale, hvilket indebærer, at speciallægen skal have kompetence til:

- at opsøge relevant baggrundslitteratur
- at formulere det forskningsmæssige spørgsmål

- at give forslag til design, herunder valg af metoder og materiale for undersøgelse samt kendskab til de typer af fejl, der kan opstå ved en fejlagtig planlægning

- at angive forventede resultater af projektet

- at angive etiske aspekter af projektet

- at angive de organisatoriske, omkostningsmæssige og andre forudsætninger for at gennemføre projektet."

Forskningstræningen skulle afsluttes med en rapport, som skulle gennem ekstern bedømmelse, hvor universiteterne skulle påtage sig et ansvar for kvaliteten af forskningstræningen.

Kommissionen anbefalede, at der i løbet af hoveduddannelsen skulle afsættes 12 uger til forskningstræningen, som skulle integreres i det kliniske forløb. De 12 uger skulle dække tidsforbruget til deltagelse i færdighedskurser i videnskabelig metode, men ellers hovedsageligt til opstilling af det valgte forskningsprojekt og udarbejdelse af den afsluttende rapport/afhandling, medens indsamling af evt. data og lignende kan ske sideløbende med det kliniske arbejde.

Med andre ord skulle der etableres 3 måneders frirum til at opstille et forskningsprojekt, ofte efter teoretisk kursus, men indhentning af data og bearbejdning skulle ske sideløbende med det kliniske arbejde.

Status. Der er iværksat forskningstræning i speciallægeuddannelsen, og målene for forskningstræningen er i tråd med anbefalingerne fra betænkningen. Men omfanget er reduceret kraftigt.

Speciallægekommissionens forslag om et 12-ugers forskningstræningsmodul var meget ambitiøst og ville kræve en ekstraordinær indsats for at alle speciallæger kom i niveau med hensyn til kompetencer. Universiteterne skulle sætte ind med bedømmelser på højt fagligt niveau svarende til mindst vurderinger af artikler til internationale tidsskrifter, hvilket samtidig skal ses i relation til, at mange specialer/ afdelinger har begrænset videnskabelig aktivitet.

Kommissionens forslag kom i tidsmæssig relation til, at de akademiske kompetencer blev vurderet lavt ved besættelse af stillinger under den lægelige videreuddannelse, og kompetenceniveauet omkring forskning var faldende i mange specialer.

Udmøntningen blev anset for realistisk, på et lavere niveau end i kommissionens forslag, men vejledningen blev modtaget med ønske om at bevare formålet.

Umiddelbart efter revision af bekendtgørelser omkring den nye speciallægeuddannelse baseret på speciallægekommissionens betænkning kom der en diskussion om udmøntning af forskningstræningen. Sundhedsstyrelsen udgav derfor i 2005 en vejledning, hvor målene blev reformuleret, men forskningstræningen var stadig obligatorisk og skulle ses som et bidrag til at sikre de kommende speciallægers deltagelse i specialets faglige udvikling. Forskningstræningen skulle fortsat sikre, at opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet sker med reference til evidensbaseret viden på området.

Vejledningen for forskningstræning i speciallægeuddannelsen beskriver det overordnede indhold i forskningstræningen inden for den fastlagte ramme, der er til rådighed. Rammen er 20 normale arbejdsdage, fordelt på kursusdage, selvstændigt arbejde med et mindre projekt, samt vejledning og evaluering.

Vejledningen understreger i øvrigt, at der ved kursusplanlægningen bør "tages hensyn til voksenpædagogisk teoridannelse og nyere medicinsk-pædagogisk forskning vedrørende effekt af forskellige slags kursusoplæg". Det understreges også, at der ved "planlægning af kursernes indhold skal […] tages hensyn til, at kursustilbuddet bygger videre på de prægraduate forudsætninger".

Ansvaret for udmøntningen af retningslinjerne placeredes hos de regionale råd for lægers videreuddannelse

15.1 Fælles grundkursus i forskningstræning

I alle tre videreuddannelsesregioner er der i samarbejde med universiteterne etableret dels et 3-dages fælles grundkursus i forskningstræning, dels 4-7 dages videregående forskningstræningskurser. De videregående kurser kan enten kombineres med eller gøre det ud for specialespecifikke kurser i de specialer, som ikke selv arrangerer specialespecifikke forskningstræningskurser.

Overordnet set undervises der i de tre videreuddannelsesregioner i de samme emner, men kursusformen og det specifikke indholdsmæssige fokus varierer.

15.1.1 Videreuddannelsesregion Øst

I Videreuddannelsesregion Øst består de fælles forskningstræningskurser af et Modul 1 på 3 dage og et Modul 2 på op til 7 kursusdage. Læger inden for alle specialer, undtagen almen medicin, deltager i Modul 1, mens Modul 2 sammensættes på forskellig måde i de forskellige specialer.

Modul 1 er et introduktionskursus på 3 dage, som udbydes af Københavns Universitet. Kursets indhold varierer grundet forskellige undervisere og dækker således ikke samme emner. Overordnet omhandler kurserne protokol-udarbejdelse, administration i forbindelse med forskningsprojekter, basal forskningsmetodologi, kritisk litteraturlæsning, basal statistik samt litteratursøgning. Nogle kurser omhandler også diagnostiske tests, patentansøgninger, artikelskrivning og arbejde med individuelle projekter.

Modul 2 er igen inddelt i fem moduler med emner, der spænder fra projektplanlægning over statistik, spørgeskemaer og kvalitativ forskning til artikelskrivning og fremstillingsformer.

15.1.2 Videreuddannelsesregion Syd

Der udbydes dels et fælles grundkursus, som er for læger i hoveduddannelse indenfor alle specialer (også almen medicin), og et videregående grundkursus, som alene er for læger i de specialer, der ikke selv udbyder videregående, specialespecifikke forskningstræningskurser. Begge kurser udbydes af Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet efter aftale med Den lægelige Videreuddannelse i Region Syddanmark.

Modul 1 har form af et såkaldt. ”blended learning-kursus”, hvor tilstedeværelses-undervisning kombineres med netbaserede aktiviteter. Kurset har et samlet omfang svarende til 3 kursusdage og omfatter moduler om at stille fokuserede forskningsspørgsmål, at søge litteratur og at læse videnskabelige artikler og vurdere deres troværdighed og relevans for konkrete kliniske problemstillinger. De netbaserede aktiviteter omfatter plenumdiskussioner, individuelt arbejde og gruppearbejde. 1 kursusdag bruges på tilstedeværelsesundervisning, mens de netbaserede aktiviteter svarer til 2 dages arbejde.

Modul 2 er ligeledes et kombineret tilstedeværelses- og netbaseret kursus. Kurset har et omfang svarende til 4 kursusdage (1 dags tilstedeværelse og 3 dages netaktiviteter) og omfatter undervisning i statistik, forskningsetik og medicinsk teknologivurdering.

Begge moduler evalueres løbende og systematisk gennem indhentning af kursisternes vurdering af de enkelte moduler. Evalueringen er generelt særdeles positiv og med høj svarprocent[50].

Der er iværksat en spørgeskemaundersøgelse, som forsøger at samle informationer om deltagernes viden om, holdning til og praktisering af evidensbaseret medicin før og efter deltagelse i kurset. Ønsket er at vurdere kursets egentlige effekt snarere end at vurdere kursisternes tilfredshed med kurset.

15.1.3 Videreuddannelsesregion Nord

I Videreuddannelsesregion Nord består de fælles forskningstræningskurser af et 3-dages grundmodul for alle, undtagen almen medicin, samt et 4-dages kursus for de specialer, som ikke udbyder specialespecifikke forskningstræningskurser.

Modul 1 udgøres af et 3-dages grundkursus med fokus på at lære at anvende forskningsresultater som baggrund for det daglige kliniske virke, herunder formulering af problemstillinger, litteratursøgning, forskellige forskningsdesigns styrker og svagheder, evidensscore samt præsentationsteknik. Der tages udgangspunkt i kursistens egen kliniske hverdag og kursistens eget forskningsspørgsmål, og der veksles mellem foredrag, diskussioner i gruppen og selvstændigt.

Kurset afholdes dels i et traditionelt 3-dages format, dels i et mere eksperimenterende 24-timers format[51]. Det står deltagerne frit at vælge hvilket format, de ønsker at deltage i.

Modul 2 (4 kursusdage) er en overbygning på grundmodulet, hvor der lægges vægt på at den enkelte kursist tager udgangspunkt i sin egen kliniske hverdag. Der gennemføres "journal club" med vurdering af forskningens kliniske konsekvens, og der gives en mere detaljeret forskningstræning i statistik, epidemiologi, klinisk kontrollerede undersøgelser, kvalitativ forskning samt kvalitetssikring og akkreditering. Den studerende vil også skulle arbejde videre med den obligatoriske opgave i forskningstræning.

Såvel Modul 1 som Modul 2 kurserne bliver løbende evalueret. Indtil nu har evalueringerne været manuelle, men fra og med november 2011, bliver alle evalueringer fremover foretaget elektronisk i såvel Aarhus som Aalborg.

Yderligere oplysninger findes i Bilag I, nr. 5.

15.2 Specialespecifikke forskningstræningskurser

Der er stor variation i udformningen og omfanget af den specialespecifikke forskningstræning. Den ene yderlighed udgøres af forskningstræningen i almen medicin i videreuddannelsesregion nord og øst, hvor hele forløbet inklusiv alle kursusdage og projektperioden er specialespecifik og følger et fast program. Den anden yderlighed udgøres af små specialer, hvor det specialespecifikke alene ligger deri, at emnet for uddannelseslægens forskningstræningsprojekt ligger indenfor uddannelseslægens lægelige speciale. Nogle specialer arrangerer deres egne forskningstræningskurser som alternativ eller supplement til de fælles forskningstræningskurser – nogle gange, men ikke altid, i et samarbejde på tværs af uddannelsesregionerne.

Eksempel: Forskningstræning i Oto-rhino-laryngologi i Region Syddanmark

Uddannelseslæger i oto-rhino-laryngologi i Region Syddanmark deltager i kurserne Forskningstræning: Grundkursus 1 (3 dage) og Forskningstræning: Grundkursus 2 (4 dage), der udbydes af Syddansk Universitet i samarbejde med det regionale råd for lægers uddannelse. De resterende 3 kursusdage bruges dels på specialespecifikke kurser, der arrangeres af det videnskabelige selskab, dels på deltagelse ved årsmøde i Dansk Selskab for Otolaryngologi, hvor uddannelseslægerne præsenterer deres færdige forskningstræningsprojekter. De specialespecifikke forskningstræningskurser for oto-rhino-laryngologer arrangeres i hver videreuddannelsesregion

Der foreligger enkelte vurderinger af de specialespecifikke kurser, typisk med fokus på deltagernes umiddelbare vurdering af kursets kvalitet. Der foreligger ingen systematiske evalueringer, der fx ville kunne bruges i en sammenligning af kvaliteten af specialernes kurser.

15.3 Projektforløb

Projektforløbene tilrettelægges på en række forskellige måder, fra det meget organiserede med gruppefremlæggelser og mundtligt forsvar, til mere individuelle forløb, der tilrettelægges ad hoc.

Flere specialer arrangerer afsluttende præsentationsdage, hvor de uddannelsessøgende indsender et abstrakt og på selve dagen præsenterer deres projekt. Projektpræsentationer kan også foregå på det videnskabelige selskabs årsmøde.

Et speciale meddeler, at deres uddannelseslæger, hvis de har publiceret en artikel i et peer reviewet tidsskrift som førsteforfatter indenfor de sidste fem, år kan få dispensation for det praktiske projekt. De skal dog stadig fremlægge og diskutere deres resultater på præsentationsdagen.

Der findes ingen samlet opgørelse over den præcise karakter af projekterne, men eksempler spænder fra journalgennemgange over udarbejdelse eller revision af instrukser, kasuistikker, litteraturreviews, audits eller kvalitetssikringsprojekter til udarbejdelse af fuld protokol og indhentning af samtlige tilladelser, sådan at projektet har været klart til at udføre efter præsentationen.

Eksempel: Projektarbejde i gynækologi og obstetrik

Alle kursister indsender et abstract til bedømmelse, som forhåndsgodkendes. Herefter får alle kursisterne 2 af de andres abstracts – dette for at træne at vurdere andres forskningsarbejde. Kursisterne evaluerer de tilsendte abstracts ud fra et evalueringsskema og sender evalueringerne retur. Herefter samles alle kursister og de fremlægger mundtligt deres abstract.

Yderligere oplysninger i Bilag I, nr. 6.

15.4 Effekten af forskningstræningsmodulet

Der savnes præcis viden om den konkrete effekt af forskningstræningen, målt fx på omfanget af projekter, der publiceres, eller på i hvor høj grad forskningstræningen faktisk påvirker uddannelseslægen til at udøve evidensbaseret medicin. Samlet set er der dog indikationer af, at forskningstræningen er relevant, og at den faktisk medvirker til at realisere og udvikle et vidensbaseret sundhedsvæsen – men der er en udfordring i at sikre en bedre kobling mellem indholdet i forskningstræningen og det daglige arbejde.

Det lader sig ikke gøre på det foreliggende grundlag at give et entydigt svar på, om målet med forskningstræningen, som det blev beskrevet i speciallægekommissionens betænkning, er blevet nået. Dels fordi formålet ikke er meget præcist beskrevet, dels fordi der mangler præcis viden om effekten af forskningstræningen. Hvis man forstår formålet som, at alle uddannelseslæger gennem forskningstræningen skal udvikle konkret ny viden, der bringer os nærmere et mål om vidensbaseret sundhedsvæsen, så er ambitionen næppe indfriet. Hvis man derimod forstår formålet som, at forskningstræningen i bred forstand skal være med til at skubbe sundhedsvæsenet i retning af stadig større evidensbasering, så er det rimeligt at antage at det mål nås.

Indikationer af, at formålet med forskningstræningen er nået i større eller mindre omfang er for det første, at nogle forskningstræningsprojekter faktisk munder ud i publikationer og/eller i egentlige forskningsprojekter. For det andet er det et faktum, at forskningstræningen giver alle uddannelseslæger uanset baggrund en lejlighed til at stifte bekendtskab med og/eller at styrke allerede opnåede forskningskompetencer. Der savnes viden om i hvilken udstrækning forskningstræningen når dette mål; men det er rimeligt at antage, at uddannelseslægerne gennem forskningstræningen faktisk får skærpet deres evne til fx at formulere klinisk relevante forskningsspørgsmål, får opfrisket og trænet evnen til at bruge PubMed og lignende værktøjer, og at de får værktøjer til og øvelse i at forholde sig kritisk til videnskabelig litteratur.

Resultater fra enqueten 2011 om bl.a. lægers vurdering af elementer i speciallægeuddannelsen indikerer, at uddannelseslægerne opfatter forskningstræningen som relevant, og at forskningstræningen har en god effekt, men at man ikke fuldt ud når målet med at lade forskningstræningen påvirke i retning af mere vidensbaseret praksis: Ifølge enqueten 2011 mener 81 %, at forskningstræningen i speciallægeuddannelsen er relevant i nogen, høj eller meget høj grad. 87 % mener, at forskningstræningen i speciallægeuddannelsen overvejende eller bl.a. skal fokusere på at lære at anvende forskningsresultater i det kliniske arbejde (og altså ikke primært skal fokusere på selve det at lave forskning), og 84 % oplever da også, at forskningstræningen faktisk fokuserer på at lære at anvende forskningsresultater i kli-

nisk arbejde. Men der er stadig en relativt stor del, som mener, at de slet ikke (9 %) eller kun i ringe grad (32 %) faktisk bruger viden fra forskningstræningen i det kliniske arbejde.

Enqueten 2011 giver selvsagt ikke noget svar på, om det at 41 % ikke mener de bruger forskningstræningens resultater i praksis, om det primært skyldes forskningstræningen, eller om det primært skyldes de muligheder for fx vidensopsporing og vidensbearbejdning der gives eller ikke gives i det kliniske arbejde.

Der findes nogen, men dog sparsom, litteratur om evidens for effekt af postgraduat undervisning i evidensbaseret medicin. En systematisk oversigtsartikel fra 2007 fandt, at postgraduate kurser i evidensbaseret medicin forbedrer deltagernes viden og evne til evidensbaseret praksis, men gav ingen entydige svar på i hvilken form undervisningen virker bedst eller om det forbedrer patientrelevante effektmål. Andre, heriblandt nyere studier, har bl.a. undersøgt effekten af forskellige undervisningsformer.

Samlet peger studierne på, at undervisning i evidensbaseret praksis bør:

- kombinere didaktisk og interaktiv form
- overveje undervisning i sessioner med mindre grupper
- integreres med læring i det kliniske arbejde
- håndtere lokale barriere for evidensbaseret praksis
- overveje brug af IT-støttet undervisning
- tilrettelægges efter specialetype og individuelle læringsbehov

Yderligere oplysninger i Bilag I, nr. 7.

15.5 Forskningstræning i internationalt perspektiv

Forskningstræningen i den danske speciallægeuddannelse, med et generelt og specialespecifikt teoretisk modul og et efterfølgende mindre projekt af videnskabelig karakter, er relativ unik for den danske speciallægeuddannelse. I de fleste lande vi almindeligvis sammenligner os med er forholdene henholdsvis:

- ingen obligatorisk forskningstræning, men mulighed for valgfrit kursus i forskningsmetodologi og statistik
- obligatorisk kursus, men intet krav om mindre mundtligt eller skriftligt projekt
- forskningstræning finder sted i research fellowships, Ph.D –forløb og lignende, som i sagens natur ikke er obligatoriske
- ingen krav

Holland, der ligesom Danmark har adapteret den canadiske model for lægelig videreuddannelse, og som derfor også har specificerede – om end mere overordnede mål for rollen som ”scholar” - inddrager ikke obligatorisk forskningstræning.

Ikke desto mindre lægger alle målbeskrivelser i sammenlignelige lande vægt på, at videreuddannelsen – ligesom den medicinske grunduddannelse – hviler på et bio-

medicinsk overvejende rationelt og evidensbaseret videnskabssyn, og at det er vigtigt for alle speciallæger at kunne vurdere videnskabelig litteratur og anvende forskningsresultater i realiseringen og udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen.

Sverige har, som det eneste land, obligatorisk forskningstræning i de speciallægeuddannelser der ikke inddrager et ph.d-forløb, der minder om den danske model. Det indeholder et kortere forskningsmetodologisk grundkursus og stiller krav til skriftlig udarbejdelse af et videnskabeligt eller kvalitetsudviklende projekt. Grundkurset er af 3 dages varighed, og varigheden af projektarbejdet i ST-blokken er ikke angivet i specialernes målbeskrivelser, men relaterer sig til konkrete mål og disses godkendelse.

Egentlig forskningstræning og videnskabelig skoling og gennemførelse af videnskabelige projekter lægges i de fleste landes speciallægeuddannelse i et parallelt akademisk spor, knyttet til universiteterne og ofte med en ph.d som målet for forløbet. Oftest vil en deltagelse heri medføre, at den egentlige kliniske uddannelse forkortes med 6-12 måneder.

Dette er en naturlig udvikling af indførelsen af Bologna-processens anbefalinger, herunder 3-cyklus modellen, hvor den postgraduate 3. cyklus er gennemførelse af ph.d. Danmark, de nordiske lande og angelsaksiske lande hører overvejende til denne gruppe.

Yderligere oplysninger i Bilag I, nr. 8.

Perspektivering. Forskningstræningen er et værdifuldt element i speciallægeuddannelsen. Forskningstræningen kan styrkes indenfor de givne rammer ved, at der skaffes bedre viden om hvilke kursus- og projektkoncepter, der virker bedst, og om barriererne for at omsætte viden fra forskningstræningen til konkret praksis.

Der er gode grunde til at anse forskningstræningen som et relevant og væsentligt element i speciallægeuddannelsen. Det er i høj grad forskningstræningens berettigelse, at den kan kvalificere de kommende speciallægers brug af videnskabelig viden i klinisk praksis. Dog savnes der egentlig evidens for effekten af forskningstræningen.

Der er en udfordring i at sikre en bedre kobling mellem indholdet i forskningstræningen og det daglige arbejde. Gode kurser og relevante projektarbejder er muligvis en nødvendig, men ikke en tilstrækkelig forudsætning for, at man kan nå målet om at realisere og udvikle et vidensbaseret sundhedsvæsen.

Forskningstræningen kan endvidere styrkes ved en større opmærksomhed på evaluering og dokumentation af, hvordan forskningstræningen er tilrettelagt. Undersøgelsen af den forskningstræning, der foregår i de forskellige regioner og specialer, viser både, at der er stor variation i tilrettelæggelsen af kurser og projektperioder, og at der foreligger få systematiske evalueringer af kurserne og forløbene.

Det anbefales at:

- der iværksættes en undersøgelse af hvilke kursus- og projektkoncepter, der bedst understøtter uddannelseslægernes udvikling af forskningskompetencer, som er direkte anvendelige som led i evidensbaseret praksis, samt en kortlægning af de barrierer, der måtte vanskeliggøre uddannelseslægernes

overførelse af viden og færdigheder fra forskningstræningen til det kliniske arbejde

- der stilles krav til kursusudbyderne om, at der gennemføres systematiske evalueringer af kurserne, og at evalueringsresultaterne gøres tilgængelige for interessenterne

- der for alle kurser skal foreligge en klar beskrivelse af kursets formål, læringsmål og pædagogiske metoder, fx i form af en kursusmanual

- der stilles krav til kursusudbyderne om dokumentation for, at de enkelte forskningstræningskurser jf Sundhedsstyrelsens vejledning, er planlagt med "hensyn til voksenpædagogisk teoridannelse og nyere medicinsk-pædagogisk forskning vedrørende effekt af forskellige slag kursusoplæg", herunder at der inddrages it-støttede undervisningsformer, hvor det er relevant

- der udvikles forskningstræningsforløb, som i højere udstrækning er tilpasset den enkelte uddannelseslæges forudsætninger. En mulighed kunne være en form for niveau-delt forskningstræning, men kunne også løses ved udnyttelse af kursuskoncepter, som i højere grad tilpasser sig de enkelte kursisters læringsbehov, og i mindre grad forsøger at formidle samme basispakke til alle kursets deltagere.

16 Færdighedslaboratorier

Speciallægekommissionen gav udtryk for, at ”optræning i færdighedslaboratorier er anvendelig i den initiale udvikling af klinisk kompetence og kan med fordel anvendes ved indøvelse af grundlæggende manuelle færdigheder, men også ved indøvelse af rutiner i kendte, men vanskelige procedurer”. Desuden ansås færdighedslaboratorierne at være ” anvendelige til at indøve kommunikative færdigheder, ligesom IT-baserede programmer med fordel kan anvendes til at træne klinisk kombination og evne til syntese”.

