SUNDHEDSSTYRELSEN

Fremtidens speciallæge

– ændring af den lægelige videreuddannelse

Fremtidens speciallæge
— ændring af den lægelige videreuddannelse

© Sundhedsstyrelsen, 2024
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-579-4
Trykt ISBN: 978-87-7014-581-7

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 9. november 2023

Foto: Troels Heien for Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Maj 2024

Indholdsfortegnelse

Resume (Summary) **6**

Anbefalingsoverblik **8**

1. Introduktion **12**
1.1. Baggrund og formål 12
1.2. Proces for revisionen 13
1.3. Læsevejledning 13
1.4. Ordliste 14

2. Baggrund **20**
2.1. Formalisering af videreuddannelsen 20
2.2. Kvalitetsudvikling og øget kapacitet i den lægelige videreuddannelse 1970-2000 21
2.3. Udvikling af videreuddannelse siden årtusindeskiftet 26
2.4. Forandringer i sundhedsvæsenet 32

3. Den lægelige videreuddannelse i dag **40**
3.1. Det retslige grundlag 40
3.2. Opbygning 42
3.4. Specialestruktur 45
3.5. Indhold og læring 48
3.6. Den teoretiske uddannelse - kurser 50
3.7. Prognose og dimensionering 52
3.8. Organisering og styring 55
3.9. Kvalitetssikring og -udvikling. 57
3.10. Grunduddannelsen - medicinstudiet 60
3.11. Efteruddannelse 62
3.12. Lægelig videreuddannelse i udlandet 64

4. Viden og data **68**
4.1. Vidensgrundlag 68
4.2. Demografi, folkesundhed og sygdomsmønstre (aktivitet og data) 79
4.3. Aktivitet og data – Sundhedsvæsenet 86
4.4. Aktivitet og data – Lægelig uddannelse og arbejdsmarked 88

5. Udfordringer og muligheder **106**
5.1. Den demografiske udvikling og multisygdom 106
5.2. Specialisering og fragmenterede sundhedsydelser 107
5.3. Øget aktivitet og mindsket robusthed i sundhedsvæsenet 108
5.4. Ulighed i sundhed 108
5.5. Mentalt helbred og psykisk sygdom 109
5.6. Primærsektoren 110
5.7. Lægelivet og det lægelige arbejdsmarked 110
5.8. Den teknologiske og faglige udvikling 111
5.9. En øget aktivitet uden for det offentlige sygehusvæsen 112

6. Anbefalinger **116**
6.1. Den fremtidige speciallægeuddannelses mål 116
6.2. Opbygning af den lægelige videreuddannelse 119
6.3. Speciale- og målbeskrivelser 123
6.4. Uddannelsesfleksibilitet 126
6.5. Lægeroller 128
6.6. Specialestruktur 129
6.7. Lægelig efteruddannelse 138
6.8. Gennemførelse af speciallægeuddannelse i kliniske enheder 141
6.9. Kompetencevurdering 143
6.10. Kurser 144
6.11. Forskningstræning 147
6.12. Organisering og styring 148
6.13. Evaluering, kvalitetssikring- og udvikling 150
6.14. Prognose og dimensionering 152
6.15. Inddragelse af andre aktører i videreuddannelsen 154

Referencer **158**

Gældende regelgrundlag for den lægelige videreuddannelse **166**

Resumé (Summary)
Anbefalingsoverblik

Resumé (Summary)

Dygtige sundhedspersoner, herunder speciallæger, er centrale for et velfungerende sundhedsvæsen, der imødekommer befolkningens behov nu og i fremtiden.

Sundhedsvæsenet er højt prioriteret i Danmark, og samfundets investeringer i speciallæger via uddannelse og løn er betydelige. Det er vigtigt, at de kompetencemål, speciallægerne uddannes efter, matcher samfundets behov og er afstemt med opgaverne i sundhedsvæsenet.

Den demografiske udvikling medfører, at der vil være relativt færre i den arbejdsdygtige alder til at tage sig af flere ældre og syge. De seneste årtiers store sundhedsfaglige fremskridt har medført, at mange lever længere med sygdomme, de tidligere ville dø af. Eksempelvis er kræft og hjertesygdomme i en vis forstand også blevet kroniske sygdomme. Sundhedsvæsenet skal således fastholde den gode faglige udvikling og samtidig håndtere, at stadigt flere i fremtiden vil leve med kroniske sygdomme.

Det er derfor målet, at mange af fremtidens speciallæger får en tilstrækkelig faglig bredde og generalistkompetence, så de kan arbejde alsidigt og forholde sig til en stor del af patienternes problemstillinger, der knytter sig til multisygdom.

Forventningerne til, hvad speciallægerne skal kunne og hvad de skal arbejde med, skal være tydelige allerede ved indgangen til speciallægeuddannelserne. Specialernes kerneopgaver og speciallægernes opgaver skal fastlægges i nye specialebeskrivelser, der skal danne grundlag for opdaterede målbeskrivelser, som skal sættes i sammenhæng med beslægtede specialer.

Kompetencefællesskabet i speciallægeuddannelserne skal øges, og der skal skabes en mere klar sammenhæng mellem, hvad speciallægerne forventes at arbejde med, og hvad de uddannes til. Det kræver en gennemgribende revision af uddannelserne, herunder også kurserne. Fremover skal fælles kompetencemål fastlægges i samarbejde mellem specialer, ligesom uddannelsesforløb og kurser skal fastlægges efter målet om mere fællesskab, større faglig bredde og flere generalistkompetencer.

En stor del af fremtidige speciallæger skal således lære og vedligeholde kompetencer til at behandle hyppigt forekommende tilstande, samtidig med at de også skal have kompetencer til at varetage mindre hyppige og specialiserede opgaver. Tempoet i den faglige udvikling må forventes fortsat at være meget højt, så prioritering af efteruddannelse og livslang læring er vigtig.

Det nuværende medicinsk-pædagogiske paradigme med syv lægeroller udgør et solidt grundlag for udviklingen af fremtidens lægelige videreuddannelse. Læringen og kompetencevurdering skal ske tæt knyttet til patientbehandlingen, og der skal være systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb. Det er fortsat vigtigt, at speciallægerne har bredere komptencer end beskrevet i rollen som den medicinske ekspert. Derfor skal de syv lægeroller – i en moderniseret udgave – fortsat udgøre grundlaget for, hvad fremtidens speciallæger skal kunne.

Lægefaget er populært, og i de senere år er optaget på medicinstudierne øget markant. Overgangen fra at være medicinstuderende til læge er et afgørende skifte, som samtidig kan være udfordrende, hvorfor den kliniske basisuddannelse fortsat er vigtig. Et travlt sundhedsvæsen og forventningen til de unge læger om at træffe beslutninger, der er afgørende for menneskers ve og vel stiller store krav. Derfor skal sammenhængen mellem grunduddannelsen og det kliniske arbejde styrkes. En national kompetenceprofil skal give medicinstudierne et klinisk mål at uddanne studerende efter, så de er godt rustet til at tage kitlen og ansvaret på sig efter studiet.

Den nationale dimensionering af speciallægeuddannelserne medvirker til at balancere hensynene til, at der i fremtiden er tilstrækkeligt med læger i alle områder og specialer, og at ressourcerne til uddannelse af læger anvendes hensigtsmæssigt. Der bør være flerårige aftaler om koordination af optaget på medicinstudierne og kapaciteten i videreuddannelsen. Det faglige grundlag for dimensioneringen af videreuddannelsen skal styrkes med udviklingen af en efterspørgselsprognose for at få et solidt planlægningsgrundlag.

Organiseringen og styringen af den lægelige videreuddannelse involverer mange aktører. Den nuværende nationale og regionale struktur bevares, da den understøtter en koordinering af uddannelsesforløb på tværs af afdelinger, regioner og specialer og samtidig giver mulighed for at udnytte og udvikle de uddannelsesmuligheder, der er lokalt og regionalt inden for de overordnede rammer. Kvaliteten af videreuddannelsen skal være høj over hele landet. Der skal arbejdes mere struktureret med kvalitetsudvikling af videreuddannelsen både nationalt, regionalt og i almen- og speciallægepraksis, så de understøtter en effektiv og patientsikker uddannelse af speciallæger.

Anbefalingsoverblik

	Anbefalinger
1.	Kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse
2.	Klinisk kompetenceprofil for nyuddannede læger og bevarelse af klinisk basisuddannelse
3.	Videreuddannelsens varighed
4.	Nationale specialebeskrivelser der beskriver kerneopgaver
5.	Nye målbeskrivelser der styrker fælles kompetencer
6.	Fleksibilitet og merit
7.	Modernisering af de syv lægeroller
8.	Nye kriterier for specialer
9.	Oprettelse af funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for Klinisk biokemi, Klinisk immunologi og Klinisk mikrobiologi
10.	Modernisering af funktionsmodellen i intern medicin
11.	Flere fælles kompetencer i de kirurgiske speciallægeuddannelser
12.	Det akutmedicinske speciale
13.	Efteruddannelse der styrker speciallægekompetencen
14.	Fagområdeuddannelser og fagområdekriterier
15.	Systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb
16.	Tilpasning af specialespecifikke og generelle kurser
17.	Forskningstræning erstattes af kursus i anvendelse af forskning og kvalitetsarbejde
18.	Medicinsk pædagogisk understøttelse af uddannelsesopgaven
19.	Kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis
20.	Koordineret dimensionering og prognose

REGION
Uddannels
CAMES
Copenhagen Academy for
Medical Education and Simulation

Praktiske

1

Introduktion

1. Introduktion

1.1. Baggrund og formål

En gennemgribende revision af den lægelige videreuddannelse skete omkring årtusindeskiftet da Speciallægekommissionen udgav betænkningen "Fremtidens Speciallæger" (Speciallægekommissionen 2000). Udgivelsen var paradigmesættende med blandt andet indførelsen af kompetencebaseret uddannelse, hvor læring og kompetencevurdering overvejende sker i en klinisk sammenhæng samt indførelse af de syv lægeroller. Anbefalingerne fra Speciallægekommissionen har siden været fundamentet for den lægelige videreuddannelse i Danmark.

De faglige, organisatoriske og teknologiske rammer for sundhedsvæsenet har siden udviklet sig, og det samme har forventningerne til speciallægernes kompetencer og sundhedsvæsenets indsatser. De seneste to årtiers udvikling af behandling af store folkesygdomme har bidraget væsentligt til, at mange mennesker i dag lever med sygdomme, som de tidligere ville dø af. Disse sygdomme og følgetilstande kan ofte give behov for yderligere behandling og opfølgning. Samtidig stiger antallet af ældre mennesker forholdsmæssigt mere end antallet af mennesker i den arbejdsdygtige alder. Færre skal derfor tage sig af flere i fremtiden. Det udfordrer hele velfærdsområdet, og det vil udfordre den måde, læger arbejder på og de sammenhænge, de skal gøre det i.

Derfor har Sundhedsstyrelsen fundet behov for at revidere rammerne for den lægelige videreuddannelse i et langsigtet, tyveårigt perspektiv. En grundig refleksion over mål og rammer er påkrævet, da læger og speciallæger er en kritisk personaleressource, og videreuddannelsen til speciallæge tager minimum 6-7 år.

Den nærværende revision omhandler den lægelige videreuddannelse, som udgør en del af lægers livslange læringsforløb. Derfor er de omkringliggende læringsforløb – medicinstudierne og efteruddannelse af speciallæger – også behandlet i revisionen for at sikre hensigtsmæssig sammenhæng mellem de forskellige læringsforløb.

Hensigten med de nye anbefalinger er at bidrage til, at sundhedsvæsenet imødekommer de behov, som befolkningen vil have i et tyveårigt perspektiv. Anbefalingerne skal medvirke til at skabe lige adgang til sundhed og behandling. Den lægelige videreuddannelse skal derfor tilpasses, så sundhedsvæsenet løbende følger med den demografiske udvikling, ændringer i sygdomsbilledet samt den teknologiske udvikling, som har indvirkning på behov og muligheder for behandling.

Revisionen skal sætte rammer og retning, så den lægelige videreuddannelse bidrager til:

- Alsidighed – så flere læger får større bredde i deres kompetencer.
- Fleksibilitet – så der udvikles en mere fleksibel uddannelse, hvor lægerne kan løse opgaverne mere smidigt.
- Faglighed – så lægerne udvikler kompetencer, der giver højere behandlingskvalitet.

Anbefalingerne retter sig mod en række temaer i tilknytning til den lægelige videreuddannelse, herunder struktur og opbygning af videreuddannelse, form og indhold, samt styring og kvalitetssikring af videreuddannelsen.

Anbefalingerne har en bred målgruppe. Kendskabet til anbefalingerne er naturligvis af central betydning for medicinstuderende og læger, da rammerne for speciallægeuddannelsen er vigtige for at forstå mulighederne i de lægelige arbejdsliv. Samtidigt er kendskabet centralt for de personer, der arbejder med lægelige videreuddannelse. Det gælder fx uddannelsesansvarlige overlæger, inspektorer, personale i de tre videreuddannelsesregioner, og de specialebærende selskabers uddannelsesudvalg.

Da videreuddannelsen foregår overalt i sundhedsvæsenet og i tæt relation til patientbehandlingen, er kendskabet til anbefalingerne også vigtigt for andre faggrupper i sundhedsvæsenet. Også patienterne bør vide, hvorfor og hvordan patientbehandlingen indgår som en del af uddannelsen af fremtidens speciallæger. Kendskab til den lægelige videreuddannelse er også relevant for beslutningstagere i sundhedsvæsenet.

1.2. Proces for revisionen

Sundhedsstyrelsen og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har gennem de senere år oplevet et stigende behov for at gennemføre en ny gennemgribende revision af den lægelige videreuddannelse, i takt med at den faglige udvikling, udviklingen i sygdomsmønstre i befolkningen og udvikling i sundhedsvæsenet generelt har ændret sig.

Med revision menes der i denne sammenhæng, at alle væsentlige elementer for videreuddannelsen vurderes med hensyn til formål, indhold, opbygning, struktur og rammer, og at der ikke blot laves nogle få nedslagspunkter. Det betyder at der tages aktivt stilling til, hvilke elementer der fastholdes, ændres markant eller kun justeres let.

I foråret 2020 orienterede sundhedsministeren Folketinget om igangsættelse af Sundhedsstyrelsens arbejde med revision af den lægelige videreuddannelse. Kommissoriet for revisionen var blevet udarbejdet på baggrund af drøftelser i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, og processen har været gennemført i regi af fire arbejdsgrupper med forskellige temaer.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har fungeret som ekstern styregruppe for arbejdet. Der har været tilstræbt en bredt involverende og transparent arbejdsproces, og undervejs har eksperter bidraget med oplæg, analyser og forslag.

Revisionen er gennemført i perioden fra august 2020 til foråret 2023. Imidlertid var revisionen på lavt blus fra efteråret 2020 til sommeren 2021 grundet covid-19-epidemien og vaccinationsudrulningen, som påvirkede hele sundhedsvæsenet og samfundet i øvrigt.

Det følger af gældende rets- og regelgrundlag, at en udarbejdelse af anbefalinger til en revision af den lægelige videreuddannelse forestås af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Anbefalingerne er karakteriseret som rådgivning til indenrigs- og sundhedsministeren og hvad angår overgangen til den kliniske basisuddannelse også rådgivning til uddannelses- og forskningsministeren.

1.3. Læsevejledning

Rapporten er udarbejdet, så den både kan læses sammenhængende og fungere som et opslagsværk, hvor det vil være muligt at få indblik i overvejelser om de forskellige emner. Rapporten består af nærværende hovedrapport og en bilagsrapport med analyser og centralt materiale.

Hovedrapporten er opbygget således:

- I kapitel 2-4 beskrives grundlaget for anbefalingerne med et historisk oprids i kapitel 2. En beskrivelse af den aktuelle lægelige videreuddannelse i kapitel 3 og en gennemgang af viden og evidens om emner i den lægelige videreuddannelse samt relevante aktivitets- og dataopgørelser i kapitel 4.
- I kapitel 5 beskrives med afsæt i kapitel 2-4 de overordnede udfordringer og muligheder, der præger sundhedsvæsenet og videreuddannelsen.
- I kapitel 6 gennemgås de centrale elementer i 15 selvstændige afsnit, der hver indledes med en kort beskrivelse af status, udfordringerne samt anbefalinger inden for området. Af hensyn til formidlingen af udvalgte centrale anbefalinger er 20 af disse nye tiltag grafisk fremhævet i bokse. Anbefalinger, som ikke er fremhævet i bokse, har samme gyldighed.

Igennem rapporten henvises til en række notater mv., der indgår i grundlaget for anbefalingerne. Disse notater tjener som dokumentation for overvejelser i arbejdsgrupperne og i udarbejdelsen af anbefalingerne. Der henvises til bilagsrapporten, hvor disse er samlet.

I rapporten anvendes eksempler fra det kliniske arbejde med patienter i det behandlende sundhedsvæsen. Klinisk arbejde skal her forstås i bredest mulige forstand og omfatter også eksempelvis retsmedicin og samfundsmedicin for at lette formidlingen.

I rapporten anvendes eksempler fra det kliniske arbejde med patienter i det behandlende sundhedsvæsen. Klinisk arbejde skal her forstås i bredest mulige forstand og omfatter også eksempelvis retsmedicin og samfundsmedicin for at lette formidlingen.

1.4. Ordliste

I rapporten bruges en række betegnelser og definitioner der dækker over følgende:

Almen medicinsk uddannelseskoordinator (AMU)
Speciallæge i almen medicin, der har til opgave at koordinere og udvikle uddannelsesaktiviteter inden for almen medicin i regionen. Sikrer blandt andet godkendelse af uddannelsesfunktion i den enkelte praksis.

Basale opgaver
Opgaver indenfor blandt andet vurdering, initial behandling, kommunikation, varetagelse af konsultation, udskrivelse og vagtfunktion, der blandt andet læres i kliniske basisuddannelse med henblik på opnåelse af tilladelse til selvstændigt virke.

Behandling
Bruges i rapporten med udgangspunkt i Sundhedslovens brede definition af behandling (§ 5), som blandt andet omfatter undersøgelse, diagnosticering og sygdomsbehandling i forhold til den enkelte patient.

Beslægtede specialer
Specialer, hvor der er et opgavefællesskab fx fælles patienter, procedurer/metodefællesskab eller andre relevante fælles kompetencemål eller opgaver.

Blokansættelse
Tidligere anvendt betegnelse af uddannelsesforløb, hvor uddannelseslægen er ansat i flere stillinger efter hinanden på flere afdelinger/enheder. Den kliniske basisuddannelse og hoveduddannelsesforløbet blev fx betegnet som blokansættelser.

Den yngre almen medicinske uddannelseskoordinator (DYNAMU)
Uddannelseslæge(r) i almen medicin kan tildeles funktionen og indgår i løsning af uddannelsesopgaven i almen praksis regionalt sammen med almen medicinske uddannelseskoordinatorer og postgraduate kliniske lektorer.

Dimensionering
Fastlæggelse af antallet af introduktions- og hoveduddannelsesforløb fordelt på specialer og geografiske områder.

Ekspertuddannelse
Et uddannelsesforløb, der har til hensigt at give en speciallæge kompetencer til varetagelse af en klinisk funktion, der kræver helt særlige kompetencer (ekspertområde). Ekspertuddannelse kan udgøre en del af faglig profilering.

Enhedsmodel
En specialestruktur, eller dele af en specialestruktur, hvor specialerne er opbygget med selvstændige uddannelsesforløb uden fælles uddannelsesindhold.

Faglig profilering
Erhvervelse af kompetencer inden for et speciales opgaveområde, der rækker ud over de kompetencemål, der er opnået under speciallægeuddannelsen, hvad enten det sker gennem interesse, arbejde, forskning mv. eller som en systematisk og formaliseret faglig profilering i et uddannelsesforløb (ekspertuddannelse).

Fagområde
Tværgående områder/kliniske funktioner, hvortil speciallæger fra forskellige specialer kan varetage opgaver.

Fleksforløb
Ubesatte hoveduddannelsesforløb, der kan konverteres til andre hoveduddannelsesforløb i et andet speciale.

Funktionsmodel
En specialestruktur, eller dele af en specialestruktur, hvor grupper af specialer er integreret således, at uddannelsesforløbene indeholder et klart afgrænset fælles uddannelsesindhold og typisk også et fællesuddannelsesforløb eller uddannelsesforløb, der kan være adgangsgivende til hoveduddannelsesforløb på tværs af funktionsmodellen.

Gennemførselstid
Tidsinterval fra autorisation til speciallægeanerkendelse.

Generalistopgaver
Generelle opgaver, der ikke hører til på specialistniveau, som skal løses af læger dér, hvor patienten er.

Generalistkompetencer
Kompetencer der gør det muligt at varetage generalistopgaver og opgaver i beslægtede specialer, som er hyppige i forbindelse med varetagelsen af specialets egne kerneopgaver.

Hovedfunktionsniveau
Varetagelse af opgaver af begrænset kompleksitet, hvor såvel sygdommene som sundhedsvæsenets ydelser er hyppigt forekommende, og hvor ressourceforbruget ikke giver anledning til en samling af ydelserne på specialfunktionsniveau.

Hovedvejleder
Speciallæge eller uddannelseslæge, der hjælper og vejleder uddannelseslægen i alle uddannelsesrelaterede forhold under ansættelsen. Hvis hovedvejlederen er uddannelseslæge, skal denne være på et højere uddannelsestrin end den vejledte uddannelseslæge.

Højt specialiseret funktion
De højt specialiserede funktioner omfatter opgaver af betydelig kompleksitet og forudsætter tilstedeværelsen af mange tværgående funktioner/samarbejdspartnere. Sygdommen eller sundhedsvæsenets ydelser er meget sjældent forekommende og skaber derfor behov for samling af viden, rutine og erfaring, og/eller hvor ressourceforbruget er betydeligt.

Individuel uddannelsesplan
Den skriftlige aftale mellem uddannelseslæge og hovedvejleder, hvor uddannelsesprogrammet er udmøntet med tilpasning til den enkelte uddannelseslæge ud fra dennes og uddannelsesstedets aktuelle forudsætninger og muligheder.

Kandidatalder
Betegner intervallet fra opnået autorisation til påbegyndelse af et hoveduddannelsesforløb.

Kerneopgaver
De mest almindelige lægelige opgaver i forbindelse med de fleste patienter, der behandles inden for specialets område på sygehus, i speciallægepraksis eller i almen praksis.

Klinisk kompetenceprofil
National standard for nyuddannede lægers kliniske kompetenceprofil der tydeliggør hvilke opgaver, de skal kunne varetage, når de påbegynder den kliniske basisuddannelse.

Klinisk arbejde
Lægefagligt arbejde i sundhedsvæsenet. Ved klinisk arbejde forstås også lægefagligt arbejde i ikke-patientnære specialer.

Kliniske enheder
Organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet, der varetager patientbehandling og lægelig videreuddannelse.

Klinisk træning
Uddannelsesaktivitet på de dele af lægestudiet, der er henlagt til ophold på kliniske afdelinger, almen praksis mv. med henblik på erhvervelse af kendskab og kompetencer i lægeligt og klinisk arbejde. Begrebet er valgt frem for den passive betegnelse "klinisk ophold" for at lægge vægt på formålet, dvs. træningen i kliniske kompetencer/virke.

Kompetence
Lægens evne til at udføre de opgaver og udfylde de roller, der forventes på et givet tidspunkt i lægens professionelle udvikling. Kompetencebegrebet omhandler viden, færdigheder og holdninger.

Kurser
Læringsaktiviteter i videreuddannelsen, der ikke foregår som klinisk læring. Er kendetegnet ved tre elementer: at der skal opnås en (eller flere) bestemte kompetencer. At der er afsat tid til kompetenceopnåelse, samt at der indgår mulighed for fordybelse og refleksion. Det kan fx være selvstudiedage, projektopgaver, forskningstræning, simulation og teoretiske kurser.