På den baggrund anbefalede speciallægekommissionen, ”at hospitalsejerne tager de fornødne skridt til at sikre, at de uddannelsessøgende har adgang til færdighedslaboratorier i det omfang, det forudsættes i målbeskrivelserne”.

Kommissionen forudsatte, at der i relation til udbygningen af antallet af færdighedslaboratorier sker en faglig og kapacitetsmæssig koordinering mellem regionerne – herunder med den regionalt forankrede klinisk-pædagogisk-udviklende funktion – og de lægevidenskabelige fakulteter i regionerne. Ligeledes anbefales en koordination på tværs af de forskellige specialer.

Det fremgår ikke klart af betænkningen, hvorvidt formålet med øget adgang til færdighedslaboratorier var betinget af ønsket om en accelereret indlæringskurve, et hensyn til patientsikkerheden eller et tiltag mod det reducerede antal indgreb/procedurer som uddannelsesreformen kunne forventes at medføre. Rationel og systematisk brug af færdighedstræning vil imidlertid kunne have en effekt på alle de nævnte parametre.

Status. Siden betænkningen blev skrevet er der etableret adskillige færdighedslaboratorier i alle regioner. Færdighedslaboratorierne varierer både med hensyn til organisation, størrelse, antal og type af aktiviteter (Bilag I, nr. 9). Nogle færdighedslaboratorier er regionalt forankrede, men de fleste er lokalt forankrede idet mange hospitalsenheder og -afdelinger har anskaffet sig såvel basale som avancerede fantomer og simulatorer, som anvendes med vekslende systematik og læringsmål.

Af enqueten 2011 fremgår det med al tydelighed, at udviklingen indenfor færdighedstræning og simulation langt overgår, hvad man kunne forestille sig, da betænkningen blev skrevet. Således ser det ud til, at en tredjedel af alle lægers speciallægeuddannelse nu indbefatter træning i færdighedslaboratorier. Ikke overraskende drejer det sig i vidt omfang om anæstesiologi og de skærende specialer med anvendelse af simulatorer, fantomer, operationer på dyr og teamtræning. Specialer som almen medicin og onkologi anvender træning i kommunikation og samlet mener hovedparten af de adspurgte, at kompetencer fra deres målbeskrivelser med fordel kunne trænes i et færdighedslaboratorium.

På den baggrund konkluderes, at adgangen til færdighedstræning i betydelig grad er øget. Det største udbud findes i forbindelse med universitetshospitalerne, hvorfor der er stor forskel på det personlige initiativ der kræves af en læge under uddannelse på et mindre hospital i forhold til lægen der har ansættelse ved universitetshospitalet.

Baggrunden for at anvendelsen af færdighedstræning og simulation har været stigende i nævnte grad kan tilskrives det øgede fokus på patientsikkerhed og uddan-

nelse. Også den hastige teknologiske udvikling har betydet, at flere og mere avancerede færdighedstrænere og simulatorer er blevet tilgængelige for anæstesi og mange former for billedbaseret intervention. Den forbedrede 'transfer validity' har betydet, at den postgraduate interesse for færdighedstræning ved hjælp af disse modaliteter er øget betydeligt.

For at tilgodese det stigende behov, er antal færdighedslaboratorier øget – dette er foregået uden koordination, hvilket kan medføre en ikke hensigtsmæssig fordeling og udnyttelse af dyrt materiel. Lokale initiativer på afdelinger og hospitaler er stigende, men også dette foregår ofte uden koordinering. Mange tiltag er vokset frem som følge af lokale interesser eller særligt aktive enkeltpersoner. Dette betyder at uddannelsesprogrammer som indebærer anvendelse af færdighedstrænere og simulatorer ofte ikke er ens og hyppigt ikke er integreret i programmerne. Det medfører udvikling og diversitet, men giver også anledning til store regionale forskelle i tilbud således anvender nogle specialer færdighedstræning 3-4 gange mere i en region end en anden.

Anvendelsen af simulation som træningsmetode er meget anderledes for underviseren end rollen som forelæser. Det betyder, at det er nødvendigt at klæde underviserne på til rollen som instruktør/facilitator. Helt generelt er betydning af de menneskelige ressourcer og anvendelsen af de rigtige pædagogiske principper langt vigtigere end hvilken færdighedstræner eller simulator, der anvendes.

Udfordringen med de avancerede trænere/simulatorer er, at teknisk ekspertise bør være tilgængelig.

Da formålet, som nævnt ovenfor, ikke er klart defineret kan der heller ikke redegøres klart for succesgraden. Men siden speciallægekommissionens betænkning udkom, er der såvel i Danmark som internationalt publiceret talrige undersøgelser, der dokumenterer at færdigheds- og simulationstræning har effekt. Ikke alene på færdigheder målt i laboratoriet før og efter træningen, men også på operative færdigheder og kliniske parametre såsom fødselskomplikationer og infektioner efter anlæggelse af centralvenekateter. Simulation har også vist sig velegnet til at træne ikke tekniske færdigheder såsom kommunikation og samarbejde.

På baggrund af denne litteratur er det klart, at færdighedslaboratorierne bør have en vigtig plads i "udvikling af klinisk kompetence og i indøvelse af grundlæggende manuelle færdigheder".

Perspektivering. Interessen og behov for træning i færdighedslaboratorier vil være stigende de næste år, pga. det øgede fokus på patientsikkerhed og nødvendigheden af at effektivisere uddannelsen af sundhedsfagligt personale både mht. individuelle og team kompetencer og i relation til special- og efteruddannelse. Den teknologiske udvikling betyder, at det vil blive muligt at træne en bredere vifte af færdigheder og at flere specialer får mulighed for at etablere træning.

Multidisciplinær, interprofessionel teamtræning, hvor der trænes samarbejde, ledelse og beslutningstagen, efterspørges bredt.

Som omtalt ovenfor stiller denne udvikling øgede krav til en koordineringsindsats på såvel regional som specialeselskabs-niveau. De høje omkostninger ved etablering af avanceret simulatorbaseret færdighedstræning nødvendiggør et stort optageområde for kursister - oftest på regionalt niveau; men i en del tilfælde vil et enkelt eller to nationale centre opfylde behovet.

Selv om der foreligger dokumentation for effekten af træning, er der stadig mange uafklarede spørgsmål om hvordan, hvilken form for træning, hvor ofte, hvor længe og med hvilken sammenhæng med den kliniske hverdag træningen bedst foretages. En mere målrettet national forskningsindsats er nødvendig for at besvare disse spørgsmål og sikre en udvikling af området. For at sikre en høj kvalitet af den forskningsmæssige indsats er samarbejde mellem den postgraduate udviklende funktion (postgraduate professorer og lektorer), færdighedslaboratorier og simulationsenheder en nødvendighed. Der er en enestående mulighed for at besvare disse spørgsmål gennem færdigheds- og simulationstræningscentrene, som kan samle, videnskabeligt bearbejde og anvende den viden og erfaring, der opnås gennem centerets aktiviteter.

Det foreslås, at der sikres en regional organisation eventuelt i form af centre, der kan varetage avanceret færdigheds- og simulationstræning, sikre udvikling af regionale programmer og initiere samarbejde omkring forskning. Det anbefales, at der til disse centre knyttes personale med særlig medicinsk pædagogisk viden og erfaring som f.eks. postgraduate professorer og lektorer.

Revision af specialernes målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og kurser anbefales at foregå i et samarbejde mellem fageksperter, postgraduate lektorer samt eksperter fra færdighedslaboratorier og simulationsenheder, så også områder, hvor kompetencerne kan opnås/styrkes ved færdigheds- og simulationstræning identificeres.

Det foreslås endvidere, at færdighedslaboratorierne sikrer, at underviserne har den nødvendige kompetence til at anvende de forskellige træningsmodaliteter.

Færdighedslaboratorierne har behov for en tæt tilknytning til hospitalets medicotekniske afdeling eller have en tekniker ansat, da meget moderne færdighedstræningsudstyr er avanceret teknologi og fejl/sammenbrud ofte betyder komplet frafald af træning/undervisning.

Det vil være hensigtsmæssigt i fremtiden at øge fokus på:

- udbygning af færdighedslaboratorier i alle regioner
- national koordinering af færdighedslaboratorier
- mere ensartede regionale tilbud om færdigheds- og simulationstræning
- multidisciplinær, interprofessionel teamtræning, hvor der trænes samarbejde, ledelse og beslutningstagen
- øget koordineringsindsats på såvel regional som specialeselskabs-niveau
- målrettet national forskningsindsats med henblik på at kunne besvare spørgsmål om træningsmetoder, varighed og overførsel til den kliniske hverdag
- tilknytning af postgraduate professorer og lektorer til færdighedslaboratorier med henblik på at styrke den pædagogiske indsats.

17 Speciallægeuddannelsens gennemførelse i den kliniske enhed

Ansvaret for den praktiske gennemførsel af et uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse er placeret på de uddannelsesgivende institutioner (hospitaler, institutter og/eller i praksis). De uddannelsesgivende hospitalsafdelinger ansætter en uddannelsesansvarlig overlæge (UAO), mens der i almen praksis ansættes uddannelseskoordinatorer i almen medicin (AMU), der medvirker til at sikre uddannelsesforholdene. Samtlige specialer har tilknyttet postgraduate kliniske lektorer (PKL/PUFére), der fungerer som faglig support for UAO/AMU.

På en række hospitaler understøttes den lægelige videreuddannelse gennem ansættelse af uddannelseskoordinerende overlæger (UKO)[52]. På afdelingerne bistår den/de uddannelseskoordinerende yngre læge(r) (UKYL) den uddannelsesansvarlige overlæge. Det vurderes på baggrund af oplysninger fra de uddannelsesansvarlige overlæger, at ca. 80 % af alle afdelinger har mindst en UKYL.

Tabel 19. Oversigt over UAO og PKL/PUF

Videreuddannelsesregion	Antal UAO	Antal PKL/PUF'er
Øst	278 (45 %)	38
Syd	143 (23 %)	17 (PUF)
Nord	196 (32 %)	38
I alt	**617**	**83**

Kilde: Data er baseret på informationer fra de 3 Videreuddannelsessekretariater maj 2011

Der er regionale forskelle i opbygningen af den pædagogiske udviklende funktion (PUF) og funktionstid til opgaven afhænger af specialets størrelse. Enkelte mindre specialer har landsdækkende PKL. I almen medicin er der i de 5 regioner ansat ca. 40 uddannelseskoordinatorer i almen medicin (AMU)[i], hvoraf 8 samtidig er PKL/PUF lektor. I almen medicin bistår en gruppe af yngre læger i hoveduddannelse (DYNAMUer (den yngre almen medicinske uddannelseskoordinator) A-MU'erne. I alt ca. 1900 tutorlæger fungerer som hovedvejledere for yngre læger i almen praksis.

Tabel 20. Oversigt over uddannelseskoordinatorer i almen medicin (AMU) og DYNAMUER

Videreuddannelsesregion	Antal tutorlæger	Antal AMU	Antal DYNAMU
Øst	770	20	7
Syd	371	10	4
Nord	750	12	7
I alt	**1891**	**42**	**20**

Kilde: Data indhentet fra Dansk Selskab for almen medicin maj 2011

Der er således opbygget en solid uddannelsesorganisation til understøttelse af speciallægeuddannelsen i den kliniske enhed/almen praksis.

[i] Nomenklaturen er/har været varierende og der gøres opmærksom på at uddannelseskoordinator = praksisreservelægekoordinator = almen medicinsk uddannelsesvejleder

Speciallægekommissionen anbefalede, at mesterlære baseret på voksenpædagogiske principper skulle fastholdes som dominerende undervisningsmetode i den kliniske videreuddannelse, hvor der bl.a. skal være en gensidig ansvarlighed over for læreprocessens formål og gennemførelse. De uddannelsessøgende læger er modtagere, men har et medansvar for uddannelsen og forudsætningen for videreuddannelsen er en aktiv rolle hos den uddannelsessøgende.

Speciallægekommissionen fastslog, at uddannelse er noget "*man tager frem for noget man får*", og holdninger hos såvel uddannelsessøgende som undervisere kan udgøre en barriere for videreuddannelsen, da en god klinisk uddannelse kræver en aktiv medvirken af såvel den uddannelsessøgende læge som den uddannelsesgivende afdeling.

Endvidere var det kommissionens vurdering, at der var brug for en holdningsændring, der indebar en bred accept af, at sygehusvæsenets opgaver udover de patientrelaterede kerneydelser også indeholder uddannelse, udvikling og forskning.

17.1 Uddannelsesprogram

Speciallægekommissionen vurderede i 2000, at kvaliteten af daværende uddannelsesprogrammer var svingende, at de ikke løbende revideredes, at de ikke altid var udarbejdet, og at uddannelsesprogrammerne ikke altid havde indflydelse på den daglige arbejdstilrettelæggelse.

Ligeledes anførtes det, at kompetencen medicinsk ekspert var godt beskrevet i uddannelsesprogrammet, mens de øvrige kompetencer ofte var dårligt eller sporadisk beskrevet.

Speciallægekommissionen fandt derfor, at alle speciallægeuddannelsens elementer burde komme til udtryk i uddannelsesprogrammerne, og at der var behov for koordinering af programmer ved flere afdelinger i uddannelsesforløbet. Kommissionen fandt ligeledes, at uddannelsesprogrammerne burde afspejle den enkelte afdelings styrker og svagheder og burde tilpasses den enkelte uddannelseslæge.

På den baggrund kom speciallægekommissionen med følgende anbefalinger:

- at uddannelsesprogrammerne fremover indeholder en beskrivelse af såvel de specialespecifikke som de generelle kompetencer, den uddannelsessøgende skal opnå i løbet af uddannelsen

- at programmerne derudover omfatter en beskrivelse af de læreprocesser, som skal tages i brug for at opnå disse kompetencer

- at uddannelsens forskellige elementer (kliniske, teoretiske og færdighedsudviklende) integreres, og at dette fremgår af uddannelsesprogrammerne.

Status: Speciallægekommissionen anbefalinger er udmøntet i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger[53], og yderligere i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9586[54] om kompetencevurdering og vejledning nr. 9587[55] om uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse. Et uddannelsesprogram beskriver det enkelte uddannelsesforløb, med angivelse af de kompetencer, der skal erhverves og indeholder en beskrivelse af læringsstrategier, der anvendes for at opnå kompetencerne. For forløb med flere delelementer angiver uddannelsespro-

grammet, hvordan kompetencer og kompetencevurderingen fordeles på de enkelte dele af uddannelsesforløbet.

Uddannelsesprogrammerne udarbejdes på baggrund af specialeselskabernes målbeskrivelse af uddannelsesudvalgene i hver af de tre videreuddannelsesregioner og godkendes af De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse. Det er en forudsætning for, at en afdeling kan få tildelt en uddannelsesstilling, at der er et godkendt uddannelsesprogram svarende til stillingen. Ansvaret for kendskab til og implementering af uddannelsesprogrammet i den enkelte afdeling/praksis er uddelegeret til den uddannelsesansvarlige overlæge (UAO)/uddannelseskoordinator i almen medicin (AMU)[56,57].

Programmernes implementering

I Tabel 21 ses svar på spørgsmålet i enqueten 2011: I hvilken grad har du kendskab til praksis/afdelingens uddannelsesprogram for din nuværende stilling, (N=2613), svarene er opdelt på almen medicin/hospitalssektoren. Det bemærkes at en relativ stor andel af KBU læger, 22 % og 27 % svarer slet ikke/i ringe grad på spørgsmålet.

Tabel 21. Kendskab til uddannelsesprogram

I hvilken grad har du kendskab til afdelingens/praksis uddannelsesprogram for din nuværende stilling	Slet ikke/i ringe grad	I nogen grad	I høj grad/i meget høj grad	Ved ikke
Almen praksis				
KBU (N=153)	22 %	31 %	48 %	1 %
Intro (N=96)	9 %	36 %	56 %	0
H-læger – første del (N=144)	15 %	35 %	47 %	4 %
H-læger – sidste del (N=148)	19 %	31 %	50 %	0
Hospitalssektoren				
KBU (N=211)	27 %	35 %	45 %	3 %
Intro (N=619)	8 %	31 %	60 %	1 %
H-læger – første del (N=674)	14 %	32 %	54 %	1 %
H-læger – sidste del (N=480)	7 %	28 %	63 %	0

Kilde: Enqueten 2011, spm. 5,2

I arbejdsgruppens "Enquete 2011 til UAO/AMU"[52] svarer 53 % at uddannelsesprogrammet er implementeret i høj grad og i meget høj grad, mens 39 % svarer i nogen grad og 7 % svarer i ringe grad og 1 % i ingen grad.

Ansvaret for implementering af uddannelsesprogrammet er placeret hos UAO/AMU hvilket er fuldt accepteret af UAO/AMU[58]. Fra fokusgruppe interview blandt de postgraduate kliniske lektorer (PKL) i maj 2011 fremgik, at de største vanskeligheder med implementering findes, hvor uddannelsesforløb er placeret på flere matrikler, og hvor struktur- og specialeændringer kræver ændringer af igangværende uddannelsesforløb[58]

Formateret: Slutnotehenvisning

Slettet: [58]

I Tabel 22 ses svar på spørgsmålet i enqueten 2011: "I hvilken grad er der overensstemmelse mellem uddannelsesprogram og arbejdsfunktionerne i din nuværende afdeling?", svarene er opdelt på almen medicin/hospitalssektoren. (N=2530)

Formateret: Skriftfarve: Brugerdefineret farve (RGB(167;5;49))

Slettet: Tabel 22

Tabel 22. Uddannelsesprogrammer og arbejdsfunktioner

I hvilken grad er der overensstemmelse mellem uddannelsesprogram og arbejdsfunktionerne i din nuværende afdeling?	Slet ikke/i ringe grad	I nogen grad	I høj grad/ i meget høj grad	Ved ikke
Almen praksis				
KBU (N=144)	4 %	32 %	60 %	0
Intro (N=91)	2 %	28 %	66 %	0
H-læger – første del (N=139)	12 %	41 %	39 %	1 %
H-læger – sidste del (N=142)	6 %	42 %	48 %	0
Hospitalssektoren				
KBU (N=191)	16 %	48 %	31 %	1 %
Intro (N=607)	2 %	36 %	53 %	0
H-læger – første del (N=658)	13 %	43 %	42 %	0
H-læger – sidste del (N=474)	6 %	42 %	45 %	0

Kilde: Enqueten 2011, spm. 5.3

Svarene fra enqueten 2011 og UAO/AMU enqueten kan tages som udtryk for grad af kendskab til og implementering af uddannelsesprogrammer. De høje besvarelsesprocenter i de tre bedste kategorier understreger, at programmerne generelt er implementeret. Som det fremgår af tabellerne har uddannelsestrin samt uddannelsessted indflydelse på graden af kendskab til og implementering af uddannelsesprogrammerne. At uddannelsesprogrammerne generelt er implementeret underbygges af de årlige opgørelser, om temascoringerne fra Sundhedsstyrelsen.

Tabel 23 Scoring af tema: Uddannelsesprogram i inspektorrapporter 2006-2010

	Mangelfuld på flere områder	Begrænset værdi	Udarbejdet i hht. forskrifter	Velstruktureret og planlagt ift. overordnede mål
2006-2007	6 %	9 %	56 %	29 %
2008	1 %	11 %	55 %	33 %
2009	0 %	3 %	64 %	32 %
2010	5 %	12 %	45 %	38 %

Kilde: Inspektorsekretariatet, Sundhedsstyrelsen

I evaluer.dk ses det, at scoringerne af spørgsmålene vedrørende uddannelsesprogrammerne har forholdt sig stationært i perioden 2008 til 2011 (N=3650, N=4487, N=4740, N=5027). Den samlede værdi af de 4 spørgsmål[ii] har på en skala fra 0-9 været ca.7,3: hvilket er en relativ høj score.

[ii] Hvordan vurderer du kvaliteten af uddannelsesprogrammet?, Svarer indholdet til målbeskrivelsens krav?, Svarer uddannelsesforløbet til uddannelsesprogrammet?, har du indfriet checklistens delpunkter? (Evaluer.dk)

Uddannelsesprogram og "de 7 lægeroller".

I Yngre Lægers uddannelsesenquete fra 1999 anførtes, at medicinsk ekspertrollen var godt beskrevet i uddannelsesprogrammerne mens de øvrige roller var sporadisk beskrevet. I enqueten 2011 er denne problemstilling afdækket ved spørgsmålet: "Jeg oplæres svarende til det niveau der er beskrevet i afdelingens/praksis uddannelsesprogram i lægerollen". Resultatet fremgår af Tabel 24.

Formateret: Skriftfarve: Brugerdefineret farve (RGB(167;5;49))

Slettet: Tabel 24

Tabel 24. Oplæring i de 7 lægeroller

"Jeg oplæres svarende til det niveau der er beskrevet i afdelingen/praksis uddannelsesprogram"	**Slet ikke**	**I ringe grad**	**I nogen grad**	**I høj grad**	**I meget høj grad**	**Ved ikke**
Rolle						
Medicinsk ekspert	1 %	3 %	21 %	49 %	23 %	4 %
Kommunikator	3 %	9 %	31 %	38 %	15 %	4 %
Samarbejder	2 %	6 %	27 %	46 %	16 %	4 %
Leder/administrator	8 %	25 %	41 %	17 %	4 %	4 %
Akademiker	5 %	20 %	39 %	23 %	9 %	4 %
Professionel	1 %	7 %	32 %	43 %	11 %	5 %
Sundhedsfremmer	6 %	22 %	37 %	24 %	7 %	4 %

Kilde: Enqueten 2011 spm. 5.4 a-g (N=2530)

Rollen som medicinsk ekspert er stadig den rolle, som står stærkest i et uddannelsesmæssigt perspektiv. De varierende besvarelsesprocenter i de øvrige roller understreger behovet for forbedringer i uddannelsen i de disse roller. Det gør sig især gældende for rollerne som leder/administrator, akademiker og sundhedsfremmer. Det skal bemærkes, at der kan være forskel på svarene afhængig af, om det er læger i almen praksis eller i hospitalssektoren, der har svaret. Således står eksempelvis rollen som sundhedsfremmer langt stærkere blandt læger i almen praksis end blandt læger i hospitalssektoren.