Lægelig efteruddannelse
Den samlede livslange læringsproces, der følger efter speciallægeanerkendelsen.

Lægelig videreuddannelse
Består af den kliniske basisuddannelse og speciallægeuddannelsen. Speciallægeuddannelsen består af introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb.

Lægeprognose
Beregning af udbuddet af læger og speciallæger i arbejdsstyrken. Kan kompletteres med beregning (fx simulation eller fremskrivning) af behovet for læger og speciallæger.

Læring i klinisk arbejde
Den læring, der sker i forbindelse med lægeligt arbejde i den kliniske basisuddannelse (KBU),i alle speciallægeuddannelsesforløb og ved efteruddannelse, også selv om der ikke er tale om ansættelse i en klinisk afdeling.

Medicinsk-pædagogik
Den forskningsbaserede lære om kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle, herunder læreprocesser, vurdering af kompetencebehov, kompetencevurdering og tilrettelæggelse af uddannelsesforløb samt evaluering.

Medicinstudierne
Bruges som betegnelse for bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin, der udbydes på de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Målbeskrivelse
Angiver de kompetencer, indenfor alle 7 lægeroller, der skal opnås i KBU og speciallægeuddannelsen, som kræves for at opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge i det enkelte speciale. De angivne kompetencer skal være veldefinerede, mulige at opnå og kompetencevurdere i praksis. Målbeskrivelsen udarbejdes af de specialebærende selskaber og godkendes af Sundhedsstyrelsen, og skal revideres så kompetencemålene er opdaterede.

Overbygningsmodel
En specialestruktur, eller del af en specialestruktur, hvor der er grenspecialer med tilhørende uddannelsesforløb som overbygning på grundspecialer.

Postgraduat klinisk lektor (PKL)
Speciallæge med viden om medicinsk pædagogik som ansættes af universitet og videreuddannelsesregion til at udbrede god praksis ved tilrettelæggelse og gennemførelse af lægelig videreuddannelse. som blandt andet rådgiver det regionale råd og uddannelsesstederne om læring, pædagogik og kompetencevurdering i videreuddannelsen i et eller flere specialer. I Videreuddannelsesregion Syd bruges betegnelsen lektor i medicinsk pædagogik.

Pædagogisk udviklende funktion (PUF)
Funktion i hver videreuddannelsesregion, hvis formål er at sikre og udvikle kvalitet og effektivitet på alle niveauer i den lægelige videreuddannelse. Funktionen består af postgraduate kliniske lektorer i videreuddannelsesregion Nord og Øst og lektorer i medicinsk pædagogik i Syd.

Regionale videreuddannelsesråd
De tre regionale videreuddannelsesråd i Øst, Syd og Nord har ansvar for lægers videreuddannelse og er nedsat af regionsrådene i de 5 politiske regioner

Regionsfunktion
En regionsfunktion omfatter opgaver, der er af nogen kompleksitet, hvor sygdommen eller sundhedsvæsenets ydelser er relativt sjældent forekommende, og/eller hvor ressourceforbruget giver anledning til en vis samling af ydelserne.

Sammenhængende uddannelsesforløb
Et uddannelsesforløb, der både indeholder klinisk basisuddannelse og introduktionsforløb, introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb eller klinisk basisuddannelse, introduktionsforløb og hoveuddannelsesforløb.

Speciale
Betegnelse med flere brugte betydninger afhængigt af sammenhængen: 1) En gren af det lægevidenskabelige område (tilladelse til at betegne sig som speciallæge i et speciale) 2) Speciallægeuddannelsen (specialebærende selskaber udarbejder en målbeskrivelse for de enkelte specialer) 3) Lægers tilhørsforhold til et fagligt område der understøtter løsningen af patienternes og befolkningens behov for sundhedsydelser i hele landet (I vores speciale har vi fokus på at..) 4) Synonym med kliniske afdelingers arbejdsområde (Placeringen af specialfunktionerne under de enkelte specialer).

Specialebeskrivelse
Fastlægger specialernes kerneopgaver på hovedfunktions-, regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau og opgaver i beslægtede specialer.

Specialebærende selskab
Et lægevidenskabeligt selskab, der er ansvarlig for den faglige udvikling af et grundspeciale, og som står for revision af specialets målbeskrivelse.

Specialestruktur
Den konkrete struktur for opdeling af det lægevidenskabelige område i en række afgrænsede specialer med tilhørende uddannelsesforløb.

Sundhedskompetence
Betegnelse for borgeres muligheder for at tilgå, forstå og handle på information om sundhed. Sundhedskompetence inkluderer også evnen til at kunne forholde sig kritisk i mødet med sundhedsprofessionelle og evnen til at opsøge og navigere i sundhedsvæsenet.

Uddannelseskoordinerende overlæge (UKO)
Overlæge med særlig kompetence indenfor lægelig videreuddannelse, der har til opgave at rådgive sygehus- og afdelingsledelser, og koordinere uddannelsesinitiativer på tværs af afdelinger samt kvalitetssikre og videreudvikle videreuddannelsen på afdelingerne.

Uddannelsesansvarlig overlæge (UAO)/ uddannelsesansvarlig ledende overlæge (UALO)
Speciallæge med ledelsesansvar, som sammen med afdelingsledelsen er ansvarlig for uddannelseskvaliteten og læringsudbyttet i forhold til de opstillede kompetencer i den kliniske enhed.

Uddannelseskoordinerende yngre læger (UKYL)
En funktion, der kan tildeles en eller flere uddannelseslæger og/eller afdelingslæger ansat i afdelingen. Funktionen skal bidrage til at øge fokus og kvalitet i forhold til den lægelige videreuddannelse i afdelingen. Bistår og samarbejder med den uddannelsesansvarlige overlæge.

Uddannelseslæge
En læge i et videreuddannelsesforløb. En læge med dansk autorisation, der er ansat i en klassificeret stilling i den kliniske basisuddannelse, introduktionsforløb eller hoveduddannelsesforløb med godkendt uddannelsesprogram. Begrebet uddannelsessøgende læge bruges ikke herom.

Uddannelsesprogram
Er en beskrivelse af det enkelte uddannelsesforløb, med angivelse af de kompetencer, der skal erhverves og som indeholder en beskrivelse af læringsstrategier og kompetencevurderingsmetoder. For forløb med flere ansættelsessteder angiver uddannelsesprogrammet, hvordan kompetencer og kompetencevurdering er fordelt på disse.

Uddannelsestid i hoveduddannelse
Tidsinterval fra påbegyndt hoveduddannelsesforløb til udstedelse af speciallægeanerkendelse

INDEX

2

Baggrund

2. Baggrund

Behovet for lægelige kompetencer i det dan ske sundhedsvæsen hænger tæt sammen med samfundsudviklingen, borgernes behov, krav og forventninger til sundhedsvæsenets ydelser samt de medicinsk-teknologiske muligheder. Lægers uddannelse til speciallæge har derfor været og er fortsat i en kontinuerlig udviklingsproces med forandringer tilpasset samfundets behov.

Som baggrund for rapportens konklusioner og anbefalinger gives i det følgende et overblik over udviklingen af lægers videreuddannelse indtil nu og forandringer i sundhedsvæsenet. I de to første afsnit (2.1 og 2.2) er den historiske udvikling gennem det sidste århundrede beskrevet, mens det tredje afsnit (2.3) beskriver udviklingen efter årtusindeskiftet. I afsnit 2.4 beskrives de væsentligste udviklingstendenser i sundhedsvæsenet, som har haft betydning for lægers videreuddannelse, speciallægers opgaver og kompetencer.

2.1. Formalisering af videreuddannelsen

2.1.1. De første specialer

I begyndelsen af 1900-tallet kunne en læge efter aflæggelse af lægeløftet få ret til at praktisere. I 1907 indførte Foreningen af Yngre Læger (FAYL) og Københavns Universitet en turnusordning, for at give lægerne et vist klinisk og praktisk grundlag for deres virke. I 1918 udsendte Lægeforeningen den første fortegnelse over anerkendte speciallæger, og fastsatte samtidigt de første regler for speciallægeuddannelser udarbejdet af et særligt specialistudvalg.

2.1.2. Lægeloven og specialistnævnet

Da lægeloven i 1935 trådte i kraft etableredes Sundhedsstyrelsens specialistudvalg, som overtog arbejdet med anerkendelsen af speciallæger fra Lægeforeningen. I lægeloven blev det fastsat, at tolv måneders lønnet turnusuddannelse, der skulle omfatte kirurgisk og medicinsk tjeneste, var en nødvendig forudsætning for at opnå ret til at "udøve selvstændig virksomhed (Erhverv)". I 1935 var der 15 godkendte lægelige specialer. De generelle krav til speciallægeanerkendelse var:

- en kandidatuddannelse på 6 år
- gennemført turnusuddannelse og
- 2 års uddannelse i praktisk lægegerning, hvor det ene år kunne bruges til uddannelse i hovedspecialet uden for hoveduddannelsesstedet (BEK nr. 36 af 1937)

Kravet til de specifikke speciallægeuddannelser omhandlede ansættelssesteder og stillingsforhold, mens der ikke var krav til teoretisk uddannelse eller målbeskrevne opnåede kompetencer i uddannelsen.[1] Fra 1942 blev begreberne hoveduddannelse og biuddannelse brugt. Indledningsvis kunne læger med speciallægeanerkendelse i intern medicin eller kirurgi, som en tidlig forløber for grenspecialestrukturen, "avertere et eller flere Organspecialer" efter anerkendelse af Sundhedsstyrelsen.

I lægelovens § 14 var endvidere beskrevet krav om opslag af statslige og kommunale lægestillinger, krav om indhentning af Sundhedsstyrelsens vurdering af hvilke ansøgere, der var kvalificerede, og anført hvordan Sundhedsstyrelsen skulle indhente sagkyndig rådgivning til denne vurdering.

2.1.3. Centralsygehuse og specialevækst

I begyndelsen af 1900-tallet fandtes mange udelte sygehuse. Det vil sige, at der blev ikke skelnet mellem kirurgiske og medicinske afdelinger. Der var oftest én overlæge på afdelingen, som typisk var kirurg. En tiltagende udvikling inden for både kirurgi og medicin i mellemkrigsårene gjorde, at Sundhedsstyrelsen anbefalede amterne at samle den specialiserede behandling på centralsygehuse i amterne med en grundstamme bestående af én særskilt medicinsk og én særskilt kirurgisk afdeling samt ansættelse af røntgenspecialist (Pedersen 2005).

Centralsygehusene etableredes relativt hurtigt i hele landet med en tiltagende specialisering af organisering og kompetencer. Anæstesiafdelingerne opstod efter fremkomsten af effektive bedøvelsesmedikamenter. Nye og mere invasive operationer blev mulige, og en række kirurgiske specialer opstod. I samme periode etableredes de tværgående specialer. I efterkrigsårene var der således en væsentlig stigning i antallet af specialer (15 i 1935 mod 32 i 1972), som først og fremmest skyldtes udviklingen i hospitalsvæsenet. Den samlede udvikling i lægelige specialer kan findes i bilag 5.

[1] eksempelvis var kravet ved Obstetrik 1) 2 års ansættelse ved fødeafdeling af passende størrelse, hvoraf mindst 1 år som reservelæge, 2) 1 års ansættelse ved en større afdeling, der udelukkende eller i større udstrækning behandler patienter med gynækologiske lidelser, 3) 3 måneders ansættelse ved venerologisk afdeling

2.2. Kvalitetsudvikling og øget kapacitet i den lægelige videreuddannelse i årene 1970-2000

HHvor strukturen for den lægelige videreuddannelse var relativt uændret i de første årtier efter anden verdenskrig, bortset fra en betydelig stigning i antallet af specialer og læger, blev der tiltagende brug for styring og kvalitetssikring af videreuddannelsen op gennem 1960'erne og særligt i 1970'erne.

2.2.1. Krav om teoretisk undervisning tilføjes videreuddannelsen

I 1966 blev der indført krav om 120 timers teoretisk undervisning inden for alle specialer, således at speciallægeuddannelsen bestod af både den klinisk-praktiske uddannelse suppleret af teoretiske kurser. Det overordnede ansvar for den teoretiske undervisning blev lagt hos Sundhedsstyrelsen, mens de videnskabelige selskaber skulle varetage planlægning og afholdelse af kurserne. De 120 timer blev gradvist modificeret og i 1980 fremsatte Sundhedsstyrelsen et forslag, der medførte, at de teoretiske kursers samlede varighed skulle ligge et sted mellem 150 til 300 timer pr. speciale.

Omfang, indhold og afholdelse af den teoretiske undervisning i videreuddannelsen af læger var et betydeligt tema både i Betænkning om videreuddannelsen til speciallæge fra 1977 og i Fremtidens Speciallæge, speciallægekommissionens betænkning af 2000.

2.2.2. Udviklingen frem mod en speciallægeuddannelse i almen medicin

Udviklingen i sygehusvæsenet i den første del af det 1900 århundrede havde haft stor betydning for den lægelige arbejdsstyrkes profil. I år 1901 fandtes 1.372 læger, der bogstaveligt talt alle havde almen praksis som hovederhverv eller som betydeligt bierhverv. Ved Sundhedsstyrelsens lægetællling i november 1974 var tallet vokset til 9.033 erhvervsaktive læger, hvoraf kun 2.446 (27 pct.) var alment praktiserende læger (Sundhedsstyrelsen 1977). Der var derfor en bekymring for bemandingen af og kvaliteten i almen praksis. Den etårige sygehusuddannelse (udøvelse af selvstændigt virke), der blev indført med lægeloven, havde indtil 1970 været tilstrækkelig uddannelse til, at lægen kunne nedsætte sig i almen praksis.

Ved ændring af lægeloven i 1970 bortfaldt denne bestemmelse, og der blev tilføjet et krav om 24 måneders nærmere specificeret sygehusuddannelse samt et teoretisk kursus, for at kunne nedsætte sig i almen praksis. Bestemmelsen bortfaldt i 1976, hvor 18 måneders turnusuddannelse blev indført, og supplerende krav blev stillet til funktionen som alment praktiserende læge beskrevet i særlig bekendtgørelse om uddannelse af alment praktiserende læger. Fra 1982 kunne Sundhedsstyrelsen meddele læger tilladelse til at betegne sig som alment praktiserende læge, betinget af gennemførsel af uddannelseskrav (42 måneders varighed ud over turnusuddannelsen på 18 måneder) (BEK nr 324 af 1982). Selvom oprettelsen af specialet i almen medicin blev foreslået af speciallæge- kommission allerede i 1977, var det først i 1993 at den formelle uddannelse for praktiserende læger blev ligestillet med øvrige specialer, og speciallægeuddannelsen i almen medicin blev etableret, således at læger kunne blive speciallæge i almen medicin fra 1. januar 1994.

2.2.3. Genindførsel af turnusuddannelse

Uddannelsen til selvstændigt virke som læge (turnusuddannelsen) blev indført i 1976 (BEK nr. 551 af 1976), som et basalt videreuddannelsesforløb, der skulle gennemgås af alle yngre læger samt et system, der gav sikkerhed for, at de læger, der praktiserede under sygesikringsoverenskomsten havde tilstrækkelig klinisk og teoretisk baggrund. Der opstod imidlertid en betydelig ophobning af ansøgere omkring universitetsbyerne og ordningen blev derfor ændret i 1984. Det betød, at uddannelseslægerne blev fordelt til sygehuskommunerne efter et kombineret lodtrækning- og selvvalgssystem.

Turnus blev tænkt som blokansættelse, og Sundhedsstyrelsen fik hjemmel til at udtage det antal turnusstillinger, der var nødvendigt for, at kandidater kunne gennemgå den indførte 18-måneders turnusuddannelse. Den reelle uddannelsessituation var dog præget af manglende uddannelseskapacitet, særligt i almen praksis, og det var først i 1991, at alle læger blev tilbudt ansættelse som praksisreservelæge som led i turnusuddannelsen.

2.2.4. Gensidig anerkendelse af lægelige kompetencer

Danmark trådte i 1973 ind i EF, og der fulgte i 1975 to direktiver2, som Danmark var forpligtiget til at inkorporere i den nationale lovgivning vedrørende gensidig anerkendelse af eksamensbeviser, certificering og andre kvalifikationsbeviser for læger, samt samordning af de administrative eller lovfastsatte bestemmelser om virksomhed som læge. Dette blev tilføjet i lægeloven i 1976. Etableringen af en obligatorisk turnusuddannelse medførte, at alle fremtidige speciallæger ville opnå ret til selvstændigt virke (B-autorisation).

[2] Rådets direktiv nr. 75/362 af 16. juni 1975 og rådets direktiv nr. 75/363 af 16. juni 1975

Speciallægekommissionen af 1973, BETÆNKNING 815, 1977

Speciallægekommissionen nedsat i 1973 foretog den første samlede analyse og udarbejdelse af anbefalinger til den lægelige videreuddannelse. Baggrunden var blandt andet, at produktionen af medicinske kandidater var steget markant i slutningen af 1960erne (1967: 300 kandidater, 1974: 830 kandidater), mens antallet af uddannelsesstillinger kun havde ændret sig i begrænset omfang. Der var således opstået et misforhold mellem antallet af uddannelsesstillinger og læger, der ønskede et videreuddannelsesforløb. Den stigende specialisering og det store antal specialer gav desuden grund til at overveje specialestrukturen.

Kommissionens betænkning var omfattende og behandlede en lang række områder. Centralt i anbefalingerne var følgende emner:

- **Grenspecialestruktur.** Specialestrukturen, der bestod af 32 selvstændige specialer, blev anbefalet reduceret til 21 grundspecialer med en etablering af grenspecialer for Intern Medicin, Kirurgi og Neurologi. Med det hovedformål at skabe et fleksibelt uddannelsessystem med den bedst mulige udnyttelse af eksisterende ressourcer og et sent endeligt erhvervsvalg. Den nye specialestruktur blev indført i 1982 (BEK nr 323 af 1982).
- **Almen medicinsk speciallægeuddannelse**. Det blev anbefalet, at oprette en speciallægeuddannelse i almen medicin. Uddannelsen i Norge og Sverige gav inspiration, da der i årene for inden var blevet etableret videreuddannelser for at virke i almen praksis.
- **Uddannelseskapacitet i videreuddannelse.** Kandidatoptaget på de to medicinstudier var øget markant i 1960'erne uden at kapaciteten i videreuddannelsen var fulgt med. Kommissionen beskrev situationen som katastrofal med store flaskehalse, hvor læger ventede på bestemte stillinger i speciallægeuddannelsen, mens omkring 1.000 danske læger havde set sig nødsaget til at søge arbejde og videreuddannelse i Sverige. Trods dette fandt kommissionen, at "da der ikke findes tilstrækkelige prognoser for behovet for speciallæger i det danske sundhedsvæsen er der ikke basis for at foreslå, hverken hvor mange speciallæger, der er brug for, eller på hvilken måde uddannelserne skal styres".
- **Bedre udnyttelse af uddannelseskapaciteten.** For at skabe en mere effektiv uddannelse og rationel brug af uddannelseskapaciteten blev anbefalet en række tiltag. For de forskellige underordnede lægestillingsniveauer på de enkelte afdelinger blev det anbefalet, at formulere "en målsætning vedrørende den kliniske uddannelse". Kravet om sideuddannelsen i alle speciallægeuddannelser blev anbefalet nedlagt. Det blev yderligere anbefalet, at "læger kun skal kunne få speciallægeanerkendelse i ét speciale". Endelig blev det anbefalet, at indføre blokansættelser i speciallægeuddannelsen (uden, at det skulle være den eneste mulighed).
- **Den teoretiske videreuddannelse.** Kommissionen foretog en omfattende gennemgang af organisering og indhold i den teoretiske uddannelse. Som konsekvens blev blandt andet oprettet et udvalg under specialistnævnet, den teoretiske uddannelse blev specialespecifik, og der blev åbnet for mere fleksibilitet i den teoretiske uddannelse.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 1977

2.2.5. Videreuddannelsen og kapacitetsudfordringer

Kommissionen stod ikke alene med vurderingen af, at uddannelseskapacitetssituationen var alvorlig. Indenrigsministeriet havde beregnet, at der manglede 400 reservelægestillinger, hvis alle kandidater skulle påbegynde videreuddannelsen umiddelbart efter medicinstudiet. Herudover viste Sundhedsstyrelsens prognose for videreuddannelsen, at der ville opstå stillingsmæssige kapacitetsproblemer særligt inden for Intern Medicin. Indenrigsministeren opfordrede ved brev undervisningsministeren til adgangsregulering af lægestudiet (Sundhedsstyrelsen 1978). Der forelå ingen prognoser over lægebehovet i de næste tyve år. Efter at der i 1976 blev indført adgangsbegrænsning til det lægevidenskabelige studium (på 600 kandidater årligt) indførtes der i 1977 generel adgangsbegrænsning til alle videregående uddannelser."

På det bagtæppe afgav Sundhedsstyrelsen i 1978 en betænkning (Sundhedsstyrelsen 1978) vedrørende uddannelseskapaciteten og samfundets behov for læger i perioden 1977-1990. I betænkningen blev påpeget en væsentlig uoverensstemmelse mellem uddannelsesstillinger og kandidater i hele perioden, med betydelige afledte effekter for lægerne og sundhedsvæsenet. Blandt andet kunne turnusforløbene ikke etableres til alle kandidater. Det anbefaledes, at oprette en stor mængde reservelægestillinger og praksisreservelægestillinger eller øge antallet af slutstillinger.

Kapacitetsudfordringerne blev ikke løst i 1970'erne. Den store kandidatproduktion og oprettelse af uddannelsesstillinger ændrede forholdet mellem speciallæger og uddannelseslæger betydeligt. Samtidigt var arbejdstiden for læger blevet fastsat ved overenskomst i 1981 til 40 timer. Begge dele medførte bekymring for kvaliteten af den lægelige videreuddannelse.

Lægeprognoser og dimensionering af speciallægeproduktionen

Grundstenen til arbejdet med prognose og dimensionering af speciallægeuddannelsen blev lagt i 1978 af en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen med anbefalingen i betænkningen om den postgraduate kliniske uddannelseskapacitet og samfundets behov for læger. Lægeprognoserne er siden blevet udviklet blandt andet med etableringen af bevægelsesregisteret i 2000, nedsættelse af teknikergruppen i 2004 samt systematisk inddragelse af skøn og prognoser over kandidatproduktion fra medicinstudierne.

Som anbefalet i 1989 fik Sundhedsstyrelsen i 1990 hjemmel til at foretage en dimensionering af speciallægeuddannelsen med fastsættelse af "antallet af uddannelsesstillinger inden for hvert speciale" (BEK nr 509 af 1990). På baggrund af speciallægekommissionens anbefalinger blev det i 2003 ændret således (BEK nr 608 af 2003), at både antallet af introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb inden for hvert speciales skulle dimensioneres. Sundhedsstyrelsen skulle forud for dette indhente rådgivning fra det nyetablerede Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, og blev forpligtiget til at oplyse de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse om dimensioneringen, hvilket fra 2002 skete via dimensioneringsplanen.

I 2004 begyndte de daværende amter at indberette opslåede og besatte introduktions- og hoveduddannelsesforløb. Dimensioneringsarbejdet er over tid tilstræbt kvalificeret med tilbagemeldinger over opslåede og besatte stillinger. I 2005 blev den elektroniske stillings- og vakancetælling etableret med oplysninger om hospitalsansatte læger og speciallæger, herunder normeringer og besatte stillinger. Dette kunne også give sundhedsmyndighederne et overblik over behovet for læger – på specialeniveau og inden for de enkelte stillingskategorier. Tællingen blev nedlagt i 2015. Der havde i hele perioden været store udfordringer med datakvaliteten herunder manglende indrapporteringer, og det blev vurderet, at ressourceforbruget ikke stod mål med resultatet.