Perspektivering. Det er positivt, at de fleste har kendskab til og at uddannelsesprogrammer er implementeret. Alligevel er der behov for, at kendskabsniveau og brug af obligatorisk uddannelsesprogram højnes, da ca. hver tiende yngre læge i speciallægeuddannelse og hver fjerde KBU læge angiver slet ikke eller i ringe grad at have kendskab til uddannelsesprogrammet. At målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner er grundlaget for postgraduat uddannelse bør være kendt af uddannelsessøgende læger fra start i KBU. Elementerne indgår i de obligatoriske KBU-læringskurser samt i vejlederkurser og kurser for UAO. Enquetesvarene nævnt her understreger, der fortsat er behov for at fremhæve elementerne.

Der er herudover behov for, at der etableres en entydig forståelse af hvad de enkelte elementer i den lægelige videreuddannelse dækker over (uddannelsesprogram, uddannelsesplan, logbøger mm). Siden 2004 har der løbende været ændringer i nomenklatur, hvilket har medført besvær med implementering af dokumenter i speciallægeuddannelsen. F.eks. har elektronisk logbog i almen medicin indeholdt både uddannelsesprogram, logbog, og uddannelsesplan.

Rollen som medicinsk ekspert er i de fleste specialer velbeskrevet også mht. læreprocesser og kompetencevurderinger, mens øvrige roller især leder/administrator, akademiker og sundhedsfremmer, kan forbedres i beskrivelse af mål, læreprocesser og vurderingsmetoder. At oplæring i disse metakompetencer scores dårligere end

medicinsk ekspert kompetencen afspejler både usikker definition af kompetencerne og dermed usikker oplæring[58], usikker forventningsafstemning herom og usikker vurdering af opnåelse af mål. Flere specialer er ved at udvikle 3. generations målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer hvor også disse usikkerheder adresseres. Specialeselskaberne og UAO/AMU vil fortsat have gavn af medicinskpædagogisk og organisatorisk opbakning til denne udvikling[59].

Formateret: Slutnotehenvisning

Slettet: [58]

17.2 Uddannelsesplan

Speciallægekommissionen angav, at de uddannelsesgivende afdelinger foretager den fornødne koordination af de individuelle uddannelsesforløb, og at dette afspejler sig i uddannelsesplanerne for de enkelte uddannelsessøgende læger.

I bekendtgørelsen vedr. uddannelse af speciallæger angives det, at ansættelsesstedet og den uddannelsessøgende læge inden for rammerne i uddannelsesprogrammet skal udarbejde en individuel uddannelsesplan[53]. En uddannelsesplan er en individuel udmøntning af uddannelsesprogrammet med tilpasning til den enkelte læge ud fra dennes og uddannelsesstedets aktuelle forudsætninger og muligheder. Uddannelsesplanen fastlægger konkret (hvornår og hvordan) erhvervelsen af kompetencer og eventuelle indsatsområder for kortere tidsperioder i uddannelsesforløbet på uddannelsesstedet og/eller prioritering af kompetencer frem til udarbejdelse af næste uddannelsesplan jf. terminologi for den lægelige videreuddannelse www.sst.dk. Både ansættelsesstedet og den uddannelsessøgende har pligt til at være opmærksom på, om opnåelse af kompetencer sker som planlagt i uddannelsesplanen.

Slettet: [53]

Formateret: Slutnotehenvisning

Status: Den individuelle uddannelsesplan udarbejdes i et samarbejde mellem den uddannelsesansvarlige overlæge/tutor/vejleder og den uddannelsessøgende læge.

Tabel 25. Implementering af uddannelsesplaner

”Har du en individuel uddannelsesplan (din egen plan for opnåelse af kompetencer) i din nuværende afdeling?”*	**Ja**	**Ja**
	Almen praksis	**Hospital**
KBU	47 % (N=134)	55 % (N=191)
Intro	58 % (N=81)	74 % (N=607)
H-læger – første del	60 % (N=134)	69 % (N=658)
H-læger – sidste del	56 % (N=138)	71 % (N=474)
”Fik du udarbejdet en skriftlig uddannelsesplan inden for de første 4 uger (for KBU 14 dage) af din nuværende ansættelse?” **	**Ja**	**Ja**
	Almen praksis	**Hospital**
KBU	30 % (N=153)	30 % (N=211)
Intro	49 % (N=96)	58 % (N=619)
H-læger – første del	46 % (N=144)	55 % (N=675)
H-læger – sidste del	47 % (N=148)	62 % (N=480)

Kilde: Enqueten 2011, *spm. 5.5, **spm. 7.3

Resultaterne fra enqueten 2011 viser, at ikke alle uddannelsessøgende læger får udarbejdet en uddannelsesplan og at der er forskel indenfor de forskellige uddannelsestrin. Det er dog færre, der samtidig opfylder det formelle krav om, at uddannel-

sesplanen skal forelægge skriftlig og være udarbejdet indenfor den angivne tidsramme. Enqueten 2011 illustrerer i den sammenhæng en divergens i opfattelserne blandt de uddannelsessøgende læger og de uddannelsesansvarlige overlæger samt tutorer, da 95 % af de uddannelsesansvarlige overlæger og 81 % af tutorlægerne angiver, at der udfærdiges en individuel uddannelsesplan for hver uddannelsessøgende læge (Enqueten 2011, spm. 5.8). Af de yngre læger, der har en uddannelsesplan angiver 92 %, at de i nogen, høj eller meget høj grad har været involveret i udarbejdelse af uddannelsesplanen (Enqueten 2011, spm. 5.6). Blandt uddannelsesgiverne angiver 40 %, at de mener, at yngre læger i meget høj grad/høj grad anvender den individuelle uddannelsesplan, mens ca. 40 % angiver, at uddannelsesplanen i nogen grad anvendes (Enqueten 2011, spm. 5.9).

Data fra enqueten 2011 er ikke i fuld overensstemmelse med temascoringer fra inspektorrapporter 2006-2010[60], der viser, at ca. 60 % af uddannelsesafdelinger anvendte personlige uddannelsesplaner. En undersøgelse fra Region Nord viste, at anvendelsen af uddannelsesplaner blev øget i perioden 2003 til 2007, og det formodes, at denne øgning har sammenhæng til obligatoriske kurser for uddannelsessøgende, hvor emnet berøres[61]. Enkelte specialer har sikret anvendelse af den obligatoriske uddannelsesplan, da planen er fast element i uddannelsessamtaler[62].

Tabel 26. Scoring af tema: Uddannelsesplaner i inspektorrapporter 2006-2010

	Ikke indarbejdet	Ikke alle har udd.planer	Alle har udd.planer	Udd.planer indgår som et redskab i uddannelsen
2006-2007	7 %	37 %	33 %	24 %
2008	12 %	30 %	40 %	19 %
2009	2 %	27 %	47 %	24 %
2010	6 %	34 %	40 %	20 %

Kilde: Inspektorsekretariatet, Sundhedsstyrelsen

Blandt de uddannelsessøgende læger som har en uddannelsesplan er der en overvejende positiv vurdering af, at planen tager udgangspunkt i lige netop deres uddannelsesmæssige situation (Enqueten 2011, spm. 5.7) Dette stemmer overens med den opfattelse som de uddannelsesansvarlige overlæger og tutorer giver udtryk for. (Enqueten 2011, spm. 5.9). Det er de uddannelsesansvarlige overlæger og tutorernes opfattelse, at det primært er i hoveduddannelsesstillinger, at der i den individuelle uddannelsesplan er mulighed for tilpasning i forhold til programmet, mens der især i KBU ikke er plads til en individuel tilpasning i et i forvejen stramt program.

Perspektivering. Data viser at der er variation i, i hvor høj grad den individuelle uddannelsesplan er implementeret med forskel mellem specialer, sektorer (praksis vs hospital) og uddannelsestrin (KBU, I-læger og H-læger). Det kan dog konkluderes, at den individuelle uddannelsesplan ikke er fuldt implementeret og således ikke anvendes i tilstrækkeligt omfang. Der er derfor behov for en styrket indsat, der sikrer implementeringen af brugen af uddannelsesplaner bl.a. ved at sætte fokus på formålet med uddannelsesplanen således, at dette er tilpasset uddannelsestrin og kontekst.

For at styrke brugen af de individuelle uddannelsesplaner anbefales det, at der udarbejdes en national skabelon for, hvad en uddannelsesplan kan indeholde. Ligeledes anbefales, at der udvikles et nationalt standardiseret samtaleskema til uddannelsessamtaler, hvor den individuelle uddannelsesplan indgår som obligatorisk

element, eksempel foreligger i referenceliste[63]. Samtaleskema og skabelon for uddannelsesplan bør være formuleret så de kan tilrettes det enkelte speciale.

Uddannelsesplanen er et stærkt redskab til at udvikle refleksion i personlig uddannelsesudvikling og egen monitorering og bør anvendes i alle uddannelsesstillinger fra start af KBU og videre i speciallægeuddannelsen, i en form tilpasset niveau af stilling.

17.3 Uddannelsesansvarlige overlæger

Speciallægekommissionen vurderede, at det var nødvendigt, at det overordnede ansvar for den kliniske lægelige uddannelse i en afdeling påhviler afdelingsledelsen men, at den uddannelsesansvarlige overlæge skal tildeles et specifikt og veldefineret ansvar for videreuddannelsen i afdelingen/enheden og at den uddannelsesansvarlige overlæge samtidig skal tildeles de nødvendige kompetencer. Som konsekvens heraf blev anbefalet at:

- den uddannelsesansvarlige overlæges arbejde baseres på nationale funktionsbeskrivelser, der udarbejdes på grundlag af en national standard
- der etableres en uddannelse for uddannelsesansvarlige overlæger og at der på sigt stilles krav om en sådan uddannelse for at kunne ansættes som uddannelsesansvarlige overlæge
- ledelsen opprioriterer funktionen som uddannelsesansvarlig overlæge og inddrager denne i ledelsesopgaven
- der afsættes de fornødne ressourcer, herunder tid til, at den uddannelsesansvarlige overlæge/praksiskoordinatorer og vejledere kan varetage de opgaver der er pålagt vedkommende

Status. Der er ikke udarbejdet en national standard, der samlet beskriver den uddannelsesansvarlige overlæges ansvarsområder/funktioner. Den UAO opfattes generelt som en fast forankret titel med funktioner som anført i Sundhedsstyrelsens Vejledning om evaluering i den lægelige videreuddannelse fra januar 1998[64], som var gældende for 1996-uddannelsesordningen. Den uddannelsesansvarlige (over)læges ansvarsområde indgår således også i en række af Sundhedsstyrelsens nugældende vejledninger[54,65.] En række opgaver i forbindelse med ansøgninger og godkendelse af udenlandske læger, hvor ansvaret er placeret hos ansættelsesstedet udføres ligeledes af den uddannelsesansvarlige overlæge. Det samme er gældende i forbindelse med afdelingens inspektorrapporter, hvor den UAO skriver under sammen med den ledende overlæge.

I de tre videreuddannelsesregioner findes vejledende funktionsbeskrivelser for UAO/AMU samt UKYL/DYNAMU, der beskriver opgaver og ansvarsområder[66,67,68,69, 70,56, 57,71]. De vejledende funktionsbeskrivelserne for UAO beskriver opgaver i forhold til afdelingen generelt, til de uddannelsessøgende læger og til de kliniske vejledere. Funktionsbeskrivelserne for uddannelseskoordinatorer i almen medicin er opbygget med varierende detaljeringsgrad, men beskriver opgaver i forhold til udvikling og planlægning, tutorlæger og praksis samt opgaver overfor de uddannelsessøgende læger.

Den uddannelsesansvarlige overlæges funktion og opgaver er blevet afdækket og det fremgår ligeledes hvilke kvalifikationer det er vigtigt, at den UAO har[72,73]. Der findes således evidens, som vil kunne inddrages i definitionen af en generisk national standard for den uddannelsesansvarlige overlæges arbejds- og ansvarsområder. I en sådan standard skal det dog også være muligt at tage hensyn til lokale forhold samt variation mellem de forskellige specialer.

Til afdækning af speciallægekommissionens anbefalinger vedrørende den uddannelsesansvarlige overlæges uddannelse og inddragelse i ledelsesopgaven samt i vurderingen af hvorvidt de fornødne ressourcer, herunder tid forligger til varetagelsen af opgaverne er foretaget en kortlægning af de uddannelsesansvarlige overlægers kursusdeltagelse ligesom der er foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt UAO/AMU i juni 2011. Resultatet fremgår af Bilag I, nr.10.

Konklusionen er, at de UAO i det væsentligste er tilfredse med opgavevaretagelsen, men at hver fjerde UAO ikke har en aftalt tidsramme til opgavevaretagelsen og af den gruppe, der har en aftalt tidsramme angiver 43 %, at funktionsbeskrivelsen i ringe grad/slet ikke matcher til det tildelte/aftalte timetal. Desuden finder mange, at der er uklare forhold omkring den UAO's opgave, graden af ansvar og usikkerhed om referencelinjen til den ledende overlæge.

De fleste UAO deltager gerne i efteruddannelse/kurser og det synes relevant at de UAO får viden om rollen og den konkrete opgavevaretagelse kombineret med værktøjer til udvikling af de ledelsesmæssige kompetencer og der er konstateret en stor forskel på udbud, type og omfang af de afviklede kurser jf. Bilag I, nr. 10.

Perspektivering. Speciallægekommissionens overordnede anbefaling i forhold til funktionen som UAO er baseret på, at den UAO tildeles et specifikt og veldefineret ansvar for den lægelige videreuddannelse, hvilket naturligt bør indgå i UAO funktionsbeskrivelse. For at understøtte kvalitet og rammer for de uddannelsesansvarliges opgaveløsning anbefales at der:

- udarbejdes en overordnet national standard for opgaveportefølje som UAO/UKYL samt AMU/DYNAMO. Standarden forankres i SST/det nationale råd for lægelige videreuddannelse (NRLV)

For at sikre, at den UAO/AMU er uddannet til at varetage arbejdsopgaverne bør der være fokus på kompetencer og kvalifikationer indenfor såvel ledelse af uddannelse som medicinsk pædagogik. Det anbefales derfor at:

- den evidensbaserede viden om, hvilke kvalifikationer og kompetencer den uddannelsesansvarlige overlæge/uddannelseskoordinatoren i almen medicin skal besidde indarbejdes i funktionsbeskrivelsen

- den evidensbaserede viden om den uddannelsesansvarlige overlæges opgave, ledelsesrolle og sammenhængen med den lægelige videreuddannelse anvendes i den fortsatte udvikling af uddannelsen af uddannelsesansvarlige overlæger/uddannelseskoordinatorer i almen medicin

- styrke UAO/AMU´s kvalifikationer og kompetencer indenfor området medicinsk pædagogik

- vurdere behovet for det fremtidige uddannelsestilbud og sikre kvaliteten af tilbuddet i de 3 regioner,

Etablering af større sygehusenheder og flere enheder indenfor samme matrikel kan betyde, at kompleksiteten i videreuddannelsesplanlægningen øges. På større afdelinger med flere subspecialer og teams samt flere uddannelsesansvarlige overlæger kan det blive nødvendigt at opbygge eller udbygge den interne uddannelsesorganisation. På denne baggrund foreslås, at det vurderes, hvorvidt der er behov for at:

- regioner og hospitalsledelserne tydeliggør den ledelsesmæssige opbakning til de uddannelsesansvarlige overlæger
- det i de centrale overordnede retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen vedrørende den uddannelsesansvarlige overlæges funktion præciseres, at der er tale om en ledelsesmæssig opgave, der som andre ledelsesopgaver i afdelingen skal varetages af en overlæge
- afdelingsledelsen sætter yderligere fokus på at inddrage den uddannelsesansvarlige overlæge i ledelsen specielt i forhold til at sikre, at uddannelsesplanlægning og arbejdstilrettelæggelse integreres

17.4 Vejledere og praksistutorer

Vejledning og supervision behandles som et samlet begreb. Der differentieres dog mellem formel (varetages af hovedvejlederen) og uformel vejledning og supervision (varetages af de daglige kliniske vejledere).

Speciallægekommissionen lod sig vejlede af foreløbige meldinger, da der ikke forelå en evaluering af vejlederordningen og påpeger, at eventuelle problemer relateret til vejlederfunktionen kunne tilskrives manglende tid til supervision, utilstrækkeligt engagement og beskedne eller ikke eksisterende pædagogiske forudsætninger. Speciallægekommissionen anbefalede:

- at der skal fastlægges en national standard for vejlederfunktionen, herunder en standard der beskriver vejlederens ansvar og kompetence
- at den eksisterende ordning[64] justeres på baggrund af de indkomne erfaringer at det kliniske arbejde tilrettelægges således, at der skabes muligheder for og tid til vejledning og supervision

Status. Vejlederfunktionen i forbindelse med 1996-uddannelsesordningen blev oprindelig fastlagt i Sundhedsstyrelsens publikation: *"Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse"*, fra 1998. Efterfølgende er funktionen som hovedvejleder og daglig (klinisk) vejleder beskrevet i *"Rapport fra arbejdsgruppe vedr. funktionsbeskrivelser for vejledere"* (Det Regionale Videreuddannelsesråd, Region Nord) april 2003[74] samt senest i Sundhedsstyrelsens notat om Terminologi for den lægelige videreuddannelse, 2011. Den UAO udpeger en hovedvejleder til alle læger i uddannelsesstillinger. Hovedvejleder skal være mindst et uddannelsestrin højere end den uddannelsessøgende læge. Der foreligger ikke en national standard for funktionen som hovedvejleder og daglig klinisk vejleder.

I alt 97 % af de uddannelsessøgende læger angiver at have en formel vejleder (hovedvejleder/tutor/uddannelsesansvarlig overlæge) i deres nuværende stilling (Enqueten 2011, spm. 7.1). Ca. 85 % af alle læger får en introduktionssamtale, men 42 % af KBU læger ansat i hospitalssektoren angiver, at de ikke har haft en introduktionssamtale (Tabel 27). Data viser endvidere, at 2/3 af KBU læger ikke har fået

Slettet: Tabel 27

udarbejdet en individuel uddannelsesplan og at 50 % af alle læger ansat i uddannelsesstillinger i almen praksis og ca. 40 % ansat i hospitalssektoren mangler en individuel plan (jf. afsnit 17.2 Uddannelsesplan).

Tabel 27. Afholdelse af introduktionssamtale

	KBU (ja)		Introlæger (ja)		H-læger 1. del (ja)		H-læger 2. del (ja)	
Ansættelse	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**
Har du haft introduktionssamtale indenfor den første måned af ansættelsen?	84 %	58 %	88 %	84 %	85 %	78 %	86 %	81 %

Kilde: Enqueten 2011, spm. 7.2

Af Tabel 28 fremgår resultatet af de spørgsmål i enqueten 2011, der er relateret til kvaliteten af vejledersamtalerne. Vejledersamtalerne bør bidrage til, at det enkelte uddannelsesforløb bliver så optimalt som muligt og at alle kompetencer opnås som planlagt. Vejledersamtalerne afholdes som planlagt, idet kun gennemsnitlig hver tiende ikke får gennemført de planlagte samtaler (spm. 7.6). De uddannelsessøgendes svar indikerer, at der er behov for at få synliggjort planen for vejledersamtalerne forud for samtalerne idet 30-40 % ikke har en plan for samtalerne (spm. 7.5). Ca. hver fjerde yngre læge vurderer, at vejledersamtalerne ikke har betydning for uddannelsesforløbet uafhængig af ansættelsessted og uddannelsestrin (spm. 7.7). De aftaler, der indgås ved vejledersamtalerne overholdes, så det kan svare sig at formulere aftaler/planer som en del af vejledersamtalen (spm. 7.8). Det er ikke er muligt ud fra de foreliggende data, at vurdere om der afholdes det tilstrækkelige/nødvendige antal vejledersamtaler.

Slettet: Tabel 28

Tabel 28. Kvaliteten af vejledersamtalerne og den kliniske vejledning

	KBU I ringe grad/slet ikke		Introlæger I ringe grad/slet ikke		H-læger 1. del I ringe grad/slet ikke		H-læger 2. del I ringe grad/slet ikke	
Ansættelse	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**
Spm. 7.5; Foreligger der en plan for vejledersamtalerne forud for disse?	54 %	40 %	27 %	30 %	40 %	38 %	42 %	34 %
Spm. 7.6; Gennemføres vejledersamtalerne som planlagt?	8 %	14 %	3 %	10 %	13 %	16 %	11 %	12 %
Spm. 7.7; I hvilken grad har vejledersamtalerne betydning for dit uddannelsesforløb?	17 %	32 %	16 %	18 %	28 %	27 %	27 %	25 %
Spm. 7.8; I hvilken grad overholdes de aftaler, der indgås under vejledersamtalerne?	4,6 %	9 %	2 %	7 %	8 %	10 %	17 %	10 %
Spm. 7.9; I hvilken grad indeholder vejledersamtalerne i din nuværende ansættelse den karrierevejledning som du har behov for?	31 %	41 %	19 %	21 %	29 %	27 %	25 %	24 %
Spm. 7.10; I hvilken grad er den daglige kliniske vejledning velfungerende i din nuværende ansættelse?	3 %	28 %	3 %	10 %	13 %	16 %	7 %	13 %

Kilde: Enqueten 2011

Et igangværende dansk studie undersøger indholdet af justeringssamtalerne[75] . Præliminære data viser, at samtalerne primært har et summativt indhold med fokus på at der "sættes kryds i logbogen", mens de formative/udviklende aspekter ikke prioriteres. Dette er foreneligt med data fra enqueten 2011, hvor hver fjerde YL ikke finder samtalerne anvendelige og hver tredje mangler karriererådgivning.

I gennemsnit angiver 60 % at den kliniske vejledning er velfungerende. Subgruppe analysen viser imidlertid, at der er behov for at undersøge, hvilke parametre, der har betydning, når næsten hver tredje KBU læge ikke finder den kliniske vejledning tilfredsstillende. I undersøgelsen kunne belyses KBU lægernes forventning til vejledning og supervision.

I evaluer.dk er spørgsmålene nr. 7 til og med 11 relateret til varetagelse af vejlederfunktionen. Af de tilgængelige data (ikke præsenteret) fremgår at, der på nationalt niveau kan ses en mindre positiv udvikling i samlet score fra 6.2 (2007) til 6,9 på en skala fra 1 til 9(2011).

Ca. 69 % af hovedvejledere/tutorlæger angiver at de i høj grad eller i meget høj grad og 29 %, at de i nogen grad har den tilstrækkelige viden til at kunne varetage opgaven som hovedvejleder.

Vedrørende tilfredsheden med den daglige kliniske vejledning ses stor forskel mellem almen praksis og hospitalssektoren (Tabel 29), hvilket sandsynligvis afspejler, at almen praksis i udtalt grad er bygget op omkring mesterlæreprincippet (en til en), mens relationen mellem uddannelsesgiver og uddannelsestager i hospitalssektoren er mere multifaktuel med deraf særlige udfordringer.