I de seneste ti år har der været et fokus på ønsker om øget fleksibilitet i dimensioneringen. I 2014 blev det besluttet, at introduktionsforløb kunne dimensioneres mere fleksibelt af videreuddannelsesregionerne. I 2021 blev der på forsøgsbasis indført mulighed for at ubesatte hoveduddannelsesforløb kan konverteres til andre hoveduddannelsesforløb i et andet speciale (fleksforløb). I 2023 er det således muligt at oprette i alt 100 fleksforløb.

2.2.6. Faststillingsreformen indføres og nye strukturer tilføjes videreuddannelsen

Efter der var indgået overenskomstaftaler for vagtbærende overlæger og afdelingslæger i henholdsvis 1987 og 1989 påbegyndtes faststillingsreformen, hvorved tidsbegrænsede stillinger, der ikke skulle bruges til uddannelse, blev konverteret til faste ansættelser for speciallæger. Målet var at bedre forholdet mellem uddannelseslæger og fastansætte læger til gavn for videreuddannelsen og samtidigt modvirke, at speciallæger optog tidsbegrænsede stillinger, der kunne bruges til videreuddannelsen.

I september 1989 udkom betænkningen Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse (Sundhedsministeriet 1989). Den var udarbejdet af en arbejdsgruppe under Indenrigsministeriet, nedsat i 1987 i relation til Folketingets lovindgreb i Foreningen af Yngre Lægers strejke mod overenskomsten (LOV nr 246 af 1987). Arbejdsgruppen havde til formål at komme med anbefalinger, der særligt skulle øge uddannelsesintensiteten. I betænkningen blev der anbefalet en ny model for tilrettelæggelse af den lægelige videreuddannelse omfattende blokansættelser, målbeskrivelser og enkeltstillingsklassifikationer. Samtidigt blev det anbefalet at oprette et tværgående samarbejde mellem amterne.

De anbefalede tiltag blev indført i årene efter. De regionale samarbejder mellem amterne i tre videreuddannelsesregioner blev etableret i 1989. De lægevidenskabelige selskaber udkom med den første samlede publikation over målbeskrivelser for samtlige specialer og grenspecialer i 1992 – som blev godkendt af Sundhedsstyrelsen. Blokansættelser var i 1996 indført i alle specialer på nær i de intern medicinske og kirurgiske specialer, fordi dette ville have betydet, at uddannelseslægerne allerede ved slutningen af introduktionsuddannelsen skulle vælge grenspeciale. Enkeltstillingsprincippet indførtes i 1997, efter at Sundhedsstyrelsen i 1996 var begyndt dimensioneringen af speciallægeuddannelsen ved at fastsætte antallet af uddannelsesstillinger inden for hvert speciale.

I 1990 blev § 14-ordningen om vurdering og ansættelse af overlæger decentraliseret (LOV nr 278 af 1990). Kvalifikationsvurderingen af ansøgere til overlægestillinger blev dermed flyttet fra Sundhedsstyrelsen til lokale faglige bedømmelsesudvalg nedsat af ansættelsesmyndigheden. Ansættelsesmyndighedens indstilling af flere egnede ansøgere skulle indsendes til Sundhedsstyrelsen til dennes faglige vurdering. Indstillingen fra Sundhedsstyrelsen var vejledende.

Som en del af kvalitetsudviklingen i den lægelige videreuddannelse blev inspektorordningen indført som en frivillig ordning i 1997, og Sundhedsstyrelsen udgav "Vejledning om evaluering i den lægelige videreuddannelse" i 1998. Der var allerede i 1991 iværksat en forsøgsordning med evaluering af den kliniske videreuddannelse, og vejledningen blev til på baggrund af resultatet fra denne. I vejledningen fastlægges det evalueringssystem, der skulle anvendes til måling af den kliniske kompetenceudvikling i 1996-uddannelsesordningen.

Kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse etableredes i 1996 i Sundhedsstyrelsens regi med repræsentanter for blandt andet Sundhedsministeriet, Undervisningsministeriet, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, de tre uddannelsesregioner og Den Almindelige Danske Lægeforeningen. Formålet var at "etablere et tættere samarbejde og en løbende dialog og en bedre koordinering af den lægelige uddannelses enkelte elementer med de administrative og økonomiske elementer i sygehusdriften".

2.2.7. Kvalitet, forskning og evidens i sundhedsvæsenet

Ønsket om kvalitet i den lægelige videreuddannelse med målbeskrivelser, inspektorordningen og klassificerede stillinger skal ses i lyset af et paradigmeskifte med hensyn til kvalitet og evidens, der spreder sig internationalt og i Danmark i 1990'erne. Læger inklusive uddannelseslæger er en væsentlig aktør i denne udvikling, og flere og flere læger udfører sundhedsfaglig forskning enten i forbindelse med videreuddannelsen eller ved afholdelse af forskningsbaseret orlov.

Kvalitetsstrategi og kvalitetsdatabaser
Den første nationale kvalitetsstrategi blev udgivet i 1993 med en begrebsafklaring og et ønske om en bred anvendelse af kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, herunder oprettelse af kliniske kvalitetsdatabaser (Sundhedsstyrelsen 1993).[3]

I starten blev kvalitetsarbejdet drevet af ildsjæle, og for at sikre landsdækkende koordinering og styring etableredes i 1999 et nationalt råd for kvalitetsudvikling med tilhørende projektkoordineringsudvalg. Senere fulgte Den Gode Medicinske Afdeling, Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser[4] og oprettelsen af Den Danske Kvalitetsmodel i 2004 med etablering af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS.[5]

I forbindelse med Kræftplan I (2000) blev der anbefalet etablering af kliniske kvalitetsdatabaser på kræftområdet i et samarbejde mellem sygehusejerne og de klinisk og forskningsorienterede miljøer. I Kræftplan II (2005) blev arbejdsområdet for de kræftspecifikke Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) beskrevet, herunder udarbejdelse af kliniske retningslinjer og oprettelse af kvalitets- og forskningsdatabaser. I Kræftplan III (2010) var fokus på at forbedre og udbygge de dele af patientforløbet, der ligger før og efter udredning og behandling i sygehusregi, herunder tidlig opsporing, rehabilitering og palliation. Ved Kræftplan IV (2017) blev der afsat yderligere midler til styrket indsats omkring de kliniske retningslinjer, og sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet etableres.

Regionerne oprettede i 2011 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) som en organisation, der er bygget op om de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser. RKKP understøtter på nuværende tidspunkt 85 kliniske kvalitetsdatabaser. Omkring de kliniske kvalitetsdatabaser er der klinisk forankrede styregrupper, og der udgives årligt rapporter med opgørelse af trends mv.

I forlængelse af de tidligere nationale strategier lanceredes Det National Kvalitetsprogram[6] i 2016 som en del af en aftale mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Programmet er stadig gældende og består af 8 nationale mål for sundhedsvæsenet (se boks), nationale netværk af lærings- og kvalitetsteams samt et nationalt ledelsesprogram for ledere af ledere i regioner og kommuner. Den nye retning for arbejdet med kvalitetsudviklingen skal have større fokus på datadrevet udvikling og fagligt samarbejde.[7]

Otte nationale mål for sundhedsvæsenet

1. Bedre sammenhængende patientforløb
2. Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
3. Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
4. Behandling af høj kvalitet
5. Hurtig udredning og behandling
6. Øget patientinddragelse
7. Flere sunde leveår
8. Mere effektivt sundhedsvæsen

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

[3] Ved udarbejdelse af den anden national kvalitetsstrategi (2000), blev det konstateret, at der var 57
[4] Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP) igangsat i 2000. I første omgang udelukkende på det somatiske område men senere med udvidelse til psykiatrien (2005), fødende (2012) og akutmodtagelsen (2015).
[5] Efter to akkrediteringsrunder og fra udgangen af 2015 blev akkrediteringsprogrammet udfaset på offentlige sygehuse, og i 2021 blev regeringen, Danske Regioner og KL enige om at udfase Den Danske kvalitetsmodel, hvorefter IKAS lukkede.

[6] https://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/det-nationale-kvalitetsprogram
[7] https://sum.dk/nyheder/2021/april/ny-tilgang-til-kvalitetsarbejde-i-sundhedsvaesenet-udfaser-den-danske-kvalitetsmodel-

Forskning og evidensbaseret praksis
Evidensarbejdet har tråde tilbage til 1970'erne men spreder sig først i 1990'erne med et ønske om at afklare, om behandlingsmetoder mv. er dokumenteret virkningsfulde. Det første nordiske Cochrane institut blev oprettet i Danmark i 1993 som en del af det internationale Cochrane samarbejde. Sundhedsstyrelsen udgav i 1994 pjecen, Medicinsk Teknologivurdering. Hvad er det? I 1996 udgav Sundhedsstyrelsen en national strategi for medicinsk teknologivurdering (Sundhedsstyrelsen 1996), som blev opdateret i 2008 (Sundhedsstyrelsen 2008).

Der blev løbende udgivet nye nationale vejledninger vedrørende medicinsk teknologivurdering, herunder metodebøger i 2001 og 2007 (Sundhedsstyrelsen 2001 og Sundhedsstyrelsen 2007B). I 1999 blev vejledning om indførelse af nye behandlinger udgivet (VEJ nr. 11052 af 1999), som en vejledning til hvordan nye behandlinger kunne tages i brug under overholdelse af krav angivet i lovgivningen, herunder i autorisa- tionsloven og hvornår der burde foreligge en formali- seret videnskabelig forsøgsplan og ske en anmeldelse til det videnskabsetiske komitésystem. Senere fulgte Sundhedsstyrelsens arbejde med Nationale Kliniske Retningslinjer og oprettelse af enhed for evidens i Sundhedsstyrelsen.

Samtidigt med indførelsen af paradigmet om evidensbaseret medicin blev den sundhedsvidenskabelige forskning styrket. Forskeruddannelsesreformen udmøntet i Ph.d.-bekendtgørelsen i 1992 (BEK nr 989 af 1992) skabte fælles rammer om indhold og omfang af forskningsuddannelsen. I 1995 afgav et udvalg nedsat af forskningsministeren en betænkning med oplæg til en national strategi for sundhedsvidenskab, NASTRA. I betænkningen blev det fremhævet, at et selvstændigt, men ikke enestående formål med sundhedsvidenskabelig forskning er at danne grundlag for udvikling og kvalitet i sundhedsvæsenet. Endvidere blev det fremhævet, at der var behov for udvikling og tydeliggørelse af rammevilkår for forskningen. I 1999 blev der fulgt op på dette, da et udvalg nedsat af sundhedsministeren og forskningsministeren udkom med rapporten "Medicinsk sundhedsforsknings vilkår og fremtid – med særligt henblik på sygehusområdet (Forskningsministeriet og Sundhedsministeriet 1999).

2.3. Udvikling af videreuddannelsen siden årtusindeskiftet

Bekymringer for effektiviteten og kvaliteten af speciallægeuddannelsen fortsatte trods iværksættelsen af de mange tiltag i 1990'erne. Der var mangel på speciallæger i flere specialer, og gennemførselstiden på kandidaten var lang. Ændringer i arbejdsorganiseringer havde medført, at uddannelseslægerne brugte meget af deres arbejdstid i varetagelsen af vagtfunktioner på afdelingerne og således ikke havde tilstrækkelig dagstid til uddannelsesfunktioner. Samtidigt var der behov for, at vurdere den lægelige videreuddannelses sammenhæng med og evne til at understøtte de strukturændringer i sundhedsvæsenet, der var undervejs (fx den funktionsbærende enhed).

EWS skema

2.3.1. Ændringer af speciallægeuddannelsen

Dette var baggrunden for, at Sundhedsministeren i 1998 nedsatte en Speciallægekommission, som skulle foretage en vurdering af den daværende lægelige videreuddannelse herunder blandt andet angive en specialestruktur, vælge specialer med angivelse af uddannelseskrav, foreslå varighed og tilrettelæggelse af videreuddannelsen mv. (jf. boks). Betænkningen med anbefalinger udkom i 2000 (Speciallægekommissionen 2000).