Slettet: Tabel 29

Tabel 29. Tilfredshed med den kliniske vejledning

”I hvilken grad er den daglige kliniske vejledning velfungerende?”	**Slet ikke/ringe grad**	**Nogen grad**	**I høj grad/i meget høj grad**
Tutorlæger	2 %	13 %	85 %
Hovedvejledere	5 %	39 %	54 %

Kilde Enqueten 2011, spm. 7.16

Perspektivering. Vejlederfunktionen er endnu ikke alle steder implementeret tilfredsstillende, men tildeling af hovedvejleder og afholdelse af vejledersamtaler er dog i vid udstrækning implementeret.

Da funktionen som hoved- og daglig klinisk vejleder indeholder funktioner og opgaver som er uafhængig af speciale og regionale forhold, anbefales:

- at funktionsbeskrivelsen for vejlederfunktionerne skal indeholde kvalifikationskrav samt krav til kontinuerlig kompetenceudvikling og at dette eventuelt indarbejdes i den danske kvalitetsmodel

For at øge indhold og kvalitet er der ligeledes behov for:

- at belyse hvordan den kliniske vejledning kan optimeres i de kliniske enheder
- at sætte fokus på afholdelse af introduktionssamtaler og udarbejdelse af individuelle uddannelsesplaner
- at sætte fokus på de kvalitative aspekter af ”den gode vejledersamtale” herunder forventningsafstemning om form og indhold med henblik på at øge udbyttet af samtalerne
- at understøtte kompetenceudviklingen blandt afdelingens hovedvejledere/kliniske vejledere
- at intensivere forskning indenfor dette område af medicinsk pædagogik og herunder etablere pilotprojekter i de kliniske afdelinger samt almen praksis således, at de gode eksempler kan bruges som inspiration/rollemodel
- at revurdere indholdet af de generelle vejlederkurser med henblik på at tilpasse kurserne til behovene i 2011

17.4.1 Uddannelse af vejledere og tutorer

Speciallægekommissionen anbefalede vedrørende uddannelse af vejledere og tutorer:

- at kurser i vejledning skal være obligatorisk for alle læger
- at det/de basale kurser placeres tidligt efter kandidateksamen
- at uddannelse og dermed også vejledning gøres meriterende
- at vejledere skal sikres den fornødne uddannelse.

Status. Kursus i klinisk vejledning er obligatorisk og indgår som en del af introduktionsuddannelsen jf. Sundhedsstyrelsens vejledning[76]. Kurset har en varighed på 2 dage og er implementeret i alle tre videreuddannelsesregioner. Alle uddannelsessøgende læger opnår således et basalt kendskab til vejlederrollen. De Regionale Råd for Lægers videreuddannelse er ansvarlig for kurset samt varetager evaluering og justering af kurserne samt årlig rapportering til Sundhedsstyrelsen.

Tabel 30. Hovedvejlederes kursusdeltagelse 2004-2011 (maj)

	Øst		Syd	Nord
	Hovedstaden	**Sjælland**		
Kurser for hovedvejledere*	413 (2 dage), CEKU 2005-2009 405 (2 dage), DIMS fra 2006	384** (3 dage) Obligatorisk fra 2004-	895 (1-3 dage) fra 2004-	770 (3 dage) Midt 2004-10 84 (2 dage) (SUVI fra 2005-)
Changing the Culture		400** (3 dage) Obligatorisk fra 2004-		
Workshop om roller*	80 (3 timers) 36 (1dag)			
Kompetencevurdering*	207 1 dag 2005-2007			
Workshop om uddannelse*	60 1 dag 2005			
Forebyggelse af uhensigtsmæssige U-forløb*			81 (1 dag) fra 2008-	
I alt antal afviklede kursusdage	**1979**	**2352**	**976**	**2478**

*antal læger, der har deltaget, ** inkl. UAO og tutorlæger(fra 2010)
Kilde: Henvendelse til kursusudbydere i de 3 regioner juni 2011

I de 3 videreuddannelsesregioner har der siden 2004 i varierende grad været udbudt vejlederkurser for (hoved)vejledere og tutorer og der udbydes aktuelt færre kurser i regionalt regi end tidligere (Tabel 30 og Tabel 31). Antallet af kursusdage varierer for (hoved)vejleder fra 1 til 6 dage og for tutorlæger fra ½ til 3 dage. I region Sjælland er vejlederkurset obligatorisk for hovedvejledere.

Slettet: Tabel 30

Slettet: Tabel 31

Kursusafgiften afholdes som udgangspunkt af de uddannelsesgivende institutioner. For almen medicin betales kursusafgiften via regionerne og kursisterne betaler fravær via efteruddannelsesfonden.

Tabel 31. Oversigt over kursus for tutorlæger i almen medicin 2004-2011 (maj)

	Antal tutorlæger	Antal kursister/år	Antal dage/kursus
Øst (HS)	450	150	0,5
Øst (Sjælland)	320	Ca. 40*	3
Syd	371	Ca. 60	1,5
Nord	750	Ca. 75	2

*afvikles på kurser sammen med hospitalslæger fra 2010
Kilde: Henvendelse til DSAM juni 2011

Ca. 70 % af tutorlæger og 60 % af hovedvejledere angiver, at de har været på vejlederkursus siden 2004[iii], hvoraf 60 % har deltaget på kurser af 2-3 dages varighed[iv]. Ca. 70 % af hovedvejledere/tutorlæger angiver, at de i høj grad eller i meget høj grad har den tilstrækkelige viden til at kunne varetage opgaven som hovedvejleder.

I Tabel 32 er angivet årsager til manglende deltagelse i vejlederkursus. Ca. 30 % af speciallæger, der ikke er hovedvejledere og 12 % af speciallæger i almen praksis, der ikke er tutorlæger, har været på vejlederkursus. På trods af at relativt få har deltaget i vejlederkurser, vurderer 65 % at de i høj grad eller i meget høj grad har den tilstrækkelige viden til at kunne varetage opgaven som daglig klinisk vejleder.

Slettet: Tabel 32

Tabel 32. Årsager til ikke at have deltaget i vejlederkurser

Læger med funktion som hovedvejleder/tutorlæge	Ikke ønsket	Ikke haft mulighed	Ikke kunnet få fri	Ikke haft kendskab	Andet
Ikke deltaget i vejleder/tutorlæge kursus	20 %	36 %	3 %	16 %	25 %
Speciallæger, der ikke er hovedvejleder/tutorlæge					
Ikke deltaget i vejleder/ tutorlæge kursus	31 %	27 %	3 %	16 %	28 %

Kilde: Enqueten 2011 spm. 7.12 (N=726) og spm. 7.22 (N=2134)

Et studie fra region Nord[77] viser at de afholdte vejlederkurser har betydning på deltagernes viden om læring, undervisningsadfærd samt afdelingens uddannelsesmiljø

[iii] Enqueten 2011 spm 7.11: Har du været på vejlederkursus/tutorlægekursus efter 1. januar 2004 og 7.11a: Ja, evt. samlede antal kursusdage

[iv] Enqueten 2011 spm. 7.12: Hvad er årsagen til, at du ikke har været på vejlederkursus/tutorlægekursus?

men ellers kendes effekten af de forskellige kursusudbud ikke. Den opnåede effekt kan også skyldes, at alle læger i afdelingen deltog i kurset og dermed opnåede en fælles sprog og forståelsesramme for supervision og feedback.

Både hovedvejledere/tutorlæger og kliniske vejledere vurderer selv, at de er kompetente til at varetage opgaven som vejledere. Blandt vejledere/tutorer er der et ønske (og/eller behov) for at deltage i vejleder/tutor-kurser, da kun 7 % (i alt 144) ikke har deltaget i vejleder/tutorkurser (Enqueten 2011). Dette ønske (og/eller behov) er ikke ligeså stort blandt speciallæger, der ikke fungerer som hovedvejledere (23 %).

Ca. 60 % af yngre læger vurderer, at den daglige kliniske vejledning i høj eller meget høj grad er velfungerende.

Perspektivering. Effekten af både uddannelsessøgende lægers deltagelse i de generelle obligatoriske vejlederkurser og lægers deltagelse i andre "vejlederkurser" i forhold til deres funktion som hoved- og/eller daglige kliniske vejleder kendes ikke. Der er bl.a. en diskrepans mellem, hvordan den enkelte oplever sine evner som vejleder og ønsket/behovet for kursusdeltagelse.

I den forbindelser kan man overveje, om der er behov for:

- yderligere analyse af, hvilket uddannelsestilbud den enkelte hoved- og daglige kliniske vejledere bør gennemføre herunder inddrage hvilke faktorer, der hæmmer henholdsvis fremmer god/effektiv vejledning og eventuelt belyse effekten af intervention i form af struktureret vejlederuddannelse på afdelings- og/eller hospitalsniveau

- om det i visse specialer vil være hensigtsmæssigt at lave specialespecifikke vejlederkurser, der fokuserer på de særlige lærings- og kompetencevurderingsredskaber, der anvendes i specialet

- større ensartning af uddannelsestilbuddet i de tre videreuddannelsesregioner

17.5 Karrierevejledning

Begrebet karrierevejledning eksisterede ikke da speciallægekommissionen skrev sin anbefaling; men blev introduceret i forbindelse med indførsel af fireårsreglen med virkning fra 2008[78], hvor hoveduddannelsen i et speciale skal være påbegyndt senest 4 år efter første ansættelsesdag i den kliniske basisuddannelse.

Den uddannelsessøgende læge er ansvarlig for planlægning af egen karriere, men alle led i den lægelige videreuddannelse har en opgave i forbindelse med karrierevejledningen dvs. fra regionerne over hospitaler/afdelinger til UAO/hovedvejleder samt tutorlæger og kliniske vejledere[65]. Den yngre læge skal have mulighed for at søge rådgivning og i tide gøre aktive valg, der bl.a. drejer sig om geografisk og specialemæssig mobilitet således, at bl.a. fireårsreglen kan overholdes.

Karrierevejledning er en fortløbende proces, som skal integreres i hele uddannelsesforløbet fra afslutningen af medicinstudiet over den kliniske basisuddannelse til den videre karriere indenfor et af de lægelige specialer.

Formålet med karrierevejledningen er a) at sikre at den uddannelsessøgende læge får kendskab til og mulighed for at reflektere over egne uddannelsesmuligheder b) ved behov får hjælp til at identificere alternative karrieremuligheder og c) har let tilgængelig adgang til oplysninger om indhold i og krav til de forskellige specialer.

I Bekendtgørelse nr. 1248 om speciallæger § 4 fremgår, at Regionerne skal etablere et tilbud til læger om individuel karrierevejledning i forbindelse med den lægelige videreuddannelse. I videreuddannelsesregionerne er udfærdiget notater vedrørende udmøntningen af karrierevejledningen[79,80]. Heri understreges, at karrierevejledningen skal integreres i det etablerede vejledersystem, men der kan i særlige tilfælde være behov for individuel karriererådgivning udenfor egen afdeling. Dette tilbud er etableret og er forankret i de 3 Videreuddannelsessekretariater (jf. hjemmesiderne).

Endvidere er anført, at karrierevejledning skal foretages af UAO eller vejledere, der har været på vejlederkursus eller anden tilsvarende uddannelse, hvor karriereplanlægning indgår. Det har betydet, at alle kurser i vejledning inkl. de generelle vejlederkurser indeholder undervisning i karrierevejledning. I enqueten 2011 spørges til de yngre lægers vurdering af om vejledersamtalerne har indeholdt den karrierevejledning, der var behov for. Mange uddannelsessøgende oplever, at de ikke får den karrierevejledning, de har behov for i forbindelse med vejledersamtalerne; idet 31 % og 41 % af basislægerne i henholdsvis almen praksis og hospitalsansatte samt ca. hver 4. af de øvrige grupper af yngre læger angiver at mangle karrierevejledning (Tabel 28, spm. 7.8). Der er ingen data, der belyser hvorvidt vejlederne er tilfredse med den karrierevejledning de leverer eller om den del indgår i de formelle samtaler.

Slettet: Tabel 28

Det anbefales:

- at hovedvejlederne opkvalificeres på dette område således, at karrierevejledning inddrages i vejledersamtalerne alt efter den uddannelsessøgendes behov

- at uddannelsessøgende læger orienteres om de muligheder, der er for at finde informationer i forbindelse med egen karriereplanlægning bl.a. specialernes faglige profiler, yngre lægers mentorordning for KBU, specialehåndbogen fra LVS mm og orienteres om ansvar for egen karriere og egen læring

17.6 Mentorordningen

Speciallægekommissionen har ikke i et selvstændigt afsnit kommet med anbefalinger om mentorordningen; men har flere steder inddraget begrebet mentor:

I Betænkningen er der vedrørende mentor anført at:

- stamafdelingen/enheden udpeger en vejleder for den uddannelsessøgende, og at vejlederen får til opgave at fungere som mentor for den uddannelsessøgende under hele uddannelsesforløbet

- stamafdelingen/enheden bør have ansvaret for koordineringen af det samlede uddannelsesforløb, og stamafdelingen skal udpege en vejleder, der skal fungere som mentor for den uddannelsessøgende gennem hele hoveduddannelsen og være ansvarlig for, at der udarbejdes et uddannelsesprogram og en uddannelsesplan for det samlede uddannelsesforløb

- den udpegede praksistutor fungerer som mentor for den uddannelsessøgende

- det anbefales, at der udpeges to vejledere for den uddannelsessøgende og at det vil være hensigtsmæssigt, hvis den ene er vedkommendes mentor, subsidiært en af denne "håndplukket" læge, der har den fornødne indsigt i det aktuelle forskningsprojekt, og den anden afdelingens/enhedens forskningsansvarlige overlæge (forskningstræning)

En mentor er således oftest den uddannelsessøgendes vejleder, som er en gennemgående vejleder/mentor i hele hoveduddannelsesforløbet og vedkommende ses gerne som vejleder i forskningstræningselementet. Derudover foreligger ingen beskrivelse af, hvad en mentor er eller hvilke funktioner mentoren i øvrigt skal varetage.

Status. Mentorordningen er ikke beskrevet i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelser eller vejledninger vedrørende den lægelige videreuddannelse. Mentor begrebet benyttes i mange sammenhænge og ved mentor forstås almindeligvis en person som gennem rådgivning, sparring, vejledning, coaching og feedback deler ud af sin erfaring og sine kompetencer for at støtte mentees udvikling.

Kun ganske få uddannelsesgivende læger finder, at der er behov for at indføre mentorrollen som en officiel funktion (jf. Bilag I, nr. 11). I enqueten 2011 spørges læger i første halvdel hoveduddannelsen om de på det første ansættelsessted i hoveduddannelsesforløbet fik udpeget en mentor - ca. 42 % svarer ja, 31 % nej og ca. 14 % svarer "nej, men ville gerne have haft" og 2 % i praksis og 9 % i hospitalssektoren svarer "nej, og havde heller ikke behøvet det". Det kan ikke udelukkes, at der er en sammenblanding af betegnelsen mentor med begrebet "vejleder".

Der er tilsyneladende en uoverensstemmelse i vurdering af mentorordningens omfang og såvel blandt uddannelsesgivere som -tagere er der forvirring om mentorbegrebet.

Perspektivering. Der er ikke behov for at indføre en formel mentor, hvorfor mentorbegrebet i relation til den lægelige videreuddannelse anbefales at udgå. Det er dog essentielt, at UAO/hovedvejledere og tutorlæger er opmærksomme på, at den yngre læge kan have behov for rådgivning, sparring, vejledning, coaching og feedback fra andre speciallæger end de(n) formelle vejleder(e) (UAO/hovedvejledere og tutorlæger), og at disse kan være tilknyttet andre afdelinger eller specialer ligesom de vil kunne være ikke-læger.

17.7 Uddannelse og arbejdstilrettelæggelse

Speciallægekommissionen kom med en række anbefalinger vedrørende uddannelse og arbejdstilrettelæggelse, som havde til intention at sikre, at der ved tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde på afdelingsniveau blev taget hensyn til uddannelse samtidigt med andre driftsmæssige hensyn.

Alle de emner som speciallægekommissionen adresserede vedr. uddannelse og arbejdstilrettelæggelse er fortsat relevante for den kliniske uddannelse, og de behandles derfor i dette afsnit.

17.7.1 Det budgetmæssige grundlag

Speciallægekommissionen anbefalede**,** at uddannelsen skulle sikres et budgetmæssigt grundlag på lige fod med de øvrige dele af driften. Der skulle opstilles veldefinerede uddannelsesmål for den enkelte afdeling, og det skulle fremgå af afdelingens budget, hvilke ressourcer, der er afsat med henblik på at nå de aftalte mål. Formålet var at undgå en kortsigtet konflikt mellem uddannelse og driftsmæssige hensyn i.f.m. patientbehandling, og at tilkendegive at "kompetencetilvæksten", d.v.s. effekten af den uddannelse, der foregår på det pågældende hospital/afdeling burde indgå i hospitalernes/afdelingernes produktivitetsmål. Speciallægekommissionen anbefalede en model, hvor hensigten var, at uddannelsen skulle opfattes som en positiv del af produktionen på hospitalerne.

Status. Der er ikke blevet indført en synliggørelse af det budgetmæssige grundlag for uddannelsen i afdelingernes/hospitalernes budgetter. En generel opfattelse blandt læger er derfor, at den iboende konflikt mellem uddannelsen og den øvrige produktivitet fortsat er gældende og pågår blandt andet set i lyset af de pågående omstruktureringer og rationaliseringer i sundhedsvæsenet, og som konsekvens heraf, at der er en risiko for en nedprioritering af den lægelige uddannelse.

En arbejdsgruppe i regi af Region Syddanmark (RS-arbejdsgruppen) kom i 2008 med forslag til en model for budgettering af omkostninger ved gennemførelse af klinisk videreuddannelse ved Region Syddanmarks kliniske afdelinger[81]. Endvidere skulle modellerne forholde sig til samspillet mellem uddannelse, patientbehandling og andre driftselementer i et aktivitetsafregnet økonomisystem.

RS-arbejdsgruppen beskrev en model, som tager udgangspunkt i manglende (patient-)produktion og DRG-finansiering. RS-arbejdsgruppen fandt, at det ikke var muligt at beregne relevante aktivitetsmålinger for, hvor meget aktivitet (DRG-værdi) en enkelt fagperson leverer – og derved heller ikke muligt at beregne tabet af arbejdsværdi for den enkelte fagperson ved uddannelsesaktiviteter. Dette skyldes, at der fastsættes en DRG-værdi for behandlingen af patienten, og da behandlingen involverer flere personer og faggrupper, er det ikke muligt at opgøre hvor stor en andel den enkelte fagperson bidrager med.

I en dansk Ph.d.-afhandling[82] fra 2010 er der foretaget en aktivitetsvurdering af den uddannelsesindsats som speciallæger yder på sygehusene indenfor den lægelige videreuddannelse bl.a. ved at belyse følgende fire områder:

- hospitalsafdelingernes human ressources
- speciallægernes daglige uddannelsesindsats
- afdelingernes prioritering af uddannelsesmål
- afdelingernes uddannelsesmiljø

De fire områder dækkes af 12 målbare indikatorer som synliggør uddannelsesindsatsen på hospitaler. Et eksempel på en indikator er måling af speciallægers og yngre lægers fælles deltagelse i konferencer og uddannelsessessioner, hvilket stemmer overens med kommissionens anbefalinger om at opnå krydspunkter mellem kliniske funktioner og uddannelsen (se afsnit 17.7.4). Resultaterne viser, at her ti år efter Speciallægekommissionens betænkning bekræfter yngre læger, speciallæger og lægelige ledere fortsat relevansen af kommissionens anbefalinger.

Perspektivering: En aktivitetsvurdering og budgetmæssig synliggørelse af den lægelige uddannelse vurderes fortsat at være aktuel, idet dette vil kunne medvirke til at uddannelsen vil kunne indgå positivt i hospitalernes/afdelingernes produktivitetsmål med inddragelse af kompetencetilvæksten – som både er effekten af den uddannelse, der foregår på det pågældende hospital/afdeling men også inkluderer investeringen i oplæring af næste generation speciallæger. Da det har vist sig vanskeligt at lave økonomiske budgetmæssige beregninger anbefales, at andre løsningsmodeller overvejes, så uddannelsesindsatsen på anden måde synliggøres og derved "værdisættes" - f.eks. ved systematiske undersøgelser og brug af de omtalte 12 indikatorer.

17.7.2 Personaleressourcer

Speciallægekommissionen anbefalede, at der i den daglige klinik blev overvejet**,** at opdele stabene i teams, omfattende såvel uddannelsessøgende som uddannelsesgivende læger og andre personalegrupper med henblik på at sikre læring i det daglige kliniske arbejde. Endvidere blev foreslået, at den uddannelsessøgende sikredes mulighed for oplæring i de kliniske funktioner ved at der skete en begrænsning af de uddannelsessøgende lægers deltagelse i ikke-lægeligt arbejde, samt at der i fordelingen af arbejdet blev taget størst muligt hensyn til de uddannelsessøgende. Dette kunne indebære at en del arbejdsopgaver måtte overføres fra uddannelsessøgende læger til speciallæger for at tage de størst mulige uddannelsesmæssige hensyn.

Status. Da i alt 90 % af de uddannelsessøgende læger oplever, at de fungerer som en del af et lægeteam vurderes kommissionens anbefaling om opdeling af stabene i teams at være implementeret[v].

Blandt de yngre læger er der fortsat en opfattelse af, at der i den daglige klinik ikke tages tilstrækkeligt hensyn til videreuddannelse i arbejdstilrettelæggelsen. Det manglende fokus på uddannelse i forbindelse med patientbehandlingen skyldes blandt andet det hektiske arbejdsliv hos både uddannelsessøgende og speciallægerne, der bl.a. føler sig presset af speciallægemangel eller vakancer i almindelighed. Manglende supervision, sparring og vejledning fra en speciallæge er noget af det som ofte nævnes som problematisk i forbindelse med uddannelse i vagten. Når uddannelse i vagten fungerer optimalt, er det kendetegnende, at bagvagterne er tilgængelige og fleksible, ligesom at uddannelses- og læringspotentialer er tænkt ind i organiseringen af vagtlagene[83].

Siden kommissionens anbefalinger er der kommet øget fokus på arbejdstilrettelæggelse og allokering af ressourcer til uddannelse. Vejlederne/de uddannelsesgivende oplever, at uddannelsen i højere grad inddrages i de driftsmæssige forhold på sygehusene[84]. Der er dog fortsat behov for at styrke og sikre varetagelse af den formaliserede kliniske videreuddannelse samtidigt med at patientbehandling – både kvaliteten og andre driftsmæssige hensyn – tilgodeses.