Fremtidens speciallæge – speciallægekommissionens betænkning 2000

Speciallægekommissionen fremlagde en række anbefalinger, der alle havde til formål at forbedre kvaliteten i speciallægeuddannelsen. Betænkningen beskrev blandt andet struktur for og indhold i speciallægeuddannelsen. Hovedformålet var at udvikle og skabe en bedre og hurtigere speciallægeuddannelse i Danmark.

Betænkningen var omfattende og behandlede en lang række områder. Centrale anbefalinger omfattede følgende temaer:

- **Speciallægekompetencen og de syv lægeroller.** Fokus i videreuddannelsen anbefaledes ikke udelukkende at være den specifikke lægefaglige viden (medicinske ekspertfunktion). Speciallægekompetencen defineredes som evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, der udover den medicinske ekspertfunktion også omfattede ledelse, pædagogik, kommunikation og samarbejde mv. I en konkretisering blev beskrevet, at speciallæger skulle kunne varetage behandling af alle uselekterede patienter, herunder alle akutte patienter inden for et givent speciale, og hovedparten (ca. 90 pct.) af de patienter, der henvistes til afdelingen. De syv lægeroller skulle bruges som en ramme for at beskrive de kompetencer, som speciallæger skulle besidde og mestre i relation til lægelige problemstillinger og arbejdssituationer i specialet. I forlængelse af faststillingsreformen blev det anbefalet, at en speciallægeanerkendelse repræsenterede det kompetenceniveau, der kvalificerede til fastansættelse i sundhedsvæsenet.
- **Gennemførsel og læring i den kliniske enhed.** Kommissionen anbefalede, at tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde skulle tage større hensyn til videreuddannelsen til speciallæge, fx ved at den skulle baseres på operationelle målbeskrivelser, der udmøntes i uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner. Desuden var fokus på forbedring af vejlederkompetencer, uddannelsesledelse og læringskultur.
- **Kompetencevurdering.** En systematisk vurdering af kompetenceudviklingen via en fortløbende formativ og sluttende godkendende summativ vurdering af lægers kompetencer blev anbefalet på baggrund af erfaringer med brug af evaluering af den kliniske kompetenceudvikling jf. vejledning fra 1997. Den ændrede speciallægekompetence med et fokus på flere roller var også en begrundelse for den formative evaluering. Kompetencevurdering af uddannelseslæger skulle være et bærende element i den lægelige videreuddannelse. Det blev anbefalet, at vurderingen skulle ske på baggrund af det enkelte speciales målbeskrivelse, hvori der også skulle beskrives kompetencevurderingsmetoder og at uddannelseslægen samler den nødvendige dokumentation for opnåelsen af en given kompetence i en uddannelseslogbog, der bør følge lægen under hele uddannelsesforløbet.
- **Uddannelsesstruktur.** Indholdet af speciallægeuddannelsen skal indeholde elementer både fra primærsektor og sekundærsektor, ansættelse på hovedfunktions- og specialiseret funktionsniveau, og en større del af uddannelsen for praksisrelevante specialer blev anbefalet at finde sted i speciallægepraksis.
- **En speciallægeuddannelse med to dimensioner.** Speciallægeuddannelsen skulle have to dimensioner. Første dimension, der omfattede den formaliserede og målbeskrevne uddannelse inden for et speciale og anden dimension, der omfattede den mindre formaliserede og individuelle profilering, der primært skulle ske *efter* speciallægeuddannelsen, men ofte påbegyndtes allerede *under* speciallægeuddannelsen.

- **En specialestruktur uden grenspecialer.** Grenspecialestruktur blev anbefalet afskaffet i forventningen om et stadig større pres for etablering af grenspecialer, ligesom strukturen med grenspecialer knyttet til ét grundspeciale gav en mindre fleksibel specialestruktur. Generelt fandtes en enhedsmodel mest hensigtsmæssig. Dog blev det anbefalet, at henholdsvis de fem kirurgiske specialer og de intern medicinske specialer blev integreret i en funktionsmodel med en fælles del. Betegnelsen fagområde skulle anvendes om de grenspecialer, som ikke videreførtes som specialer, samt subspecialer, interesseområder og ekspertområder. Fagområder skulle ikke godkendes og anerkendes af de centrale sundhedsmyndigheder. Hensigten med opdelingen i fagområder og specialer var, at den faglige udvikling smidigt og mere fleksibelt kunne tilgodeses, ved at fagområderne kunne blomstre og visne efter behov og gav adgang fra forskellige specialer.
- **Specialekriterier.** Kommissionen anbefalede, at et lægevidenskabeligt områdes specificitet, størrelse og omfang og specialestruktur i sammenlignelige lande, herunder forhold vedr. international mobilitet, skulle danne grundlag for en vurdering af, om området skulle være et speciale.
- **Central organisering og styring.** Det blev anbefalet, at etablere et nationalt videreuddannelsesråd, der havde til formål at rådgive centrale myndigheder vedr. videreuddannelsen på overordnet og principielt niveau. Samtidigt anbefaledes nedlæggelse af specialistnævnet og kontaktforum for lægelig grund- og videreuddannelse.
- **Styrkelse af den regionale styring.** Kommissionen fandt, at den ændrede tilrettelæggelse af videreuddannelsen omkring de funktionsbærende enheder og med opbygning af hoveduddannelsen i ét integreret forløb ville betyde en decentralisering af speciallægeuddannelsen og stille krav til planlægning og koordinering på tværs af amterne. Det blev anbefalet, at etablere regionale videreuddannelsesråd i de tre videreuddannelsesregioner med egne sekretariater samt oprettelsen af den regionale kliniske-pædagogiskeudviklende funktion. På amtsligt niveau anbefaledes etablering af amtslige videreuddannelsesråd, der blandt andet kunne rådgive ved etablering af uddannelsesstillinger, ved udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og ved arbejdstilrettelæggelsens uddannelsesmæssige konsekvenser.
- **Klinisk-pædagogisk udvikling.** Kommissionen anbefalede oprettelse af en klinisk-pædagogisk udviklende funktion i de tre videreuddannelsesregioner med det formål at styrke den kliniske uddannelse med ansættelse af regionale postgraduate kliniske lektorer og professorer for at udvikle undervisning og læringsmetoder samt rådgive uddannelsesenheder mv.
- **Teoretisk undervisning og forskningsundervisning.** Kommissionen fandt at uddannelseslæger både skulle opnå specialespecifikke kompetencer (specialespecifikke kurser) og kompetencer fælles for alle specialer (tværfaglige obligatoriske kurser) i videreuddannelsen. De tværfaglige kurser anbefaledes etableret i kommunikation, samarbejde, ledelse og administration og pædagogik samt i forskningsmetodelogi. Der indgik en anbefaling om organisation, økonomisk ramme, indplacering og tidsforbrug i uddannelsen blandt andet blev foreslået ca. 6 uger til de specialespecifikke teoretiske kurser, ca. 4 uger til de tværfaglige kurser, og ca. 12 uger til forskningsmetodologi og forskningstræning. Implementeringen af kurserne er foretaget, således at de generelle kurser inkluderer 9 dage i den kliniske basisuddannelse og 11 dage i speciallægeuddannelsen. De specialespecifikke kurser omfatter ca. 210 timer per speciale og forskningstræningens ramme (inkl. kursus) er blevet fastlagt til 20 dage.
- **Evaluering.** Den kontinuerlige evaluering af uddannelsesstederne foretaget af uddannelseslægerne ved afslutningen af et uddannelseselement skulle fortsætte og oplysningerne bruges til overvågning og til justering af uddannelsesstedernes funktioner og uddannelseskvalitet. Inspektorordningen, som tidligere havde været en frivillig ordning blev vurderet til at kunne styrke kvaliteten af den lægelige videreuddannelse. Den blev foreslået at gøres obligatorisk og omfatte alle afdelinger, der varetog videreuddannelse af læger. Kommissionen anbefalede også, at der skete en standardisering og systematisering af ordningen med revidering af håndbog, afklaring af inspektorernes forhold mv. Det anbefaledes endvidere, at der indførtes en inspektorlignende ordning for almen medicin.
- **§ 14 vurderinger.** Ansættelse som overlæge skulle fortsat ske efter en § 14 lægefaglig bedømmelse og foretages i forhold til en konkret stilling. En række ændringsforslag til den på daværende tidspunkt gældende vejledning (Indenrigs- og Sundhedsministeriets VEJ nr 107 af 1997) blev foreslået. Blandt andet blev det anbefalet, at inkludere bedømmelsen af ledelsesmæssige og administrative kompetencer (foruden kvalifikationer inden for det lægefaglige område, forskning og undervisning), og at Sundhedsstyrelsen i flere tilfælde blot skulle orienteres. Ved etablering af autorisationsloven i 2007 blev lægeloven afskaffet, og § 14-kravet blev ikke videreført.

På en række områder konsoliderede og videreby-gede Speciallægekommissionen på den udvikling, der var sket det foregående årti – målbeskrivelser, blokstillinger, regionalt samarbejde mv. Samtidigt anbefalede kommissionen en række principielt nye tiltag, såsom de syv lægeroller, nedlæggelse af grenspecialestrukturen, funktionsmodellen for intern medicin og kirurgi, og en yderligere formalisering af styringen og organiseringen af den lægelige videreuddannelse.

Anbefalinger fra speciallægekommissionen blev i vidt omfang implementeret hurtigt og med 2003-uddannelsesordningen (BEK nr 608 af 2003) var fundamentet for den nye struktur på plads. Evalueringen i 2010-2012 (Sundhedsstyrelsen 2012) viste da også, at hovedparten af speciallægekommissionens anbefalinger var implementeret og der var etableret en velfungerende organisation til varetagelse af speciallægeuddannelsen. Evalueringen påviste dog også, at der på en række områder var behov for justerede indsatser, hvorfor der blev givet en række anbefalinger som der blev fulgt op på i regi af det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Der blev nedsat flere arbejdsgrupper, hvor én af arbejdsgrupperne udarbejdede en systematisk oversigt over relevante kompetencevurderingsmetoder (Sundhedsstyrelsen 2013C), mens en anden arbejdsgruppe foretog en revision af de syv lægeroller for en mere tidssvarende beskrivelse (Sundhedsstyrelsen 2013A). I 2019 udgav Sundhedsstyrelsen desuden rapport om simulationsbaseret træning (se også afsnit 4.1.4).

Generelt har videreudviklingen af tiltag anbefalet af speciallægekommissionen været en central opgave for Sundhedsstyrelsen siden årtusindeskiftet. Det har været tiltag som: udarbejdelse af rådgivning, vejledninger for udarbejdelsen af målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, karrierevejledning, meritvurderinger, evaluering af uddannelsessteder, generelle kurser og specialespecifikke kurser, inspektorordningen m.m. Det har medført, at der aktuelt er et betydeligt omfang af lovbindende vejledninger (se også afsnit 3.1), håndbøger, og skabeloner tilknyttet den lægelige videreuddannelse.

2.3.2. Speciallægemangel, klinisk basisuddannelse og 4-årsreglen

En fortsat mangel på speciallæger flere steder i landet i 2000'erne var en barriere for at realisere alle styrker ved specialiseringen og investeringen i sygehusvæsenet, hvorfor der var et ønske om at øge produktionen af speciallæger og sænke kandidatalderen.

Derfor omlagdes turnusuddannelsen på 18 måneder til klinisk basisuddannelse på 12 måneder (BEK nr 1256 af 2007) i 2008. Samtidigt indførtes en 4-årsregel, der betød at et hoveduddannelsesforløb skulle være påbegyndt senest fire år efter første ansættelsesdag i den kliniske basisuddannelse (senere benævnt "4-års- reglen") (BEK nr 1257 af 25/10/2007). Begge dele skete på baggrund af aftale mellem regeringen, Danske Regioner og Lægeforeningen. Aftalen indebar også, at flere uddannelsesstillinger skulle opslås og besættes, at antallet af uklassificerede stillinger skulle nedbringes, og at alle uddannelseslæger skulle have uddannelsesplaner, vejledning og karriererådgivning.