17.7.3 Muligheder for uddannelse i afdelingen

Speciallægekommissionen anbefalede, at enhver klinisk situation betragtes som en potentiel uddannelsessituation, og at man bør tilgodese dette i forbindelse med placeringen af den uddannelsessøgende i afdelingens drift og ved tilrettelæggelsen af de daglige kliniske opgaver.

---

[v] Enqueten 2011, spm 9.1: I min nuværende ansættelse arbejder jeg som en del af et lægeteam?

Status. Der er siden speciallægekommissionen kommet et større fokus på uddannelsen i det daglige arbejde, således opleves der i lidt højere grad end før reformen sammenhæng imellem arbejde og mål for uddannelsen, samt overensstemmelse mellem kompetencer og udfordringer[84]. Der er dog både muligheder og behov for forbedringer, blandt andet i forhold til at sikre den direkte feedback og supervision i det kliniske arbejde – dette gælder særligt for at sikre vagtarbejdets uddannelsesmæssige værdi[83,] da 80 % af de uddannelsessøgende læger angiver, at de deltager i vagtarbejdet og hovedparten heraf finder, at vagtarbejdet i høj eller meget høj grad indgår som en del af videreuddannelsen[vi].

Det er hovedvejledernes opfattelse, at det går godt, i forhold til at udnytte de muligheder, der er for at uddanne yngre læger i dagligdagen. De uddannelsessøgende læger finder dette i mindre udtalt grad. I almen praksis udnyttes uddannelsesmulighederne i det daglige i højere grad end man formår på hospitalerne jf. svarprocenterne fra enqueten 2011 i Tabel 33.

Slettet: Tabel 33

Tabel 33. Uddannelsesmuligheder i afdelingen/almen praksis

	Slet ikke/i ringe grad		I nogen grad		I høj grad/i meget høj grad	
Ansættelse	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**	**AP**	**Hosp**
Spm. 7.17: I hvilken grad udnyttes de muligheder, der er for at uddanne yngre læger i din nuværende ansættelse?	3 %	7 %	12 %	35 %	84 %	57 %
Spm. 7.19: I hvilken grad sikrer den uddannelsesansvarlige overlæge/tutoren prioriteringen af yngre lægers uddannelse i din nuværende ansættelse?	1 %	6 %	9 %	31 %	91 %	64 %

Kilde: Enqueten 2011. Spm 7.17 og 7.19 er besvaret af speciallæger med funktion som vejleder (N=2165)

De fleste hovedvejledere/tutorer finder, at den uddannelsesansvarlige overlæge/tutoren er med til at sikre prioriteringen af uddannelsen i afdelingerne/praksis. I almen praksis angives det i højere grad end på afdelingerne. Derimod finder ¼ af de uddannelsessøgende, at den uddannelsesansvarlige overlæge ikke er med til at prioritere uddannelsen i afdelingerne. Denne tendens er mest udtalt hos KBU-lægerne på hospitalerne og "bedres" senere i uddannelsesforløbet[vii].
Næsten halvdelen af de uddannelsessøgende læger angiver, at de i høj eller meget høj grad i deres ansættelse har lærings- eller udviklingsmuligheder udover de kom-

[vi] Enqueten 2011, spm 9.6: Deltager du i vagtarbejde? Spm 9.7: I hvilken grad indgår varetagelsen af vagten som en del af videreuddannelsen i din nuværende stilling?
[vii] Enqueten 2011, spm 9.5: I hvilken grad sætter den uddannelsesansvarlige overlæge/tutoren yngre lægers uddannelse på afdelingens dagsorden?

petencer, som skal opnås ifølge målbeskrivelsen. Denne tendens ser ud til at øges, jo længere man er i sit videreuddannelsesforløb[viii].

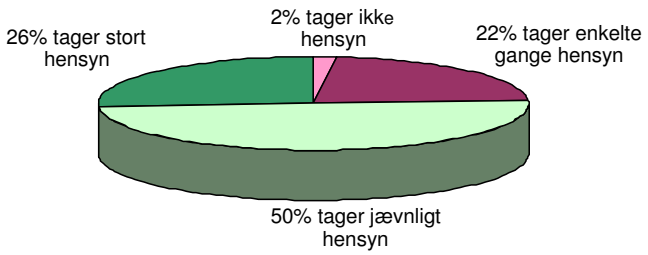
Læringsmiljøet på uddannelsesafdelingerne vurderes da også generelt set til at være befordrende for uddannelsen af de yngre læger[85]. Dog findes arbejdsmængden i vagten ofte at være så omfangsrig, at det kan gå ud over videreuddannelsen[86], hvilket formentlig er en medvirkende årsag til, at uddannelsesværdien vurderes til at være højere i dagarbejdet end i vagtarbejdet[87].

17.7.4 Uddannelsens del af det kliniske arbejde

Speciallægekommissionen fandt det væsentligt at øge fokus på, at den eksisterende arbejdstid for uddannelsessøgende læger tilrettelægges og udnyttes uddannelsesmæssigt optimalt, blandt andet med henblik på at sikre den uddannelsessøgende mulighed for at følge patientforløb. Speciallægekommissionen anbefalede, at arbejdstilrettelæggelsen og arbejdsdelingen sigtede mod, at relevante krydspunkter mellem de kliniske opgaver/funktioner og uddannelse opnås så hyppigt som muligt.

Status: Der findes begrænsede konkrete eksempler på, hvorledes der siden speciallægekommissionens anbefalinger er kommet mere fokus på, at lægers arbejdstid tilrettelægges og udnyttes uddannelsesmæssigt optimalt, f.eks. i 3-timersrapporterne[83]. Til gengæld er der ifølge inspektorrapporterne fra 2006-2010 en klar tendens til, at der i større omfang end tidligere tages hensyn til uddannelsen i forbindelse med arbejdstilrettelæggelsen på langt de fleste afdelinger.

Spm. Tages der hensyn til videreuddannelsen af læger ved arbejdstilrettelæggelsen?



Figur 5. Score for tema: Arbejdstilrettelæggelsen i inspektorrapporterne 2006-2010.
Kilde: Inspektorrapporter, Sundhedsstyrelsen.

Ud fra inspektorernes vurderinger ved inspektorbesøg i perioden 2006-2010 tager 76 % af afdelinger meget eller jævnligt hensyn til den lægelige videreuddannelse ved arbejdstilrettelæggelsen, og der er set en fremgang til og med 2009. Hos de af-

[viii] Enqueten 2011, spm. 9.3: Jeg har lærings/udviklingsmuligheder i min nuværende ansættelse udover de kompetencer som skal opnås ifølge målbeskrivelsen?

delinger, der har haft inspektorbesøg i 2010 fik færre afdelinger en tilfredsstillende scoring i forhold til de foregående år (Tabel 34).

Tabel 34 Årlig score af tema: Arbejdstilrettelæggelsen i inspektorrapporterne

	Tager ikke hensyn	Tager enkelte gange hensyn	Tager jævnligt hensyn	Tager stort hensyn
2006-2007	1 %	25 %	48 %	26 %
2008	4 %	13 %	59 %	24 %
2009	0 %	17 %	60 %	23 %
2010	4 %	30 %	34 %	32 %

Kilde: Inspektorrapporter, Sundhedsstyrelsen.

Arbejdstilrettelæggelsen er også et af de områder, som er i fokus i inspektorrapporternes prosadel, idet dette nævnes som indsatsområde både når der scores godt og skidt[88].

Resultaterne fra inspektorrapporterne stemmer overens med svarene i enqueten 2011. Ca. 50 % af hovedvejledere på hospitalerne finder, at der i høj eller meget høj grad tages hensyn til uddannelsen i arbejdstilrettelæggelsen, hvorimod de uddannelsessøgende finder dette i mindre grad. Tutorerne i almen praksis angiver dette i noget højere grad end på hospitalerne.[ix]

Godt 1/5 af alle adspurgte læger finder, at der i arbejdstilrettelæggelsen i afdelingen/praksis slet ikke eller i ringe grad tages hensyn til uddannelsen af yngre læger. For KBU-læger på hospitalerne stiger antallet til 1/3[x].

Ifølge de postgraduate lektorer er det i stigende grad en kompleks opgave at tilrettelægge arbejdet i afdelingen, så uddannelse og patientbehandling optimeres bedst muligt. Det angives, at et planlægningsredskab (evt. elektronisk), der kan matche vejledere, uddannelsessøgende og opgaver vil kunne understøtte dette[58].

Perspektivering. De gode intentioner i forhold til at sikre de yngre læger en god videreuddannelse er til stede, men der er fortsat i flere afdelinger behov for at optimere og sikre, at afdelingens uddannelsesforpligtigelser indgår som en integreret del af afdelingens øvrige opgaver. Patientbehandlingen er hospitalernes kerneydelse, og videreuddannelsen skal gerne være en naturlig integreret del af de samlede opgaver.

Produktionskravet på hospitalerne igennem årene kan være en barriere for at sikre gode uddannelsesforhold på en afdeling; men kan også betyde at arbejdsfunktioner og arbejdsgange revurderes og optimeres. I den proces er det vigtigt at der også bliver fokuseret på videreuddannelsen af læger og allokeret tid til varetagelsen af denne opgave.

Det fremtidige sundhedsvæsen kvalitet er blandt mange faktorer også afhængig af speciallægernes faglige niveau. Det er derfor fortsat relevant at sikre, at der afsættes den nødvendige tid til oplæring af de kliniske funktioner, som de kommende

[ix] Enqueten 2011, spm. 7.15: I hvilken grad tages der i arbejdstilrettelæggelsen i afdelingen/praksis hensyn til uddannelsen af yngre læger?
[x] Enqueten 2011; spm. 9.10: I hvilken grad tages der i arbejdstilrettelæggelsen i afdelingen/praksis hensyn til uddannelsen af yngre læger?

speciallæger skal mestre samt at det kliniske arbejde på afdelingsniveau generelt tilrettelægges således, at videreuddannelsen tilgodeses. Læring i speciallægeuddannelsen og det at praktisere medicin er så sammenflettede, at det fælles mål om at sikre høj kvalitet i patientbehandlingen kan tilgodeses og muliggør, at den daglige behandling af patienter bidrager til kontinuerlig udvikling af lægelig ekspertise og kompetencer.

Det bør fortsat overvejes, at nedsætte arbejdspresset på de uddannelsessøgende læger i den daglige klinik ved at begrænse uddannelsessøgende lægers varetagelse af arbejde, uden uddannelsesudbytte. Disse opgaver bør om muligt som foreslået af speciallægekommissionen flyttes over til andre relevante personalegrupper. En nødvendig forudsætning for en sådan flytning af arbejdsopgaver er opbakning fra afdelingsledelsen, - som skal kunne se muligheder ved at ændre på fordelingen af disse opgaver[83].

Der er samtidig også behov for, at bibeholde speciallægekommissionens fokus i forhold til at sikre, at den uddannelsessøgende læge bliver placeret korrekt i det kliniske arbejde i forhold til kompetenceniveau og ønsket uddannelsesudbytte af arbejdet.

Der er fremadrettet ikke mindst set i lyset af de pågående omstruktureringer i sundhedsvæsenet, nødvendigt at øget fokus på vagtarbejdet og sikre den uddannelsesmæssige værdi. Vagtarbejdet har et stort læringspotentiale; men hvis der ikke foreligger mulighed for at få tilstrækkelig supervision i vagten, skaber det frustration og utryghed professionelt og personligt, hvilket vil kunne gå ud over den pågældendes arbejdsindsats.

Det anbefales, at:

- den lægelige videreuddannelse i den kliniske enhed og i den kliniske hverdag sker ved at få den lægelige videreuddannelse integreret i arbejdstilrettelæggelsen, og at der ved fordelingen af det lægelige arbejde tages de størst mulige uddannelsesmæssige hensyn. Herunder, at der ses på om kompleksiteten ved arbejdsplanlægningen kan afhjælpes f.eks. ved at benytte et elektronisk planlægningsredskab.

- der bør være mere fokus på at sikre relevant forventningsafstemning mellem den uddannelsessøgende og den uddannelsesgivende afdeling. Den uddannelsessøgende bør medinddrages og få eget ansvar i forhold til egen (og andres) videreuddannelse, da uddannelse forudsætter et dynamisk samspil mellem uddannelsessøgende og uddannelsesgivende.

- hospitals-/afdelingsledelserne overvejer indførelsen af arbejdsprocedurer og arbejdsgange, der letter vidensudveksling mellem uddannelsessøgende og uddannelsesgivende læger, og identificere tilbagevendende organisatoriske problemer, der er hindrende for den lægelige videreuddannelse med henblik på at forbedre arbejdstilrettelæggelsen og herved frigøre tid til læring.

17.7.5 Muligheder/tid til vejledning

Speciallægekommissionen anbefalede**,** at det kliniske arbejde bliver tilrettelagt således, at der skabes muligheder for og tid til vejledning og supervision. Kommissionen fandt, at eventuelle problemer oftest var tilskrevet manglende tid til supervision, utilstrækkeligt engagement og beskedne eller ikke eksisterende pædagogiske

forudsætninger. Man præciserede, at vejlederen og den uddannelsessøgende har gensidig forpligtigelse til at søge hinanden, idet begge har et ansvar for at sikre løbende justering og progression i uddannelsen i takt med den uddannelsessøgendes kompetenceudvikling.

Status Der ses blandt yngre læger nogle problemer med at opnå supervision i klinikken. Dette udmønter sig i forslag om, at hovedvejledere skal være ansat på fuld tid i klinisk arbejde, og at man bør overveje at indføre fast tidspunkt/ugedag til vejledersamtaler med henblik på at sikre tid til vejledning[83].

I forbindelse med vejledersamtaler angives generelt set ingen markante forandringer i hyppigheden af strukturerede tilbagemeldinger frem til 2007, hvilket kan skyldes en manglende evalueringskultur[84]. Selve udførslen af vejlederfunktionen vurderes til over middel i perioden 1999-2011[87]

Aktuelt oplever ca. halvdelen af hovedvejledere på hospitalerne, at de ikke kan finde mulighed for at afholde de formelle vejledersamtaler i arbejdstiden. Dette gør sig kun gældende hos under 10 % af tutorerne i almen praksis. Samtidigt angiver kun halvdelen af de uddannelsessøgende læger på hospitalerne, at de formelle vejledersamtaler gennemføres som planlagt. Ca. 2/3 af de uddannelsessøgende i almen praksis oplever, at de formelle vejledersamtaler gennemføres som planlagt.

De formelle vejledersamtaler angives at finde sted svingende fra månedlige møder til møder med interval på 3-6 måneder - 8 % angiver, at vejledersamtaler foregår sjældnere end hver 6. måned og 5 % angiver aldrig at have haft samtale med deres hovedvejleder[xi].

I alt 42 % af de UAO angiver, at der slet ikke eller i ringe grad er afsat tid til de formelle vejledersamtaler i arbejdstilrettelæggelsen (Tabel 35).

Slettet: Tabel 35

Tabel 35. Hensyntagen til afholdelsen af formelle vejledersamtaler

	Slet ikke/ i ringe grad	I nogen grad	I høj grad/ i meget høj grad
”I hvilken grad er der i arbejdstilrettelæggelsen taget hensyn til de formelle vejledersamtaler?” (UAO, N=255)	42 %	29,4 %	29 %
”I hvilken grad er der på afdelingen/praksis mulighed for at afholde de formelle vejledersamtaler i arbejdstiden?” (HV+ tutorlæger, N=2165)	Hosp: 15 % AP: 1 %	Hosp: 40 % AP: 7 %	Hosp: 54 % AP: 92 %

Kilde: Spørgeskema til UAO 2011, samt Enqueten 2011, spm. 7.14

Perspektivering. Der er fortsat behov for at sætte fokus på, at det daglige arbejde skal tilrettelægges således, at der er mulighed for at skabe både tid og rum til at uddannelsessøgende og vejleder mødes både til opsamlende formelle møder, men også i form af krydspunkter til supervision i det daglige kliniske arbejde.

[xi] Enqueten 2011, spm. 7.4: Hvor ofte har du vejledersamtaler med din hovedvejleder?,7.6: Gennemføres vejledersamtalerne som planlagt, 7.14: I hvilken grad er der på afdelingen/praksis mulighed for at afholde de formelle vejledersamtaler i arbejdstiden?

Det er ligeledes fortsat nødvendigt, hvilket også blev påpeget af speciallægekommissionen, at præcisere vigtigheden af den gensidige forpligtigelse og det fælles ansvar, der ligger i at sørge for, at der sker en løbende justering af uddannelsen, som sikrer progression i den enkelte uddannelsessøgendes videreuddannelse. Et redskab til at sikre dette er blandt andet brugen af uddannelsesplaner, samt fokus på at den uddannelsessøgende arbejdsopgaver følger den stigende kompetenceudvikling.

Speciallægekommissionens ønske om en "holdningsændring" fordrer også i fremtiden et stort arbejde med at sikre en fortsat forståelse og accept af sygehusenes uddannelsesforpligtigelse for at sikre kvalitet i fremtidens patientbehandling.

Videreuddannelsen af speciallæger er en del af det danske hospitalsvæsens driftsfunktion og deltagelse i patientbehandlingen er samtidig en forudsætning for uddannelsen af speciallæger. Ved fortsat at have fokus på at sikre optimale uddannelsesmæssige forhold i speciallægeuddannelsen på de kliniske enheder, sikres på kort sigt således både sygehusdriften samt god og effektiv patientbehandling (patientsikkerhed), og på langt sigt sikres et fremtidigt sygehusvæsen, ved at der bliver uddannet speciallæger med kvalifikationer som modsvarer behovet i samfundet.

18 Kompetencevurdering i speciallægeuddannelsen

Speciallægekommissionen fandt overordnet**,** at målet for specialistuddannelsen var evnen til at mestre en flerhed af roller. Disse roller blev, som beskrevet i kapitel 10, defineret ud fra CanMed's paradigme. Kommissionen lagde herunder vægt på, at erhvervelsen af specifikke kompetencer indenfor disse roller ikke kunne sikres eller påvises ved gennemførelse af en afsluttende test eller eksamen, men at erhvervelsen skulle sikres ved en løbende formativ kompetencevurdering og en afsluttende kompetencevurdering med henblik på at afgøre om målet var opnået.

Kommissionen anbefalede, at der fremover skulle foretages en systematisk måling af kompetenceudviklingen hos uddannelsessøgende læger og at denne skulle have karakter af en fortløbende formativ kompetencevurdering.

Ligeledes fandt kommissionen, at de enkelte beskrevne mål først blev godkendt og attesteret i en logbog, når en summativ kompetencevurdering kunne påvise, at målet var nået. Denne summative vurdering af de enkelte mål skulle ligeledes ske løbende, ikke ved en afsluttende specialisteksamen, og således sikre en dokumenteret, progressiv læring gennem videreuddannelsen.

Kommissionen var opmærksom på, at specialisteksaminer var almindelige i mange europæiske lande, især i Syd- og Østeuropa hvor videreuddannelsen var knyttet til universiteterne og også i England og USA. Kommissionen valgte at følge den linje der anbefaledes af EU-kommissionens Advisory Commitëe for Medical Training (ACMT) som anbefalede, at kompetencevurderingen foregik løbende på baggrund af en struktureret plan. Kommissionen mente, at en speciallæges kompetencer ikke kunne vurderes ved en afsluttende eksamen og anbefalede ikke specialisteksamen i den danske lægelige videreuddannelse.

Kommissionen fandt, at kompetencevurdering var et styrende element i speciallægeuddannelsen, og at den skulle forankres i uddannelsen gennem fastlæggelse af konkrete, entydige mål for uddannelse i alle specialer og sikring af målopfyldelse ved konsekvenshavende kompetencevurdering. Herefter kunne kommissionen konkludere:

- at kompetencevurderingen baseres på målbeskrivelser specifikke for hvert speciale, hvor kompetenceudviklingen frem til speciallægeniveau beskrives detaljeret med specifikke mål for de enkelte faser i uddannelsen og at målbeskrivelserne for hvert kompetenceelement skal anføre den anbefalede metode til kompetencevurdering
- at der skal stilles pædagogisk assistance til rådighed for de videnskabelige selskaber i opbygnings- og justeringsfasen af målbeskrivelserne
- at målbeskrivelserne opbygges som minimumsbeskrivelser, og at anerkendelse som specialist foregår på baggrund af godkendte, gennemførte uddannelsesprogrammer og dokumentation for opnået kompetence
- at samtalesystemet og vejlederfunktionen bibeholdes og videreudvikles med henblik på fortløbende kontrol af kompetenceudviklingen.

Speciallægekommissionen forholdt sig også til hvilke metoder, der kunne være relevante for konkrete mål i de 7 roller. Kommissionens forslag til valgbare metoder fremgår af Bilag I, nr. 12.

Et fælles træk ved de anbefalede metoder, der kunne bringes i anvendelse i forbindelse med det kliniske arbejde var, at metoderne var strukturerede, dvs., at vejleder i forbindelse med kompetencevurderingen forud havde gjort sig klart, hvad observationen handlede om, og hvad kriteriet for accept var.

Status. Speciallægekommissionens krav om detaljerede målbeskrivelser for specialerne, med minimumskompetencer beskrevet særskilt for introduktionsuddannelse og hoveduddannelse, er gennemført for alle specialer.

Målbeskrivelserne blev udfærdiget efter en skabelon udarbejdet af udvalget vedrørende målbeskrivelser og logbøger under Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. I udviklingsfasen gennemførtes flere seminarer for de videnskabelige selskaber. Disse målbeskrivelser er siden etableringen i 2004 løbende revideret. På nær 2 specialer foreligger der nye versioner af målbeskrivelserne inden for perioden 2007-10.

Enqueten 2011 viste, at kendskabet til målbeskrivelserne for KBU, introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb er udbredt, og 96 % af de uddannelsessøgende læger svarede at de i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad havde kendskab til målbeskrivelsen for deres aktuelle forløb, heraf 72 % i høj eller meget høj grad.

Selskaberne har i store træk valgt metoder til kompetencevurdering af de enkelte kompetencer i målbeskrivelserne ud fra de anbefalede metoder. Metoderne til kompetencevurdering er dog videreudviklede i mange specialer på baggrund af den betydelige øgning af tilgængelig, evidensbaseret medicinsk-pædagogisk viden. Denne positive udvikling skyldes et dynamisk samspil mellem PKL og selskabernes uddannelsesudvalg og styrket af, at flere af de inddragede personer har gennemført en regelret medicinsk-pædagogisk uddannelse og indgår i forskningsprojekter.