Der var ved indførelsen af 4-årsreglen utilfredshed blandt yngre læger over tidsfristens betydning for deres muligheder for videreuddannelse, og der var en løbende offentlig debat om tiltagets afledte effekter, herunder læger der søgte til udlandet for uddannelse og arbejde. I 2013 blev der indført en lempelse af 4-årsreglen, så et ubesat hoveduddannelsesforløb kunne besættes af en ansøger som ikke opfyldte fristen (BEK nr 481 af 2013).

I 2014 vurderede en arbejdsgruppe i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse effekterne af 4-årsreglen og kom med forslag til ændringer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). Arbejdsgruppen pegede i et kompromissøgende forslag på en forlængelse af tidsfristen. 4-årsreglen blev den 1.april 2014 ændret og tidsfristen mellem påbegyndt KBU og et hoveduddannelsesforløb blev forlænget til 5 år (BEK nr 353 af 2014). I arbejdet blev der også peget på en række andre forhold, herunder bedre karrierevejledning, sikring af individuelle uddannelsesplaner, øgning af dimensionering af hoveduddannelsesforløb og en mere fleksibel administration af loftet over introduktionsstillinger. Fristen blev i 2017 på baggrund af lægedækningsudvalgets anbefaling forlænget til seks år (BEK nr 421 af 2017) for i 2019 at blive afskaffet (BEK nr 482 af 2019).

2.3.3. Udvikling i borgernes forventninger og rettigheder i mødet med sundhedsvæsenet.

Indførelsen af de syv lægeroller og opmærksomheden på, at læger er andet end medicinske eksperter skal ses i lyset af, at patienternes forventninger til sundhedsvæsenet med hensyn til rettigheder, åbenhed og valgfrihed udviklede sig. Lægen har ikke længere monopol på autoriteten qua sin titel, og patienter ønsker et inddragende møde i et tilgængeligt sundhedsvæsen. Mange patienter har viden og indsigt i egen sygdom og indgår aktivt og i dialog med lægen om behandlingen. Men ikke alle patienter har overskud til at opsøge sundhedsviden fra eksterne kilder eller tage aktiv deltagelse og stillingtagen til egen sygdom. Lægernes og andet sundhedspersonales evne til at imødekomme og interagere med alle typer af patienter blev derfor vurderet vigtig og nødvendig, så sundhedsvæsenet kunne tilbyde differentierede sundhedsydelser tilpasset den enkelte. Derfor skulle læger både i den præ- og postgraduate uddannelse tilegne sig kompetencer i forhold til denne udvikling i sundhedsvæsenet.

Mange patientrettigheder, klage- og erstatningsmuligheder tages i dag for givet, men de er i et historisk perspektiv nye og paradigmesættende. Retten til indsigt i egen sygehusjournal blev indført i 1987 (VEJ nr 128 af 1986) med undtagelser og udvidet i 1994 (VEJ nr 193 af 1993) til at omfatte alle oplysninger udarbejdet af autoriserede sundhedspersoner. Patienters mulighed for at klage over sundhedsfaglig behandling blev forbedret i 1987 ved oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (LOV nr 397 af 1987), der i 2011 blev omdannet til Patientombuddet for i 2015 at blive sammenlagt med det sundhedsfaglige tilsyn og autorisation i Styrelsen for Patientsikkerhed. I 2018 blev klageområdet overdraget til den nyoprettede Styrelse for Patientklager.

I 1992 trådte lov om patientforsikring i kraft, og patienterne fik via patienterstatningsordningen mulighed for at få erstatning for skader, selvom sundhedspersonen ikke havde begået fejl eller udvist forsømmelse, også kaldet en "no fault"-erstatningsordning (Sundhedsministeriet 1997). Før dette kunne patienter kun få erstatning for behandlingsskader ved domstolene efter dansk rets almindelige regler om erstatningsansvar (culpareglen).

Danmark var et internationalt foregangsland i adskillelsen af erstatningsmulighed og risiko for sanktionering af sundhedspersoner. Formålet med dette blev understreget i vejledning til patientforsikringsloven (VEJ nr 125 af 1992), hvor det blev beskrevet, at det "er meget vigtigt for patientforsikringsordningens funktion, at de involverede læger og andre aktivt medvirker ved vejledning af patienterne og ved afklaring af de nærmere forhold om den enkelte skadevoldende behandling. Der vil derfor ikke ske indberetninger om erstatningssager i patientforsikringsordningen til patientklagenævnet."

Patientforsikringsloven er blevet ændret og udvidet flere gange, herunder i 2003 med praksisområdet, 2016 behandling i forsvaret og fængselsvæsenet. Emnet benævnes siden 2017 som patienterstatning og omfattes i dag af lov om klage og erstatningsadgang (LBK nr 995 af 2018).

Patienterne har altså fået indsigtsret i fortegnelser over egen sygdom og behandling samt mulighed for at klage over behandling og få erstatning ved fejl. Samtidigt kan patienter forvente, at viden om fejl begået i sundhedsvæsenet bruges til at forbedre sundhedsvæsenet fremadrettet.

Folketinget vedtog enstemmigt i 2003 patientsikkerhedsloven (LOV nr 429 af 2003), der trådte i kraft ved årsskiftet til 2004. Loven var den første af sin slags i verden. Den forpligtigede amterne til at modtage, registrere og analysere rapporter om utilsigtede hændelser, ligesom sundhedspersoner blev forpligtiget til at indrapportere utilsigtede hændelser. Loven sørgede for, hvad der typisk bliver kaldt, vandtætte skotter mellem det lærende sundhedsvæsen og det disciplinerende system ved at beskrive, at sundhedspersoner, der indrapporterer utilsigtede hændelser ikke af den grund kan "underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene".

Samtidigt med ovennævnte forbedringer er der indført patientrettigheder vedrørende valg af behandlingssted og ventetider og parallelle pligter hos stat, regioner og kommuner. Kort her skal blot nævnes:

- Indførelsen af det frie sygehusvalg i 1993 (LOV nr. 1024 af 1992).
- Det udvidede frie sygehusvalg fra 2003.
- De maksimale ventetider ved behandling af kræft (2000) og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (2010).

De landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP), der blev indført i år 2000, kan ses i sammenhæng med tiltagene for patientrettigheder -og sikkerhed, og eksemplificerer et paradigmeskift, hvor patienten sættes mere i centrum, og dennes perspektiv bruges aktivt til vurdering af tilfredshed og udvikling af sundhedsvæsenet. I dag er LUP en omfattende spørgeskemaundersøgelse, der gennemføres i alle regioner inden for somatik, akutmodtagelse, fødsel og psykiatri.

2.4. Forandringer i sundhedsvæsenet

I dette afsnit beskrives kort en række udviklingstendenser, der har påvirket strukturen i sundhedsvæsenet, lægedækning og økonomi siden årtusindskiftet og som i forskellig grad har påvirket speciallægers opgaver og dermed også forventninger til de kompetencer, der skal udvikles under videreuddannelsen. Strukturudviklingen i retning af øget specialisering og samling af de akutte funktioner har desuden betydning for behovet for specialevalg og fordelingen af læger.

2.4.1. Et tiltagende specialiseret sundhedsvæsen og samling af sygehusfunktioner

Det faglige og sundhedspolitiske fokus i 2000'erne var i høj grad knyttet til sygehusvæsenet og over de sidste to årtier er sygehusvæsenet blevet mere samlet og specialiseret. Behandlingskvaliteten på en række områder er markant forbedret og aktiviteten på sygehusene er steget betydeligt. Den gennemsnitlige liggetid er blevet reduceret, og en stor del af sygehusbehandlingen er omlagt til ambulant funktion med et kraftigt fald i antallet af stationære sengepladser til følge.

Tendensen til centraliseringen i sygehusvæsenet er ikke ny, og overvejelser om patientgrundlag for sygehusfunktioner går helt tilbage til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om oprettelse af centralsygehuse fra 1929. Det var dog først i 1990'erne, at et stigende fokus på faglig kvalitet og specialisering for alvor begyndte at udmønte sig under princippet kvalitet frem for nærhed med funktionsbærende enheder og sundhedsstyrelsens vejledninger om specialeplanlægning på lands- og landsdelsfunktioner.

Samlingen af funktioner og centralisering af sygehusvæsenet blev accelereret med strukturreformen i 2007. På tværs af de fem nye regioners sygehusvæsener var der behov for at understøtte ensartede tilbud og en regulering af de mest specialiserede sygehusopgaver, hvorfor Sundhedsstyrelsen fik hjemmel i Sundhedsloven til at foretage specialeplanlægningen, dvs. regulering af varetagelsen af særligt komplekse opgaver i sygehusvæsenet.

Specialeplanlægning

Et bærende princip i specialeplanlægningen er "øvelse gør mester". Det vil sige, at der er en sammenhæng mellem aktivitet, robusthed og kompetence. Der stilles krav til varetagelsen af specialfunktioner, herunder kapacitet og robusthed, kompetencer og samarbejde og sammenhæng til andre specialer og understøttende sygehusfunktioner. Ved robusthed forstås, at funktionen kan varetages døgnet rundt hele året. Udgangspunktet er, at der som minimum er tre speciallæger, der har specifikke kompetencer til at varetage en given specialfunktion og at der er kompetencer fra andre relevante faggrupper. Der er aktuelt omkring 1.000 specialefunktioner fordelt ujævnt i 37 forskellige specialer. Samtidigt fik regionerne pligt til at indhente rådgivning hos Sundhedsstyrelsen ved udarbejdelse af sundhedsplaner, herunder akut- og sygehusplaner, psykiatriplaner, fødeplaner mv.

Akutområdet og sygehusbyggeri

I foråret 2006 havde det Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning besluttet, at akutberedskabet skulle gennemgås, fordi de forventede ændringer i akutmodtagelserne ville få betydning for den overordnede sygehusstruktur. Gennemgangen af akutområdet (Sundhedsstyrelsen 2007) var optakt til en gennemgang af samtlige specialer. Set i lyset

af at store ændringer formentligt ville få konsekvenser for gennemgang af de fleste specialer samt for de fysiske rammer, herunder sygehusplanlægningen, anbefaledes et befolkningsunderlag for fælles akutmodtagelser på 200.000-400.000 indbyggere. Dette havde omfattende konsekvenser for sygehusvæsenet, da det førte til en halvering af antallet af akutmodtagelser over en række år. I økonomiaftalerne i 2008 og 2009 og via kvalitetsreformen blev der afsat midler til investering i nyt sygehusbyggeri, der skulle udmøntes via Erik Juhl-udvalget (Regeringens ekspertpanel 2008 og 2010).

De nydannede regioner igangsatte en udviklings- og centraliseringsproces, og i de efterfølgende år blev der investeret historisk stort i sygehusbyggeri og apparatur. Der er tale om byggeprojekter, der stadig er i gang i dag. Samtidigt med, at nye super sygehuse er/bliver bygget, er der lukket en stribe mindre sygehuse, fx sygehuset i Kalundborg, Ringsted, Nakskov, Haderslev, Fredericia, Grenaa, Skanderborg og Brovst. Der vil, når sygehusene står færdige, være 21 sygehuse i Danmark, der modtager akutte patienter døgnet rundt.

Indførelsen af de fælles akutmodtagelser og paradigmet om speciallægen i front havde konsekvenser for sygehusenes organiseringer og lægernes arbejde. Specialet akutmedicin blev etableret i 2018 efter flere års drøftelser (se kapitel 3 for yderligere om oprettelsen af akutmedicin) og det blev dermed det 39. speciale som indgår i videreuddannelsen.

Prioritering af kræft- og hjerteområdet

Målet om at løse de væsentlige udfordringer, der omkring årtusindeskiftet var identificeret på både hjerte- og kræftområdet var centrale for udviklingen på sygehusområdet. Der var udfordringer med ventetider, begrænset kapacitet og højere dødelighed end i sammenlignelige lande. Begge områder har siden haft høj prioritet, og grundet en struktureret, gradvis og langsigtet opbygning af sundhedsvæsenets indsats med en faglig og ressourcemæssig styrkelse, kan begge områder i dag betragtes som nogle af de største nyere succeser for det danske sundhedsvæsen. Kræft- og hjertepakker, centralisering af behandling, implementering af multidisciplinært arbejde, investering i udstyr, opbygning af databaser, stærkere faglige miljøer og udvikling af retningslinjer har været en del af tiltagene på områderne.