Særligt i de opererende eller teknisk orienterede specialer er observation af de uddannelsessøgende gennemført struktureret i forbindelse med moderne mesterlære, ofte med anvendelse af tjeklister eller registreringsskemaer. Som eksempel på dette er de kirurgiske specialers anvendelse af Reznick's skema[89]. Se Bilag I, nr. 13.

De fleste specialer har som mest anvendt metode for vidensmål angivet struktureret vejledersamtale eller tilsvarende metode. For praktiske færdigheder struktureret kollegial bedømmelse og for holdningsmål 360-graders feedback. Prioriteringen af kompetencevurderingsmetoder fremgår af Tabel 36. Specialerne er grupperede svarende til Sundhedsstyrelsens offentliggjorte bevægelsesregister (BVR).

Tabel 36. Mest anvendte metoder i specialernes målbeskrivelser til vurdering af kompetencetyper, grupperet i mål indenfor viden, færdigheder og holdninger

	Viden	Færdigheder	Holdning (adfærd)
Almen medicin	Samlet vurdering	Samlet vurdering	Refleksion over egen praksis
	Vejledersamtale	Vejledersamtale	Vejledersamtale
			Struktureret kollegial bedømmelse
			Portefølje/logbogsoptegnelser
Kirurgiske specialer	Case-baseret diskussion	Struktureret obs. i klinikken (Vurd. af operativ teknik /direkte obs. af tekniske færdigheder)	360 graders feedback
	Audit af journaler		Case-baseret diskussion
	Godkendt kursus		Audit af journaler
Intern medicinske specialer	Struktureret interview	Struktureret observation i klinikken	360 graders feedback
	Godkendt kursus Bedømmelse af (refleksiv) opgave Audit af journaler		
Tværgående specialer**	Struktureret vejledersamtale	Struktureret observation i klinikken / laboratoriet	Tilbagemelding fra andre
	Godkendt kursus	Tjeklister	360 graders feedback
	MCQ / tests	Audit af arbejdspraksis	Tilbagemelding fra patienter * Vurdering af videooptagelse.*
Psykiatriske specialer	Vejledersamtale	Audit på xx journaler	360 graders feedback
	Godkendt kursus	Struktureret kollegial bedømmelse	Vejledersamtale
	Opgave (MEQ)		Patientvurdering
Øvrige specialer***	Struktureret vejledersamtale	Struktureret kollegial bedømmelse / struktureret bedømmelse i klinikken	Vejledersamtale
	Godkendt opgave Godkendt Kursus	Case-præsentation Audit (af journaler)	(360 graders feedback)

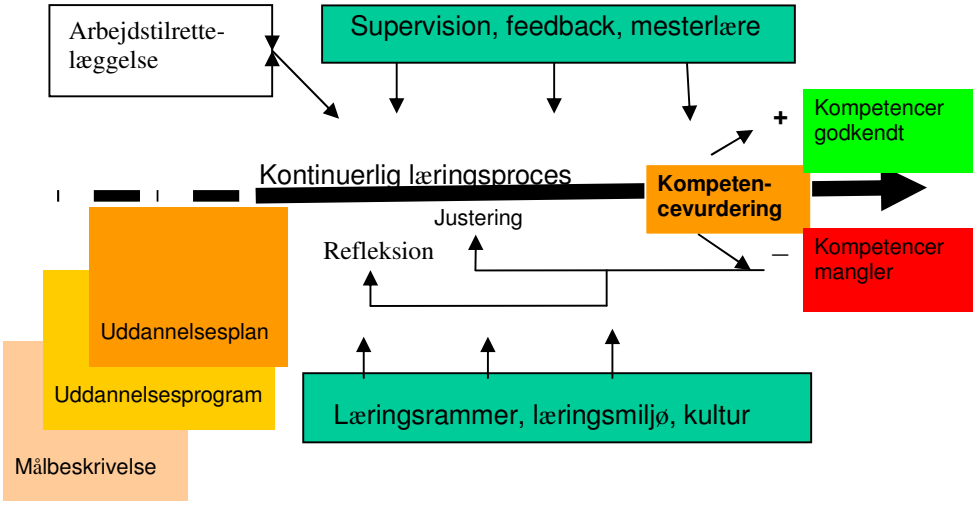
* Klinisk genetik
** Anæstesiologi, Patologisk anatomi og cytologi, Diagnostisk radiologi, Klinisk biokemi, Klinisk mikrobiologi, Klinisk farmakologi, Klinisk fysiologi og nuklearmedicin, Klinisk genetik, Klinisk immunologi
*** Neurologi, Klinisk onkologi, Pædiatri, Dermato-venerologi, Retsmedicin, Samfundsmedicin, Arbejdsmedicin
Kilde: Sundhedsstyrelsen 2011

Hvilken kompetencevurderingsmetode, specialerne anbefaler anvendt ved den endelige bedømmelse af om et mål er opnået (summativ bedømmelse), fremgår af skemaerne i specialernes målbeskrivelser, hvor der ud for hvert mål er angivet læringsmetode(r) og kompetencevurderingsmetode(r).

De valgte kompetencevurderingsmetoder har almindeligvist været metoder, der i det givne speciale er velkendte og velindarbejdede i de uddannelsesgivende afdelinger.

Det må anses for sandsynligt, at de mest anvendte metoder i ovennævnte tabel, trods samme ordlyd, anvendes på forskellig måde i de enkelte specialer, afhængig af det enkelte speciales egenart, kultur og afdelingsstørrelse.

Kompetencevurdering i arbejdssituationen er af største betydning for læringsprocessen og betragtes i dag af de fleste medicinsk-pædagogiske teoretikere for styrende af denne proces[90]. Den formative kompetencevurdering og negativ summativ kompetencevurdering medfører såvel single-loop (justering af indsats og læringsmetode) som double-loop læring (refleksion over baggrund for læringsbehov, attitude, rammer og adfærd) som illustreret i Figur 6.



Figur 6. Sammenhænge og interaktioner mellem rammer, miljø, teknologi, læreproces og kompetencevurdering i speciallægeuddannelsen

18.1 Kompetencevurdering i de uddannelsesgivende afdelinger

Målbeskrivelsernes og uddannelsesprogrammernes angivelse af kompetencevurderingsmetoder er ikke i sig selv en sikkerhed for, at disse anvendes konsekvent eller rigtigt i en uddannelsesafdelings travle hverdag. En række undersøgelser synes at vise, at indarbejdelsen af en konsekvent kompetencevurderingskultur har været

vanskelig og usikkerhed hos såvel vejledere og de uddannelsessøgende om metodernes indhold og praktiske gennemførelse, har været en af de væsentligste barrierer ved gennemførelse af speciallægereformen.

I delrapport 2 fra Danmarks Pædagogiske Universitets evaluering af speciallægereformen 2003 - 2007[91] konkluderedes det, at øget struktureret anvendelse af kompetencevurdering ikke kunne påvises efter reformen, men flere uddannelsessøgende angav øget udbytte af vejledersamtaler.

Før reformen oplevede 41 % af de yngre læger, at det var mere end en måned siden, at de havde oplevet en struktureret tilbagemelding, og 25 % havde aldrig oplevet en sådan. Efter reformen var situationen tilsyneladende lidt dårligere, idet 38 % af de yngre læger anførte, at det var mere end en måned siden, de havde fået en struktureret tilbagemelding og 29 % mente aldrig de havde fået det.

Med hensyn til de yngre lægers udbytte af evalueringssamtalerne kunne der påvises ændringer. Således mente 54 % af de yngre læger før reformen, at de havde "meget" eller "noget" udbytte af sidste evalueringssamtale. Denne andel var steget til 62 % efter reformen. En langt større del af vejlederne mente både før (87 %) og efter reformen (89 %), at der var "meget" eller "noget" udbytte af sidste evalueringssamtale.

Rapporten konkluderede, at det så ud til, at der ikke havde etableret sig den ønskede kompetencevurderingskultur på hospitalerne. Rapportens data er dog genereret kort tid efter reformens påbegyndelse.

I CEKU rapporten om kvalitet videreuddannelsen i Region Hovedstaden[92] blev såvel uddannelsesgivende læger som uddannelsessøgende læger spurgt om, hvilke kompetencevurderingsmetoder de anvendte, respektive blev vurderet med.

Ca. 2/3 af de adspurgte oplyste om anvendelse af kompetencevurderingsmetoder, der har deres ophav i tidligere uddannelsesordning og ofte ustruktureret. De bestod i formelle uddannelsessamtaler, gennemgang af operationslister, uformelle observationer af dagligt arbejde, uformelle tilbagemeldinger fra kolleger mv. I modsætning hertil kunne kun ca. 1/3 af de uddannelsesgivende og ca. 1/4 af de uddannelsessøgende oplyse om anvendelsen af strukturerede kompetencevurderingsmetoder med anvendelse af specifik observation, anvendelse af kompetencekort og andre hjælpeskemaer, journalaudits, 360-graders feedback mv.

Rapporten kunne konkludere, at kompetencevurderingen i overvejende grad relaterede sig til rollen som medicinsk ekspert, og at der var behov for mere struktureret kompetencevurdering frem for blot uformelle samtaler og tilbagemeldinger.

I inspektorordningens besøgsrapporter indgår "læring og kompetencevurdering som scoringstema. I 2010 var gennemsnit-scoringen for alle besøgte afdelinger (N=82) for dette tema 3,0 ("Gennemføres jævnligt for uddannelsessøgende læger"). Der foreligger ikke nogen tekstanalyse af kommentarerne i rapporterne for dette punkt, og kompetencevurderingens specifikke andel i scoringen er derfor usikker.

I enqueten 2011 blev de uddannelsessøgende læger spurgt om, hvorvidt kompetencer indenfor de 7 speciallægeroller vurderes ved den kompetencevurdering, der finder sted i afdelingen eller i almen praksis. 1/3 af respondenterne svarer, at denne vurdering kun finder sted i ringe grad eller slet ikke. 55 % svarede, at det var til-

fældet i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad og en ikke ringe mængde besvarelse angav ”ved ikke” (11 %).

Det er her påfaldende, at 45 % af de adspurgte svarer ”slet ikke”, ”i ringe grad” eller ”ved ikke”. Dette kunne tyde på, at selvom de 7 roller er vel indarbejdede i formelle uddannelsesrammer såsom programmer og planer og til dels i den daglige læringsproces, er de kun i en vis grad eksplicit inddragede i kompetencevurderingssituationen. Dette betyder ikke nødvendigvis at de ikke indgår, - en mulighed kan være, som nævnt under perspektivering - at begreberne i den daglige arbejdssituation og derfor også under kompetencevurderingen, er integrerede i arbejdsprocessen og derfor vurderes samlet og i sin helhed.

Størstedelen af de uddannelsessøgende læger angav, at de ikke deltog i kompetencevurderingen af yngre kolleger (70 %). I og med blot 16 % af de adspurgte er i KBU og 56 % af de adspurgte er i hoveduddannelsesforløb, er det overraskende, at uddannelsessøgende læger ikke i højere grad inddrages i kompetencevurderingen af yngre kolleger. En væsentlig forklaring kan skyldes andelen af uddannelsessøgende i almen medicin indgår i disse tal. Hvis almen medicin vurderes overfor et større hospitalsspeciale, f. eks kirurgi, findes andelen af uddannelsessøgende der kompetencevurderer kollegaer signifikant lavere end i et hospitalsspeciale som kirurgi.

18.1.1 Anvendte kompetencevurderingsmetoder

Tabel 37 viser, hvilke kompetencevurderingsmetoder der hyppigst anvendes. Tabellen viser, at de uddannelsessøgende i varieret omfang er inddraget i forskellige kompetencevurderingsmetoder, og at der som forventet er metoder, hvor de uddannelsessøgende sjældnere deltager i kompetencevurdering over for andre (vejledersamtaler, kursusgodkendelse). Besvarelsesandelen af de 2632 uddannelsessøgende er dog varierende fra 2145 (vejledersamtaler) til 701 (vurdering af skriftlige opgaver). Tabellen viser ligeledes, at uddannelsessøgende i en betydelig grad er inddraget i kollegial bedømmelse af andre og deltager i 360-graders feedback af kolleger.

Tabel 37. Uddannelsessøgendes angivelse af egen kompetencevurdering og bedømmelsen af andre

Kompetencevurderingsmetode	Selv vurderet med	Deltaget i /anvendt overfor andre
Struktureret observation / observation af operative færdigheder	90%	31%
Struktureret kollegial bedømmelse	83%	42%
Vejledersamtaler	95%	24%
Journalaudits / patientforløb	89%	27%
Kompetencekort	89%	27%
Skriftlige opgaver	87%	22%
360-graders feedback	81%	50%
Operationslister / procedurelister	93%	22%
Gennemgang af portefølje	94%	21%
Kursusgodkendelse	96%	14%

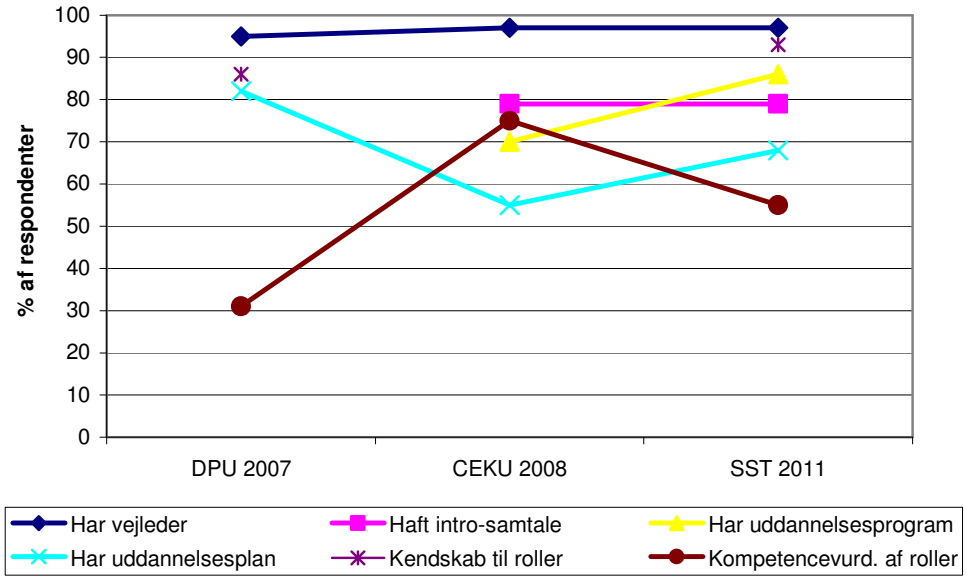
Kilde: Enqueten 2011 spm. 6.5 (N=2613)

Det er forståeligt, at kursusgodkendelse for den uddannelsessøgende scorer højt og at de uddannelsessøgende kun i beskeden grad er inddraget heri. Generelt synes der at være en næsten fuldstændig gennemførelse af vejledersamtaler og gennemgang af portefølje. Tallene dækker dog over betydelig usikkerhed, når svarene er sat i relation til responsraten og der desuden er flere svar fra samme responder.

Besvarelserne viser imidlertid, at princippet om, at uddannelsessøgende læger fungerer som vejledere for yngre kolleger på lavere uddannelsestrin, i væsentlig grad er implementeret i de uddannelsesgivende afdelinger og institutioner.

Visse udviklingstendenser er søgt skitseret i Figur 7 ud fra de foreliggende spørgeskemaundersøgelser fra 2007[91], 2009[92] og enqueten 2011. Resultatet viser tendenserne i udviklingen af positive udtalelser om væsentlige parametre i videreuddannelsen, men den grafiske fremstilling må tages med forbehold, idet de tre undersøgelser ikke er identiske, for så vidt angår demografiske data, geografi og præcis ordlyd af de anvendte spørgsmål. Samtidig vil også tidsforskellen medføre at væsentlige parametre med indflydelse på resultaterne må forventes at have undergået ændringer i tidsrummet.

Figuren antyder, at vejledersystemet, introduktion og programmer som hovedregel synes indarbejdet, men at uddannelsesplaner stadig synes at være implementeret i mindre omfang.



Figur 7. Procent positive angivelser fra uddannelsessøgende læger om centrale emner i videreuddannelsen

Perspektivering. Kompetencevurderingen af den uddannelsessøgende læge er og bør fortsat være en central proces i speciallægeuddannelsen, både som formativ, dialogbaseret proces i dagligt arbejde og som summativ, konsekvenshavende bedømmelse af om speciallægeuddannelsens mål nås. Kompetencevurderingen er i meget høj grad styrende for læring, hvorfor viden om denne, etablering af relevante metoder og indlejring af en proaktiv, positiv kompetencevurderingskultur i de uddannelsesgivende afdelinger og praksis, er en forudsætning for en velfungerende speciallægeuddannelse.

Det er Sundhedsstyrelsens og også arbejdsgruppens opfattelse, at der siden speciallægekommissionen ikke er fremkommet ny viden eller faglige begrundelser for at indføre specialisteksamen i Danmark.

Faglig og medicinsk pædagogisk indsigt er værdifuldt ved udarbejdelse og revision af målbeskrivelserne og når kompetencevurderings-metoder fastlægges. Det anbefales derfor at overveje deltagelse af de postgraduate kliniske lektorer sammen med specialernes uddannelsesudvalg for herved at bidrage til at kvalificere processen.

Det må ligeledes overvejes, om kompetencevurderingsmetoder bør styrkes som emne i kurset for uddannelsessøgende læger (vejledning) og i vejlederkurset for uddannelsesgivende læger, herunder kurset for uddannelsesansvarlige overlæger.

Endelig anbefales udarbejdelsen af en "værktøjskasse" jf. nedenfor, en vejledning eller lign. med en oversigt over metoder til kompetencevurdering eller dette bør indgå i fremtidige målbeskrivelser for speciallægeuddannelsen f.eks. i den generelle målbeskrivelse eller som særligt bilag, således, at der foreligger en systematisk oversigt over metoder til kompetencevurdering, der vil kunne benyttes af de videnskabelige selskaber i forbindelse med udarbejdelsen af den specialespecifikke del af målbeskrivelsen.

Gennemførsel af struktureret kompetencevurdering må overvejes som eget tema i inspektorordningen ved kommende revision af denne.

Der er behov for at fremme anvendelsen af strukturerede kompetencevurderingsmetoder som samtidig kan introduceres, gennemføres og indlejres i afdelingskulturen på den enkleste og mindst tidskrævende måde, hvilket også vil resultere i mindst mulig forandringsmodstand.

De kompetencemetoder der beskrives i en sådan "værktøjskasse" skal karakteriseres ved (disponering er inspireret af den britiske 'The Good Assesment Guide'[93]):

- definition og kort beskrivelse
- hvor kan metoden til kompetencevurdering anvendes
- fordele
- ulemper
- hvad findes om validitet, reliabilitet og gennemførlighed (evidens og litteratur)
- hvordan udføres kompetencevurderingen i daglig arbejdspraksis?

At beskrive, validere og tilpasse relevante kompetencevurderingsmetoder vil kræve en betydelig indsats af medicinsk-pædagogisk uddannede læger, men arbejdet anses for en nødvendig forudsætning for, at en optimering af læring og målopfyldelsesproces kan finde sted. Det anbefales at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på udarbejdelsen af en "Good Assessment Guide", hvor alle relevante metoder er beskrevet, ligesom der for hver metode indgår en beskrivelse af fordele og ulemper, form, indhold, validitet og reliabilitet samt praktisk gennemførelse

Eksempler på strukturerede kompetencevurderingsmetoder er Mini CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) (Bilag I, nr. 14) og OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills) (Bilag I, nr. 15).

En sådan detaljeret gennemgang eller analyse af relevante kompetencevurderingsmetoder bør foretages i regi af Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, ligesom emnet kunne tages op i arbejdsgrupper i private interessegrupper eller videnskabelige selskaber (f. eks. Lægeforeningen, LVS, DSMU).

19 Evaluering af uddannelsesstedet

Speciallægekommissionen skrev, at den nødvendige evaluering af uddannelsesstederne for speciallægeuddannelsen skulle baseres på:

- Den uddannelsessøgende læges evaluering af uddannelsesstedet, gennemført som beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse" fra januar 1998.

- Sundhedsstyrelsens Inspektorordning

19.1 Den uddannelsessøgendes slutevaluering af uddannelsesstedet – evaluer.dk

Speciallægekommissionen fandt, at den evaluering af den uddannelsesgivende afdeling, der var gennemført med Sundhedsstyrelsens "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse" fra 1998, var medvirkende til, at den uddannelsessøgende kunne komme med forslag til forbedringer af uddannelsesstedets uddannelsesindsats. Ved slutevalueringen foretager den uddannelsessøgende en bedømmelse af eget uddannelsesforløb, ligesom der foretages en bedømmelse af uddannelsesstedets evne til at løfte uddannelsesopgaven

Speciallægekommissionen anførte, at oplysningerne i slutevalueringsskemaerne anvendes som led i den løbende overvågning og justering af uddannelsesstedernes funktioner og uddannelsens kvalitet. Kommissionen uddybede ikke sin opfattelse af dette evalueringsværktøj, og fremsatte ikke nogen anbefalinger om denne evalueringsforms videre anvendelse. Baggrunden herfor var utvivlsomt, at ordningen blev implementeret netop ved starten af kommissionens arbejde, og at der derfor ikke forelå nogen præliminære resultater af denne evalueringsordnings indflydelse på de uddannelsesgivende afdelinger.

Status. Efter indførelsen af den nye speciallægeuddannelse har uddannelsessøgende læger evalueret uddannelsesstedet i det webbaserede evalueringssystem evaluer.dk, som drives af de 5 regioner. Spørgerammen stammer fra bilag D og E fra Sundhedsstyrelsens vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse fra 1998.

Spørgerammen omfatter i alt 24 spørgsmål inden for områderne introduktion, uddannelsesprogram, vejleder (praksistutor), arbejdstilrettelæggelse, øvrige forhold samt en samlet vurdering af ansættelsesstedets uddannelsesindsats og den uddannelsessøgendes udbytte af uddannelsen. Der har fra flere sider været rejst kritik af spørgsmålenes indhold samt af udformningen af spørgeskemaet. F.eks. kan man ikke beregne et gennemsnit, da spørgsmålene er på forskellig skala.

Uddannelsessøgende lægers evalueringer af uddannelsesstederne skal offentliggøres. Dette blev påbegyndt i 2009 i evaluer.dk Regionerne har udviklet systemet således, at de uddannelsessøgende automatisk tilmeldes systemet og kontaktes via e-mail og SMS på tidspunktet for ansættelsesophør, så en så høj respons-rate som muligt kan opnås. Nogle uddannelsessøgende læger finder det problematisk, at på trods af, at indberetningerne er anonyme; kan anonymiteten i praksis ikke altid opretholdes.

Evaluer.dk er et fuldt offentligt tilgængeligt system, hvor det er muligt at udvælge periode, lægers uddannelsesspeciale, stillingstype, eller ud fra foruddefinerede søgekriterier for regionale områder at vurdere evalueringsresultater for hospitaler, centre, afdelinger og afdelingsspeciale. Systemet er delvist interaktivt, idet hospitals- og afdelingsledelser har mulighed for at indsætte kommentarer til de offentliggjorte perioders evalueringsresultater, og kan kommentere egne uddannelses- og udviklingsplaner for den angivende periode.

Udover den offentlige adgang har uddannelsesansvarlige overlæger, postgraduate kliniske lektorer og praksiskoordinatorer adgang til dele af de bagvedliggende data i systemet ligesom videreuddannelsesregionerne har adgang på afdelings-/praksisniveau i egen region. De nævnte centrale aktører vil således have mulighed for at monitorere uddannelsen på afdelings-/praksisniveau og dermed medvirke til en kvalitetssikring af uddannelsesniveauet.

I enqueten 2011 blev både uddannelsessøgende og speciallæger udspurgt om, hvordan de uddannelsessøgende lægers formaliserede evaluering af uddannelsesstedet foregår. I alt 53 % angav, at evalueringen foregik elektronisk, dvs. via evaluer.dk. Yderligere 21 % angav, at der blev afgivet skriftlig erklæring, hvilket også indirekte kan være sket via evaluer.dk, 28 % svarede, at de afgav en mundtlig evaluering, hvilket formentlig har fundet sted ved afsluttende vejledersamtale og 32 % fandt ikke spørgsmålet relevant eller havde ingen viden om dette. Af evaluer.dk fremgår det, at ca. 80 % af alle læger evaluerer elektronisk i evaluer.dk.

Samlet set giver de uddannelsessøgende lægers evaluering af uddannelsesstedet kun i nogen grad årsag til drøftelse på afdelingen eller i praksis - 20 % svarede at evalueringerne slet ikke eller i ringe grad gav årsag til drøftelse og 25 % fandt spørgsmålet irrelevant eller havde ingen viden om dette.

Det er usikkert – eller i bedste fald uoplyst - om de uddannelsessøgende lægers evaluering af uddannelsesstedet har indflydelse på eller ændrer uddannelsesindsatsen. I alt 47 % mente slet ikke eller i ringe grad eller havde ingen viden om dette eller fandt det irrelevant. Undersøgelsen tillader ikke umiddelbart en analyse af om disse forhold udspiller sig i afdelinger, der evalueres positivt eller negativt, eller om disse drøftelser eller ændringer afspejler om evalueringerne er mundtlige eller sker gennem det elektroniske system.

Perspektivering. Evaluering af uddannelsesstedet omfatter væsentlige immaterielle forhold, herunder om vejledersamtaler gennemføres, gennemførelsen og kvaliteten af vejledning og supervision, arbejds- og uddannelsesmiljøet på afdelingen og uddannelsesstedets traditioner og kultur.

Evaluering af uddannelsesstedet omfatter ligeledes vurderingen af, om fysiske rammer og teknologi understøtter og faciliterer læringsprocesser og tillader den uddannelsessøgende at tage ansvar for, og udvikle egen læring. Samtidig skal de fysiske læringsrammer sikre den uddannelsessøgendes forankring i det professionelle miljø i afdelingen. Konkret skal der være rimelige kontorforhold og arbejdsplads og tilstedeværelse af IT- teknologi. Konference- og undervisningsrum bør have en størrelse og et udstyr der optimerer læringsudbytte. Tilstedeværelsen af teknologi omfatter ligeledes alle fysiske forhold, der inddrages i videreuddannelsen, herunder nedskrevne mål for læringen i form af målbeskrivelse, uddannelsesprogram og individuel uddannelsesplan samt skriftlig instruks for procedurer i afdelingen, planer over formaliseret undervisning og lignende.

Direkte evaluering af uddannelsesstedet af den uddannelsessøgende læge ved afslutningen af forløbet må anses for at være en meget væsentlig kilde til registrering af såvel positive som mindre optimale forhold i afdelingens uddannelse. Det er af stor betydning, at uddannelsessøgende læger fortsat afgiver en evaluering af uddannelsesstedet ved ansættelsens ophør.

Det vil også i fremtiden være relevant, at uddannelsessøgendes evaluering af ansættelsesstedet samles i en elektronisk database, med mulighed for efterfølgende analyse og løbende monitorering af uddannelseskvaliteten set fra brugerniveau og med henblik på at vurdere forskelle mellem specialer, afdelinger, hospitaler og regioner. Det bør undersøges, hvordan anonymitet bedst kan sikres, men i et fremtidsperspektiv vil det være naturligt i afdelingernes uddannelseskultur, at proaktiv og konstruktiv kritik modtages og anvendes i afdelingerne.

Spørgerammen skal revideres, så spørgsmålene modsvarer ovenstående krav til uddannelsesstedets rammer, uddannelsesfunktion, kultur og miljø, der må kræves af en tidssvarende uddannelsesafdeling. Endvidere bør spørgerammen være valideret. Samtænkning med de spørgsmål, der indgår i inspektorordningens selvevalueringsskema bør overvejes.

19.2 Inspektorordningen

Speciallægekommissionen beskrev i sin betænkning Inspektorordningen, som blev indført i 1997 som en frivillig ordning til facilitering af den lægelige videreuddannelse. I sin vurdering af ordningen som redskab til evaluering af uddannelsesstedet tog kommissionen afsæt i den første evaluering af ordningen som Danmarks Evalueringsinstitut gennemførte i 1999.

Speciallægekommissionen fandt, at Inspektorordningen skulle videreføres og udvides til deltagelse af alle uddannelsesgivende afdelinger. Samtidig fastslog kommissionen, at det var vigtigt, at ordningen fortsat kunne opfattes som et udviklingsværktøj, og ikke blev opfattet som en ensidig kontrolforanstaltning. Det blev i den forbindelse foreslået, at rapporterne kunne danne grundlag for en systematisk opfølgning og erfaringsudveksling inden for de enkelte specialer.

Kommissionen anbefalede, at ordningen blev gjort obligatorisk, og at der skete en systematisering af ordningen, herunder revision af manual og rapporterne. Ligeledes anbefalede kommissionen, at inspektorerne kvalificeredes ved gennemførelse af inspektorkursus. Kommissionen fandt, at inspektorordningens finansielle forhold sikredes, og at inspektorernes funktion blev afklaret og sikredes i deres daglige ansættelsesforhold. Med hensyn til inspektion i specialet almen medicin anbefalede kommissionen, at det arbejdsområde, der udføres af de almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU) gradvist udvikles til også at indbefatte en inspektorlignende funktion.

Status. Kommissionens anbefalinger er i overvejende grad opfyldt. Inspektorordningen blev gjort permanent og obligatorisk for alle uddannelsesafdelinger i hospitalsvæsenet fra 2001. Fra starten planlagdes besøg på alle afdelinger hvert 4. år, med mulighed for tidligere genbesøg, afhængig af påviste mangler og anbefalede indsatsområder.

Inspektorordningen blev etableret som Sundhedsstyrelsens mulighed for direkte evaluering af videreuddannelsen, og det har derfor været væsentligt, at ordningen

har bibeholdt sin sekretariatsfunktion i Styrelsen, som rekrutterer og uddanner inspektorer samt finansierer rejser og ophold i forbindelse med inspektorbesøg.

Ordningen har en følgegruppe med repræsentanter fra regionerne, de videnskabelige selskaber, Lægeforeningen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Der er etableret inspektorkurser for de læger som de videnskabelige selskaber indstiller til styrelsen som inspektorer. På baggrund af de opnåede erfaringer har Sundhedsstyrelsen udgivet vejledning for inspektorordningen og denne vejledning er revideret, senest i 2007.

I 2005 indførtes selvevaluering af afdelingerne forud for inspektorbesøgene og inspektorrapporterne revideredes på baggrund af løbende erfaringer og med ændring af temaerne så de i højere grad afspejlede de speciallægeroller, der var et gennemgående paradigme i speciallægekommissionens anbefalinger.

En fornyet evaluering af Inspektorordningen blev offentliggjort i 2007. Denne analyse inddrog inspektorrapporter fra marts 2005 og et år frem, i alt 98 besøg, hvoraf 70 indgik i undersøgelsen. Af disse 70 besøg var 40 genbesøg. Evalueringen konkluderede, at tematiseringen i inspektorbesøgene var en forbedring, og at struktureringen og afrapporteringen var systematiseret. Evalueringsrapporten lagde op til, at Sundhedsstyrelsen ville oprette og vedligeholde et ide-katalog, som inspiration til afdelingernes varetagelse af uddannelse i alle speciallægeroller.

Evalueringen fra 2007 konkluderede, at inspektorordningen var en værdifuld inspirationskilde for de uddannelsesgivende afdelinger. Det kunne påvises, at temaerne vedrørende uddannelse i speciallægerollerne, udover medicinsk ekspert, blev scoret lavt i mange tilfælde, og gennem kommentarerne konkluderedes, at årsagen bundede i en manglende klar definition af disse roller og disse rollers mål i videreuddannelsen. Ligeledes blev der foreslået en mindre justering af temaerne i selvevaluerings – og inspektorrapporterne og en tilføjelse af en SWOT analyse i selvevalueringen. Desuden anbefaledes, at rollernes definition klarificeredes i vejledningen for inspektorer og at inspektorerne trænedes i disse roller med henblik på at videregive inspiration til kompetencebedømmelse i disse.

Siden inspektorordningen blev obligatorisk, er der afholdt årsmøder for inspektorerne. En tilbagevendende del af disse årsmøders program har været, at det forløbne års inspektorbesøg er analyseret med henblik på at vurdere effekten af inspektorbesøgenes mere langsigtede effekt på kvaliteten af uddannelsen, belyst ved øget scoring i temaerne. Analyserne er dog besværliggjort af, at data ikke foreligger i elektronisk form i en til formålet oprettet database.

Siden 2009 har Inspektorordningen medinddraget juniorinspektorer ved mange inspektorbesøg. Disse juniorinspektorer er uddannelsessøgende læger, særligt interesserede i uddannelsesspørgsmål, der udpeges af de videnskabelige selskaber. Juniorinspektorerne gennemfører samme inspektorkursus som inspektorerne.

Ved de årlige inspektorårsmøder er der givet udtryk for, på baggrund af gennemgang af inspektorrapporternes konklusioner, foreslåede indsatsområder og ikke mindst beskrivelsen af de foretagne forbedringer, at de uddannelsesgivende afdelinger tager positivt imod inspektorbesøgene, er aktivt interesseret i at løfte uddannelsesområdet, og i langt de fleste tilfælde aktivt understøtter en øget kvalitet i uddannelsen. Det er ligeledes opfattelsen, at der er opmærksomhed fra centerledelsers og hospitalsledelsers side om at sikre gode vilkår for den lægelige videreuddannel-

se og vilje til at imødekomme væsentlige dele af de foreslåede indsatsområder, definerede ved inspektorbesøg og genbesøg.

I alt 62 % af de adspurgte læger i enqueten 2011havde ikke haft inspektorbesøg under deres seneste ansættelse, hvilket ikke er overraskende når uddannelsessøgende lægers kortvarige delansættelser tages i betragtning, ligesom det forhold at ordningen ikke er implementeret i almen medicin. Af de 27 % der havde haft inspektorbesøg, havde knap 2/3 deltaget i udfyldelse af selvevalueringen og halvdelen havde deltaget i interviewene ved besøget.

Inspektorrapporterne anvendes i betydelig grad af de uddannelsesgivende afdelinger. Af de 27 %, der havde haft besøg af inspektorerne, angav 73 %, at rapporten anvendtes af afdelingen i nogen grad, i høj grad eller i meget høj grad.

Perspektivering. Inspektorordningen er blevet et vel indarbejdet evalueringsinstrument og velegnet til kortlægning af problemfyldte områder inden for den lægelige videreuddannelse. Ved at fokusere på såvel struktur, processer og kultur dækker analyse- og indsatsområderne hele spektret af videreuddannelsen, og det forhold, at besøgene varetages af kolleger, oftest inden for eget speciale, er medvirkende til besøgets karakter af gensidig inspiration. Inspektorordningen er blevet en kendt og accepteret institution i den lægelige videreuddannelse, og de forslag til forbedringer, besøgene genererer, modtages positivt af afdelingerne.

En ny evaluering af Inspektorordningen bør gennemføres inden for en kortere årrække med henblik på en revision af vejledningen for inspektorer. Kendskabet til speciallægerollerne er nu så indarbejdet i de uddannelsesgivende afdelinger, at temaerne kan justeres hen mod at dække uddannelse i arbejdsfunktioner, hvor flere roller indgår.

I forbindelse med evalueringen af Inspektorordningen og den efterfølgende revision af selvevaluerings- og inspektorrapporternes opbygning, må temaernes indhold og indbyrdes betydning således også revurderes. Visse temaer bør defineres klart, og eventuelt udbygges med supplerende spørgsmål. Det er ikke hensigtsmæssigt, at læring og kompetencevurdering bedømmes under et, da disse dele af uddannelsen ikke nødvendigvis udøves samtidigt eller af samme aktører. Særligt kompetencevurderingen bør fremhæves i temaerne, da dennes betydning for uddannelsens kvalitet er fremhævet i litteraturen og især, da struktureret, objektiv kompetencevurdering som et relativt nyt princip betragtes som vanskeligt og tidsrøvende i de uddannelsesgivende afdelinger.

En styrkelse af Inspektorordningen i fremtiden kunne være at fokus rettes mod hospitals- og afdelingsledelsernes holdninger og medinddragelse i forbindelse med de anbefalinger og indsatsområder, der aftales. Det er her væsentligt at analysere, i hvilket omfang, inspektorrapporterne og selvevalueringerne anvendes som strategisk værktøj for de uddannelsesgivende afdelinger og institutioner.

Et væsentligt område, der blev omtalt af speciallægekommissionen er indførelse af en inspektor-lignende ordning for almen medicin. Pilotforsøg med dette formål pågår i region Syddanmark og erfaringerne herfra vil blive anvendt i en kommende landsdækkende ordning.

Inspektorordningen må også i fremtiden anses for at være et væsentligt kvalitetssikrings- og udviklingsværktøj. Der er behov for, at styrelsen automatisk eller via videreuddannelsesregionerne informeres om oprettelse og nedlæggelse af uddan-

nelsesafdelinger særligt set i lyset af de igangværende omstruktureringer, ligesom overvejelser om tiltag, der vil medvirke til, at de videnskabelige selskaber også i fremtiden indstiller inspektorer bør foretages.

Resultaterne af ordningen skal vurderes i sammenhæng med de løbende justeringer, der finder sted i uddannelsesafdelingerne på baggrund af lokale erfaringer og de slutevalueringer, der foretages af de uddannelsessøgende læger. I dette samspil indgår desuden de regionale videreuddannelsesråd, postgraduate kliniske lektorer og almen medicinske uddannelseskoordinatorer. En væsentlig forudsætning for at dette samspil har effekt på uddannelsen, er en åben og konstruktiv dialog mellem aktørerne, herunder at postgraduate kliniske lektorer og praksistutorer løbende orienteres af de regionale råd ved utilfredsstillende inspektorbesøg.

19.3 Konsekvenser af inspektorrapporter og evaluer.dk

Regionerne er blevet forespurgt om, hvorledes hospitalsledelserne anvender resultaterne fra evaluer.dk og inspektorrapporterne. Der indkom svar fra alle regioner, som samstemmende meddelte, at man fra ledelsens side følger op på inspektorrapporterne. Måden, opfølgningen finder sted på, er dog forskellig i regionerne.

I Region Sjælland vurderes rapporterne på et møde i det Centrale Videreuddannelsesudvalg, og hvis der er problemer bliver der taget kontakt til afdelingen.

Region Syddannmark (Sygehus Lillebælt) beskriver, hvordan der på hospitalsledelsesniveau følges op med en række tiltag, f.eks. ekstra personaleressourcer til afdelingen, eller overdragelse af ansvaret for uddannelse til en anden overlæge. Hvis der fremkommer en kritisk evaluering i evaluer.dk, drøfter den ledende overlæge problemet med den uddannelsesansvarlige overlæge.

Region Nordjylland (Ålborg Sygehus) anfører, at der er ansat en uddannelseskoordinerende overlæge på hospitalet, som følger op på evaluer.dk, og holder møder med uddannelsesansvarlige og ledende overlæger.

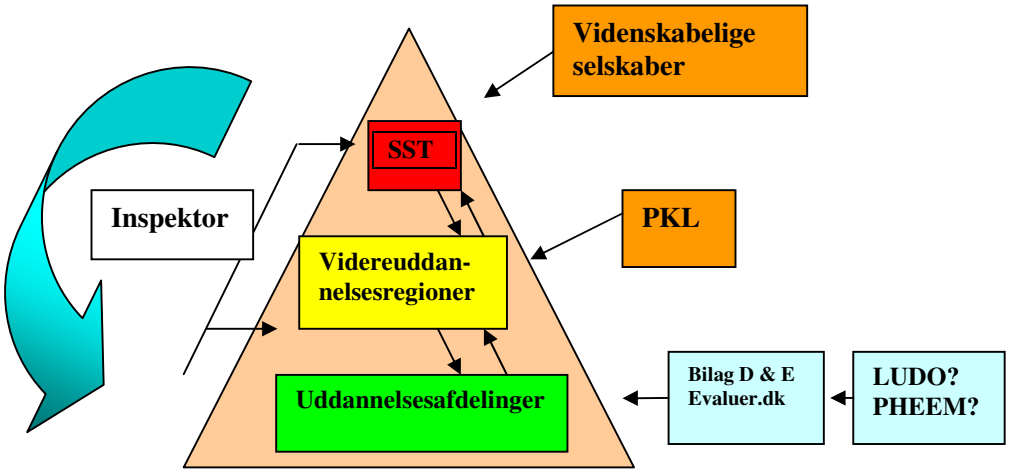
I Region Hovedstaden (Rigshospitalet, Glostrup Hospital, og Hvidovre Hospital) inviterer hospitalsledelserne den ledende overlæge og den uddannelsesansvarlige overlæge til et møde, hvor inspektorrapporten gennemgås og der følges op på evaluer.dk.

I Region Midtjylland (tidligere Århus Universitetshospital, Skejby) drøfter den uddannelseskoordinerende overlæge såvel inspektorrapporter og resultater fra evaluer.dk med cheflægen og den relevante afdeling. Der er udarbejdet en guide for opfølgning af inspektorrapporter.

19.4 Synergieffekt mellem evalueringssystemer

Såvel inspektorrapporternes konklusioner og foreslåede indsatsområder som den evaluering af uddannelsesstedet, som gives af den uddannelsessøgende ved ansættelsens ophør, bør indgå i hospitalsledelsernes og afdelingsledelsernes bestræbelser for at udvikle og kvalitetssikre videreuddannelsen i afdelingerne/almen praksis.

Evalueringssystemernes placering i det strategiske, taktiske og operationelle niveau og feedback mekanismerne er skitseret i Figur 8.



Figur 8. Simplificeret opbygning af uddannelsens niveauer med evaluering og feed-back processer

Mest mulig åbenhed om evalueringerne er en forudsætning for løbende forbedringer på området. Det må i den forbindelse anbefales, at inspektorerne kan stille krav om, at de uddannelsessøgende lægers evalueringer fra det seneste år inden inspektorbesøget fremsendes som baggrundsmateriale sammen med selvevalueringen.

En forudsætning for større åbenhed er desuden, at oplysningerne om inspektorbesøgenes detaljer og de uddannelsessøgendes evalueringer er alment tilgængelige på elektroniske databaser, så delresultater og nye analyser kan gennemføres.

Initiering af en national undersøgelse med henblik på at analysere metoder til, og effekterne af evaluering på de uddannelsesgivende afdelinger, institutioner og almen praksis og speciallægepraksis har betydning for optimeringen af fremtidens evalueringssystemer. Analysen skal fokusere på den praktiske gennemførelse af uddannelse og etablering af formaliseret kompetencevurdering. Analyserne skal desuden afdække i hvilket omfang de forskellige aktører (de regionale råd for lægers videreuddannelse, postgraduate kliniske lektorer, uddannelsesansvarlige overlæger, videnskabelige selskaber, hospitalsledelser og uddannelsesudvalg på visse hospitaler og andre) arbejder sammen og udveksler oplysninger til gavn for den lægelige videreuddannelse.

Et sådan analysearbejde vil desuden kunne medvirke til, at projekter vedrørende evaluering af uddannelsesstedet inden for lægelig videreuddannelse samordnes på nationalt niveau.

19.5 Standarder og metoder til evaluering af uddannelsesstedet

På baggrund af speciallægekommissionens betænkning er evaluering af den lægelige videreuddannelse videreført på alle uddannelsessteder. Siden er der gennem-

ført akkreditering i hospitalsvæsenet og stillet forslag til evalueringsordninger, der fokuserer på andre perspektiver og sammenhænge i videreuddannelsen.

Der foreligger en række danske og internationale beskrevne standarder for kvalitet i den lægelige videreuddannelse. World Federation for Medical Education (WFME) udgav i 2003 kvalitetsstandarder på dette område[94]. Ligeledes indgår der krav til uddannelseskvalitet på overordnet niveau ved akkreditering af danske hospitaler baseret på den danske kvalitetsmodels standarder.

Kvalitetssikring på videreuddannelsesområdet varetages i europæisk regi af Union Européenne des Médecins Spëcialistes (UEMS), hvis "Boards" gennemfører inspektorbesøg på hospitaler og klinikker med uddannelsesansvar for speciallægeuddannelse og fagområdeuddannelse. Ved enkelte lejligheder har inspektioner i Danmark foregået i samarbejde og samtidig med Sundhedsstyrelsens inspektorbesøg. Erfaringerne fra disse fælles inspektioner er ikke analyserede, og mulige fordele eller ulemper kendes endnu ikke.

Der er i Danmark gennemført enkelte projekter der beskriver nye tilgange til evaluering af den uddannelsesgivende afdeling. Da erfaringerne fra disse bør inddrages i den fremtidige strategi på området, beskrives disse projekter mere detaljeret herunder.

19.5.1 PHEEM - projektet

Postgraduate Hospital Educational Environment Measure (PHEEM) er et evalueringssystem designet til at evaluere uddannelsesstedets miljø og uddannelseskultur, med særligt fokus på, hvordan de overordnede krav til uddannelsesstedet, beskrevet i målbeskrivelse og uddannelsesprogram, bliver udlevet i daglig uddannelsespraksis. Systemet blev udviklet i Skotland og valideret til danske forhold i forbindelse med, at evalueringsværktøjet blev testet på en række hospitaler i Region Syddanmark i perioden 2005-2007[95].

PHEEM evalueringen består at 40 udsagn som besvares ved en 5-punkts analog skala. Udsagnene tager afsæt i den uddannelsessøgendes opfattelse af vejledning, supervision, støtte og socialisering i ansættelsesstedet og uddannelsesstedets miljø og evne til at udvikle og facilitere uddannelse. Flere udsagn har subjektiv, følelsesmæssig karakter, mens andre omhandler fysiske forhold ved ansættelsesstedet.

Den danske undersøgelse viste, trods en relativ lav respons-rate, at den interne validitet var tilfredsstillende og ekstern validitet matchede udenlandske undersøgelser.

19.5.2 LUDO – forslag til et nyt evalueringsværktøj

En arbejdsgruppe vedrørende den lægelige videreuddannelses kvalitet (Monitorgruppen) blev nedsat 2006 på initiativ fra videreuddannelsesregionerne og Sundhedsstyrelsen med henblik på at udvikle et administrativt let gennemførligt redskab til monitorering af uddannelsens kvalitet med vægt lagt på de uddannelsessøgende lægers introduktion i afdelingerne, uddannelsesmiljøet, graden af og kvaliteten af supervision og feedback, progressionen i uddannelsen og en overordnet vurdering af uddannelsens samlede kvalitet.

Hensigten var at udvikle et stærkt ledelsesforankret værktøj som gennem årlige tværsnitsundersøgelse på samtlige uddannelsesafdelinger kunne påvise kvalitetsud-

viklingen i uddannelsen på såvel de enkelte afdelinger og hospitaler, såvel som på regionalt og nationalt niveau.

Den endelige rapport[96] blev fremlagt i november 2008, og kunne i rapporten konkludere følgende:

- Monitoreringssystemet skal udformes som et samlet elektronisk system og monitoreringen skal gennemføres årligt på alle uddannelsesafdelinger

- Monitoreringen baseres på kvalitetsindikatorer, som indgår i det såkaldte LUDO-skema (Lægeligt UDdannelsesmiljø på hOspitaler), som leverer data til central analyse, men som også giver umiddelbar feedback til afdelingen til internt arbejde med at forbedre uddannelsens kvalitet.

- Det anbefales fortsat, at uddannelsessøgende læger udfylder et evalueringsskema ved afslutning af uddannelseselementet om det konkrete uddannelsesforløb. Der bør etableres en national følgegruppe for validering og udvikling af monitor-konceptet.

LUDO skemaerne indeholder 38 spørgsmål til alle aktører, heraf 12 spørgsmål om læringsmiljø, 16 spørgsmål om vejledermiljø og 10 spørgsmål om arbejdsmiljø. 4 spørgsmål designes specifikt til yngre læger. På baggrund af resultaterne beregnes en score i 7 opstillede indikatorer for uddannelsesmiljøet overordnet set på den uddannelsesgivende afdeling.

19.6 Evaluering af uddannelsesstedet i fremtiden

Løbende evaluering af uddannelsesstederne er af stor betydning for at sikre høj kvalitet og udvikling af kompetenceprofilen for kommende speciallæger.

Siden speciallægekommissionen og speciallægereformens implementering er der udviklet en række nationale og internationale evaluerings- og kvalitetssikringsværktøjer, med forskelligt fokus. Det må anses for at have afgørende betydning, at disse evalueringer samtænkes, så unødvendigt overlap undgås og for at registreringsbelastningen på de uddannelsesgivende afdelinger ikke forøges urimeligt. Samtidig er det væsentligt at sikre, at disse metoders validitet, resultater og indflydelse på uddannelsens kvalitet løbende kontrolleres.

Det må anbefales, at data fra fremtidige evalueringer af uddannelsesstederne samles i elektroniske databaser, og at disse data i videst muligt omfang gøres offentligt tilgængelige nationalt.

Det må overvejes, på hvilken måde PHEEM projektet eller LUDO monitoreringen, hvis denne implementeres som foreslået af Monitor-gruppen i deres rapport, kan koordineres med de uddannelsessøgendes lægers slutevaluering af uddannelsesstedet, som i dag findes på evaluer.dk.

Der bør i fremtiden etableres et valideret evalueringsværktøj med primær anvendelse i samarbejdet mellem videreuddannelsesregioner, PUF, hospitalsejere og de uddannelsesgivende afdelinger og institutioner.

Det anbefales at

- nedsætte en arbejdsgruppe, som vurderer indhold, form og metode for de forskellige evalueringsværktøjer for de uddannelsesgivende afdelinger, institutioner, almen praksis og speciallægepraksis. I forbindelse med arbejdet foreslås særligt en revision af spørgerammen i evaluer.dk.

- foretage en evaluering af Inspektorordningen bl.a. med henblik på revision af vejledningen for Inspektorordningen inklusiv mulighed for inddragelse af specialer udenfor hospitalssektoren.

20 Baggrundsmateriale

20.1 Kilder til kapitel 14 Teoretisk uddannelse

Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekommissionen. Betænkning nr. 1384. Maj 2000. Speciallægekommissionens betænkning

Generelle kurser i den lægelige videreuddannelse, Sundhedsstyrelsens vejledning. Juli 2004 og april 2011. Sundhedsstyrelsens Vejledning Juli 2004

Sundhedsstyrelsens Vejledning April 2011

Review af LAS-kurserne, Efteråret 2009. Region Midt, Koncern HR

Mødereferater fra 2009, 2010 samt første halvår 2011 fra møder i følgegruppen for de generelle kurser i den lægelige videreuddannelse

Spørgeskemaundersøgelse blandt kursusudbydere af de generelle kurser juni 2011

Enqueten juni-juli 2011

Dehn P, Nielsen CH, Larsen K, et al. Implementering af speciallægereformens syv roller. Ugeskr Læger 2009;171(19):1580-4

Henriksen AH, Ringsted C, Pedersen-Reng S. Værdien af obligatoriske kurser i turnusuddannelsen. Ugeskrift for Læger 2008;170/19: 1655-8

Kroman CB, Jensen ML, Ringsted C. The effect of testing on skills learning Medical Education 2009;43(1):21-7

Leffers H, Østergaard D. Mål, lærings- og kompetencevurderingsmetoder på de speciale specifikke kurser. Indsendt til Ugeskrift for Læger 2011

Schuwirth L, Colliver J, Gruppen L, Kreiter C, Mennin S, Onishi H, Pangaro L, Ringsed C. Research in assessment: consensus statement and recommandations from the Ottawa 2010 conference. Medical Teacher 2011;33(3):224-33

Van Der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. Med Educ 2005 Mar;39(3):309-17

Østergaard D. The national medical simulation training program in Denmark. Crit Care Med 2004;32(suppl):58-60

Østergaard D, Lippert A, Ringsted C. Specialespecifikke kurser i anæstesiologi. Ugeskrift for Læger 2008;170:1014

Østergaard D et al. Spørgeskema undersøgelse til hovedkursusledere 2011

20.2 Kilder til kapitel 16 Færdighedslaboratorier

Aggarwal R, Grantcharov TP, Eriksen JR, Blirup D, Kristiansen VB, Funch-Jensen P et al. An evidence-based virtual reality training program for novice laparoscopic surgeons. Ann Surg 2006; 244: 310–314

Ahlberg G et al. Proficiency based virtual reality training significantly reduces the error rate for residents during their first 10 laparoscopic cholecystectomies. Am J Surg. 2007;193:797-804

Anastakis DJ et al: Assessment of Technical Skills Transfer from the Bench Training Model to the human model. Am J Surg 1999;177:167-70.
Chang et al. Is voluntary participation effective? Surg Endosc 2007, mar;21(3):418-21

Grantcharov TP, Kristiansen VB, Bendix J, Bardram L, Rosenberg J, Funch-Jensen P. Randomized clinical trial of virtual reality simulation for laparoscopic skills training. Br J Surg 2004; 91(2):146-150

Gurusamy KS et al. Virtual reality training for surgical trainees in laparoscopic surgery (review). The Cochrane Collaboration, 2009

Issenberg SB, Ringsted C, Ostergaard D, Dieckmann P. Setting a research agenda for simulation-based healthcare education: a synthesis of the outcome from an utstein style meeting. Simul Healthc 2011; 6(3):155-167

Larsen CR, Soerensen JL, Grantcharov TP, Dalsgaard T, Schouenborg L, Ottosen C, Schroeder TV, Ottesen BS. Effect of virtual reality training on laparoscopic surgery: randomised controlled trial. BMJ. 2009 May 14;338:b1802. doi: 10.1136/bmj.b1802. Erratum in: BMJ. 2009;338

McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. Acad Med 2011; 86(6):706-711

Sturm LP, Windsor JA, Cosman PH, Cregan P, Hewett PJ, Maddern GJ. A systematic review of skills transfer after surgical simulation training. Ann Surg. 2008 Aug;248(2):166-79

21 Litteraturliste

[1] Statistisk Årbog 2010, Danmark Statistik

[2] Statistisk tiårsoversigt 2010, Danmarks Statistik

[3] Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv. Rapport fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2010

[4] Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Udviklingen 2006 til 2010. Sundhedsprofil 2010, Rapporter

[5] Sundhedsprofil 2010.dk

[6] Sundhedsdata fra Sundhedsstyrelsen/Sundhedsstyrelsens hjemmeside

[7] Lægeforeningens vejviser 2000 og 2011

[8] Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. Rapport fra Sundhedsstyrelsen, juni 2007

[9] Sundhedsstyrelsens specialeplan. 2010

[10] Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2010-2030

[11] Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv. Rapport fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2010

[12] ”Reformen af den lægelige videreuddannelse i Danmark – et udviklingsprojekt med mulighed for forbedringer – men hvad skal der til?” Gitte Eriksen. 2009

[13] Bilag fra møde i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse NR 16/02 af 30. april 2002

[14] Den Danske Kvalitetsmodel (1. version 2009)

[15] Bilag fra møde i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelsen d.3. juni 2009, bilag NR 13/09

[16] Frank JR, Jabbour M, Tugwell P, et al. Skills for the new millenium: report of the societal needs working group, CanMEDS 2000 Project. Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996

[17] Dehn P, Nielsen CH, Larsen K & Bayer M. Implementering af speciallægereformens 7 roller. Ugeskrift for Læger, 2009

[18] Davis DJ, Skarup AM & Ringsted C. A pilot survey of junior doctor’s confidence in tasks related to broad aspects of competence. Medical Teacher, 2005

[19] Søjnæs C, Jørgensen RL, Lillevang g 6 Ringsted C. Kvalitet i videreuddannelsen af læger i hovedstaden.2011

[20] Sockalingam S, Stergioupoulos V & Magge J. Residents’ perceived physician.manager educational needs: A national survey of psychiatric residents. The Canadian journal of Psychiatry 2008

[21] Stergiopuolos V, Maggi J & Sockalingam S. Teaching and learning the physician manager role: Psychiatric residents' perspective. Medical Teacher 2010

[22] Royal College of Physicians. Doctors in society: Medical professionalism in a changing world. In *Report of a working party of the Rpyal College of Physicians in London. London.* 2005. London. RCP

[23] Conelly JE. The other side of professionalism: doctor-to-doctor. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2003

[24] Lægeforeningen. Lægeforeningens etiske regler af 24. September 1989, med revision 2005

[25] Martimianakis MA, Maniate JM & Hodges BD. Sociological interpretations of professionalism. Medical Education 2009

[26] ACGME Outcome Project. Commen requirements: General competencies. 2007

[27] Erde EL. Professionalism's facets: ambiguity, ambivalence, and nostalgia. Journal of Medicine and Philosophy 2008

[28] Bayer, M. (2007). Efter reformen: Speciallægeuddannelsen i Danmark. [After the reform: Specialist training in Denmark]. København, Danmarks Pædagogiske Universitets forlag

[29] Arora S, Sevdalis N, Suliman I, Athanasiou T & Kneebone R. What makes a competent surgeon? Experts' and trainees' perception of the roles of a surgeon. The Am J Surg 2009

[30] Erault M & Du Boulay B. Developing the attributes of medical professional judgement and competence (Report to the department of Health). Department of Health London, UK, 2000

[31] Frøland, A. Hippokrates og de 7 lægeroller. Dansk Medicinhistorisk Årbog, 2005

[32] General Medical Council. Good Medical Practice: Duties of the doctor

[33] Frank JR (Ed). 2005. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons in canada. www.RCPSC.medical.org Addressed Februar 2009

[34] Didwania, A., McGaghie, W. C., Cohen, E. & Wayne, D. B. (2010). Internal medicine residency graduates' perception of the systems-based practice and practice-based learning and improvement competencies. Teaching and Learning in Medicine

[35] Tal fra Sundhedsstyrelsen

[36] Tal fra universiteterne

[37] Evaluering af den kliniske basisuddannelse – en aftagerundersøgelse. Sundhedsstyrelsen 2011.

[38] Benfeldt E, Olesen AB. Modernisering af uddannelsen i dermato-venerologi. Ugeskr Læger 2011;173:728

[39] Privathospitalers inddragelse i den lægelige videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen. December 2008.

[40] Notat fra Forretningsudvalget Det Nationale Råd for Lægers videreuddannelse, Bilag NR 0303

[41] Ellyton AMW, Ringsted CV. Fokuserede ophold som læringsmetode i speciallægeuddannelsen, Ugeskr Læger 2006;168(50):4409-4412

[42] Rapport vedrørende fokuserede ophold for yngre læger i hoveduddannelsen i Uddannelsesregion Nord, MEDU, Center for Medicinsk Uddannelse, Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse

[43] Rapport: Integration af den lægelige videreuddannelse i de fælles akutmodtagelser i Region Syddanmark. Det regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Region Syddanmark 2010

[44] Rapport: Lægelig videreuddannelse i akutafdelingen. Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Region Nord 2010

[45] Notat vedrørende optimal udnyttelse af uddannelsespotentialet i de Fælles Akutte Modtage Enheder (FAME). Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse Region Øst, 30.juni 2010

[46] Kjær NK, Kodal T, Qvesel D. Kliniske basislægers første erfaringer med den fælles akutmodtagelse som uddannelsessted. Ugeskr Læger 2011;173:1555-8

[47] Holm-Petersen C. Fremtidens arbejdstilrettelæggelse for speciallæger på Fælles Akutmodtagelser. København, DSI. September 2010

[48] Holm-Petersen C, Hansen J, Vinge S. Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006

[49] Rapport: Evaluering af den pædagogisk udviklende funktion i uddannelsesregion Nord. Center for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet, december 2010

[50] Ousager J, Andersen IB, Madsen JS. Netbaseret grundkursus i forskningstræning er lovende, *Ugeskr Læger* 2011;173(3):201

[51] Bleken A-L, Andersen B, Eika B, Charles P, Østergård L. 24-timers nonstopkursus i forskningstræning. Ugeskr Læger 2008;170(44):3598

[52] Spørgeskemaundersøgelse til UAO/AMU juni 2011, Gitte Eriksen, Kirsten Bested, Niels Frølich

[53] Bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober 2007 om uddannelse af speciallæger, SST.dk

[54] Vejledning nr. 9586 af 14. juli 2008. Vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse. SST.dk

[55] Vejledning nr. 9587 af 14. juli 2008. Vejledning om uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse

[56] Paradigme for Funktionsbeskrivelse for UA0 overlæger i region nord, Videreuddannelsesregion Nord, dec. 2004

[57] Paradigme for Funktionsbeskrivelse Uddannelsesansvarlig overlæge region Syd

[58] Nationalt Postgraduat Lektorseminar maj 2011. Referat fra gruppearbejde

[59] Med Teach. 2009 Jun;31(6):e260-6.Evaluation of a national process of reforming curricula in postgraduate medical education.Lillevang G, Bugge L, Beck H, Joost-Rethans J, Ringsted C.

[60] Temascoringer Inspektorrapporter SST 2011

[61] BMC Med Educ. 2010 Jun 18;10:46. What is the impact of a national postgraduate medical specialist education reform on the daily clinical training 3.5 years after implementation? Mortensen L, Malling B, Ringsted C, Rubak S

[62] Ugeskr Læger. 2008 Okt 27;170(44):3557-61. Implementering af nationalt kompetenceprogram i anæstesiologi. Skjelsager K, Malling B, Bested KM, Ostergaard HT, Ravn L, Ostergaard D, Ringsted C

[63] Eksempel på samtaleskema: http://sydvestjysksygehus.dk/wm257481

[64] Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse". Sundhedsstyrelsen, 1998

[65] VEJ nr 9588 af 14/07/2008; "Vejledning om karrierevejledning i den lægelige videreuddannelse"

[66] Funktionsbeskrivelse for Uddannelseskoordinatorer (PRLK) i Almen Medicin i Region Hovedstaden, 2009

[67] Funktionsbeskrivelse for Praksisreservelægekoordinatorer og almen medicinske Uddannelseskoordinatorer (PRLK) – PUK – i Region Sjælland 2007

[68] Funktionsbeskrivelse for Uddannelseskoordinatorer i almen medicin Region Midt 2007

[69] Funktionsbeskrivelse for DYNAMO Region Midt, 2007

[70] Funktionsbeskrivelse for Yngre Læge Uddannelseskoordinatorer (DYNAMU) i Almen Medicin i Region Hovedstaden, 2009

[71] Funktionsbeskrivelse for Uddannelseskoordinatorer i almen medicin, Region Syd 2007

[72] Malling Bente. "*The consultant responsible for education".* MHPE, Maastricht University, 2003

[73] Malling Bente. *"Managing work-based postgraduate medicel education in clinical departements",* PhD-thesis Maastricht, 2011

[74] Rapport fra arbejdsgruppe vedr. funktionsbeskrivelser for vejledere" (Det Regionale Videreuddannelsesråd, Region Nord) april 2003

[75] Dehn P et al. *"Let´s talk – let´s learn"* abstract AMEE, Wien 2011

[76] VEJ nr 9153 af 01/04/2011. Vejledning om generelle kurser i speciallægeuddannelsen

[77] Rubak S et al. *A controlled study of short term and long term effect of train the trainers cources. Med Educ* 2008; 42:693

[78] Bekendtgørelse om speciallæger BEK nr. 1248 af 24/10/2007

[79] Notat om karrierevejledning i den lægelige videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Nord, 04/10/2007

[80] Notat om karrierevejledning i den lægelige Videreuddannelse i Videreuddannelsesregion Syd, 23/02/2011

[81]"Rapport fra arbejdsgruppe vedr. opstilling af modeller for: Budgettering af omkostninger ved klinisk uddannelse i sundhedsvæsenet", Region Syddanmark, Den Lægelige videreuddannelse Region Syd, www.videreuddannelsen-syd.dk/dwn121861

[82] Merete Ipsen. Identification and registration of educational effort provided by medical specialists in hospitals. Phd d afhandling 2010

[83] 3 timers rapporter - http://www.aalborgsygehus.rn.dk/For+fagfolk/KurserOgKompetenceUdvikling/LUF/3+timers+moeder/

Nøhr SB, Ipsen M. 3- timers-møder i yngre lægers kliniske uddannelse. Ugeskr Laeger 2008 Oct 27;170(44):3523-3524.

Ipsen M, Nøhr SB. The three-hour meeting: a socio-cultural approach to engage junior doctors in education. Med Teach 2009 Oct;31(10):933-937

[84] Bayer, M, Larsen, K, Brinkkjær U, Høyen, M: speciallægeuddannelse i Danmark – en empirisk undersøgelse af tendenser indenfor speciallægeuddannelsen efter implementering af den nye speciallægeuddannelse. Rapport fra Danmarks Pædagogiske Universitet 2007

[85] Sundhedsstyrelsen. Inspektorrapporter 2006-2010

[86] Lægeforeningens uddannelsesenquete 2006

[87] Evaluer.dk

[88] Evaluer.dk, Inspektorrapporter, 3-timers rapporter

[89] Reznick R et al. Testing technical skills via an innovative "Bench Station" examination. Am J Surg 1997;173(3):226 – 230

[90] Ringsted C. In-training Assessment in a work-based postgraduate medical education. PhD dissertation. University of Maastricht, 2004.

[91] Rapport: "Speciallægeuddannelsen I Danmark" Delrapport 2: "Efter reformen" Danmarks Pædagogiske Universitet, 2007

[92] Rapport: Kvalitet i videreuddannelsen af læger i Region Hovedstaden. Resultat af spørgeskemaundersøgelse. CEKU 2010

[93] Brian Jolly and Janet Grant. The Good Assessment Guide: A Practical Guide to Assessment and Appraisal for Higher Specialist Training. 1997. London, Joint Centre for Higher Education

[94] Rapport: "Postgraduate Medical Education". WFME Global Standards for Quality Improvement. World Federation of Medical Education, 2003

[95] Aspegren K, Bastholt L, Bested KM, et. al. Validation of the PHEEM instrument in a Danish hospital setting. Medical Teacher 2007;29:504-506

[96] Rapport: Monitorering af den lægelige videreuddannelses kvalitet (MONITOR-gruppen). CEROME, Aarhus Universitet, november 2008

Bilagsfortegnelse

Bilag I

Bilag 1. Den nordiske overenskomst og EU-direktiv 2005/36/EF

Bilag 2. Udvikling i antal speciallægeanerkendelser

Bilag 3. Antal anerkendelser af udenlandske speciallæger

Bilag 4. Besvarelser fra spørgeskema om de generelle kurser i speciallægeuddannelsen

Bilag 5. Grundkurser i forskningstræning

Bilag 6. Specialespecifik forskningstræning – beskrivelser

Bilag 7. Litteraturstudie af tilrettelæggelse af forskningstræningskurser

Bilag 8. Forskningstræning i internationalt perspektiv

Bilag 9. Færdighedslaboratorier

Bilag 10. Data fra spørgeskemaundersøgelse blandt UAO og AMU

Bilag 11. Data fra spørgeskemaundersøgelse blandt postgraduate kliniske lektorer

Bilag 12. Behov for mentorordning blandt de uddannelsesgivende læger

Bilag 13. Metoder til kompetencevurdering, foreslået af speciallægekommissionen

Bilag 14. Reznick's skema

Bilag 15. Mini CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise)

Bilag 16. Kirurgisk kompetencevurdering og OSATS

Bilag II

Bilag 1. Spørgsmål til enqueten 2011

Bilag 2. Svarnøgle til sektion 1 i enqueten 2011

Bilag 3. Sammenfatning af besvarelser i enqueten 2011

Bilag III

Bilag 1. Enqueten 2011 - særkørsler