Figur 1. Akutmodtagelser i 2023

Kilde: Danske Regioner

2.4.2. Fokus på lægedækning, almenpraksis og dimensionering

I det seneste årti har det faglige og sundhedspolitiske fokus særligt været på lægedækning i hele landet samt kvalitet i sundhedsvæsenet. Heraf har tre væsentlige fokuspunkter været: Udvidelse af opgaverne i almen praksis, implementering af speciallægen i front i de fælles akutmodtagelser, og reduktion i antallet af sygehuse.

Almen praksis er borgernes primære og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet. Den alment praktiserende læge har en central placering i sundhedsvæsenet og varetager blandt andet rollerne som den primære behandler, generalist, gatekeeper og visitator. Ligesom almen praksis er tovholder for borgernes kontakt med sundhedsvæsenet, er samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis derfor væsentligt.

Med samling og specialisering af sygehusvæsenets aktiviteter har det primære sundhedsvæsen gennem de sidste mange år fået flere opgaver, hvilket både skyldes flytning af opgaver, men også som følge af kortere indlæggelsestider og flere patienter med kroniske sygdomme.

På denne baggrund nedsatte den daværende regering i januar 2016 et udvalg om lægedækning i hele landet (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Udvalgets hovedkonklusion var, at der overordnet ikke var et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Derimod fandt udvalget, at der var udfordringer af mere afgrænset karakter inden for almen praksis i blandt andet yderområder og belastede byområder, på mindre sygehuse samt specifikt inden for det psykiatriske område. Udvalget kom med flere anbefalinger og implementeringen af disse er fulgt ved udgivelser af statusrapporter (Sundheds- og Ældreministeriet 2018A og Sundheds- og Ældreministeriet 2020).

Udbuddet af almen praksis til alle borgere i hele landet har været og er fortsat en udfordring. Forskellige initiativer er iværksat for at bedre lægedækningen blandt andet via overenskomst om almen praksis med differentieret basishonorar med særlig aflønning, som tilgodeser praksis med en stor arbejdsbelastning og/eller beliggenhed i et lægedækningstruet område. På regionsniveau er der blevet udarbejdet praksisplaner for at tilgodese lægedækning for alle borgere. I praksisplanen er beskrevet de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne, herunder at almen praksis er organiseret, dimensioneret og kvalificeret til at indgå i et samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Mange patientforløb går på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Optimalt skal behandlingsforløbet for den enkelte patient tage udgangspunkt i patientens individuelle udfordringer og behov. Der har været fokus på at skabe et patientforløb, hvori patienten føler sig tryg og hørt, og hvor patienten og pårørende ikke er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patientens forløb. Der har derfor været arbejdet på at forbedre samarbejdet mellem sektorerne, så patienterne kan opleve et trygt og sammenhængende forløb mellem almen praksis, udbudsklinikker, regionsklinikker, kommuner, hospitaler og andre behandlingstilbud.

Almen praksis er også en væsentlig aktør i forbindelse med videreuddannelsen af læger, da både basislæger og læger i uddannelse i specialet almen medicin har forløb i almen praksis. I 2017 blev det fastlagt, at alle klinisk basisuddannelsesforløb skal indeholde 6 måneder i almen praksis.

Inden for speciallægepraksis området har der ligesom for almen praksis været iværksat tiltag, som fremmer den faglige udvikling og kvalitetsarbejde. Moderniseringsudvalget nedsat af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Foreningen af Speciallæger understøtter denne udvikling og sikrer blandt andet et opdateret ydelsessortiment i overenskomsten vedrørende speciallægehjælp. Dette har betydet, at flere opgaver flyttes fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen, hvilket har og kan få yderligere betydning for videreuddannelsen i funktioner i flere specialer i fremtiden, hvis opgaver flyttes til speciallægepraksis.

Lægedækningsproblematikken

Regeringens Lægedækningsudvalg afgav anbefalinger i januar 2017 (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Det konkluderedes, at der ikke er var et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem men derimod udfordringer af afgrænset karakter inden for almen praksis, på mindre sygehuse og på det psykiatriske område. Der blev givet en række anbefalinger vedrørende den generelle geografiske fordeling af læger, almen praksis samt sygehuse og speciallæger (Regeringen 2017). Det blev på den baggrund besluttet, at alle læger fremover skulle i almen praksis som en del af den kliniske basisuddannelse, 5-årsfristen blev udvidet til en 6-årsfrist (BEK nr 420 af 2017), og der blev etableret forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb i lægedækningstruede områder. Dimensioneringen af almen medicin øgedes relativt inden for den samlede dimensionering, og optaget på medicinstudiet i Aalborg øgedes.

2.4.3. Økonomisk prioritering af sundhedsvæsenet

Prioritering er i stigende grad et tema i debatten om sundhedsvæsenet, ligesom det er et emne, som mange læger må forholde sig til i det daglige arbejde. Derfor har det også betydning for indholdet i videreuddannelsen.

Sundhedsydelser er i vid udstrækning offentligt finansierede i Danmark, og sundhedsvæsenet har traditionelt været finansieret via skatter. Brugerbetaling spiller kun en betydelig rolle indenfor enkelte områder, såsom tandsundhed, synshjælpemidler og køb af medicin. Filantropi og velgørenhed har historisk spillet en meget lille rolle i det danske sundhedsvæsen.

Udviklingen i udgifterne har den seneste årrække været påvirket af den voksende andel af ældre mennesker og af politiske prioriteringer, hvor der først og fremmest har været tale om prioriteringer, der har øget efterspørgslen på sundhedsydelser, fx udrednings- og behandlingsgarantier og pakkeforløb. Endvidere spiller særligt konjunkturudviklingen en rolle, da den sammen med de politiske prioriteringer er afgørende for udviklingen i bevillingerne til sundhedsområdet.

Efter velfærdssamfundets fremkomst steg udgifterne til sundhedsvæsenet betydeligt. I 1970'erne var der et øget fokus på offentlige udgifter, hvorfor udgiftsbegrænsning blev en sundhedspolitisk prioritering fra midten af 1970'erne. I 1982 blev indført rammebevillinger til sygehusene. I 1990'erne begyndte udgifterne til sundhedsvæsenet igen at stige. Afledt deraf kom et sundhedspolitisk fokus på konkurrence, effektivitet og kvalitet, og som led heri indførelse af det frie sygehusvalg i 1993. I år 2000 blev de kombinerede bevillinger indført. I første omgang, den såkaldte 90/10 ordning, hvor sygehusene fik en grundbevilling på 90 pct. af den forventede samlede bevilling, og 10 pct. som aktivitetsafhængig finansiering. Aktuelt finansieres det regionale sundhedsvæsen via et statsligt bloktilskud og en nærhedsfinansiering, mens også kommuner medfinansierer regionernes udgifter via et aktivitetsafhængigt bidrag samt et udviklingsbidrag fra kommunerne.

Fra 1999 var de offentlige sygehuse gennem aftaler mellem Amtsrådsforeningen/Danske Regioner og regeringen underlagt krav om årlig effektivisering på to procent uden brug af flere ressourcer. Dette effektiviseringsgreb havde oprindeligt de lange ventelister på operationer og behandlinger på sygehusene for øje. Indtil 2007 lød kravet på 1,5 pct., hvorefter det steg til to procent. Kravet blev fjernet som en del af finanslovsforhandlingerne i 2017. I takt med stigende behandlingsbehov er der fortsat behov for løbende effektivisering af alle ydelser i sundhedsvæsenet.

Derudover har der været en tradition for finansiering af udvalgte dele af sundhedsområdet gennem puljer og på anden måde øremærkede finanslovsbevillinger fx i forbindelse med implementeringen af politiske initiativer såsom kræftplaner.

De danske sundhedsudgifter ligger målt som andel af bruttonationalproduktet i den øvre del sammenlignet med andre OECD-lande (OECD 2021). Forskellige afgrænsninger af begrebet sundhedsudgifter, særligt i forhold til plejesektoren, betyder dog, at der er usikkerhed om denne vurdering. I en analyse fra 2014 bestilt af Danske Regioner findes, at *"danske sundhedsudgifter ekskl. udgifter til pleje og omsorg (…) er lave og absolut blandt de laveste i Nordvesteuropa og på en 19, plads blandt de 24 OECD-medlemslande"*, og *"Danske sundhedsudgifter har udvist den på lang sigt laveste vækst fra 1971 og frem"* (Søgaard Advice 2014).

Ibrugtagning af nye behandlinger kræver store investeringer i arbejdskraft, udstyr, materialer og bygninger. Når det sker samtidigt med, at der er et fokus på økonomistyring, medfører det et skærpet behov for prioriteringer for at understøtte en retfærdig fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet. En række redskaber har været brugt for at understøtte denne prioritering. I 2000'erne udgav Sundhedsstyrelsen medicinske teknologivurderinger (Sundhedsstyrelsen 2007B) på en række områder. I disse blev inddraget økonomiske vurderinger af sammenlignelige medicinske teknologier, så man *"dermed kunne konkludere hvilken af teknologierne, der bør foretrækkes ud fra et økonomisk perspektiv"*.

Senere har Sundhedsstyrelsen udgivet en lang række National Kliniske Retningslinjer (NKR) på områder, hvor der blandt andet kan være stort ressourceforbrug. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning har desuden et element af prioritering, da den medvirker til ressourceeffektive patientforløb ved at understøtte robusthed og patientunderlag. Et eksempel på sidstnævnte er beslutningen om placering af ét behandlingssted for protonbehandling i Danmark. Der har derudover i tværregionalt regi været en række organiseringer, hvor prioriteringshensynet har været omdrejningspunktet. Det gælder blandt andet Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS)[8] og Rådet for anvendelse af dyr sygehusmedicin (RADS) [9], hvis opgaveporteføljer i 2017 er overtaget af Medicinrådet[10]. Senest er Behandlingsrådet[11] oprettet.

Der har således gennem tiden har været iværksat en lang række tiltag for at tilskynde effektiviseringer og omkostningseffektiv brug af behandlinger for at begrænse sundhedsudgifterne. Efterspørgslen efter sundhedsydelser er dog steget betydeligt i samme periode grundet den demografiske udvikling og indførelsen af udrednings- og behandlingsgarantier, pakkeforløb, anvendelse af nye behandlinger, teknologi, medicinske muligheder mv.

Det er en løbende og kompleks opgave at balancere hensynet til læring, uddannelse og kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i en hverdag med stor aktivitet. Det er et rammevilkår, som fordrer planlægning og en organisatorisk robusthed for at kunne drage tilstrækkelig nytte af de læringssituationer, der er i patientbehandlingen.

[8] www.regioner.dk/kris
[9] https://rads.dk/
[10] https://medicinraadet.dk/nyheder/2019/anbefalinger-om-tidligere-kris-anbefalinger
[11] https://behandlingsraadet.dk/om-behandlingsradet

3

Den lægelige videreuddannelse i dag

3. Den lægelige videreuddannelse i dag

I dette kapitel beskrives den aktuelle lægelige videreuddannelse opdelt i følgende:

1. Det retslige grundlag
2. Opbygning
3. Specialestruktur
4. Indhold og læring
5. Den teoretiske uddannelse - kurser
6. Prognose og dimensionering
7. Organisering og styring
8. Kvalitetssikring og udvikling
9. Grunduddannelsen – medicinstudiet
10. Efteruddannelse
11. Lægelig videreuddannelse i udlandet

3.1. Det retslige grundlag

Den lægelige videreuddannelse reguleres af et omfattende sæt af regler, som beskrives i overordnede temaer i dette afsnit. Igennem hele kapitel 3 vil der være henvisninger til det gældende regelgrundlag. Der er en samlet oversigt over gældende retsgrundlag bagerst i rapporten.

3.1.1. Dansk retsgrundlag

Lov om autorisation af sundhedspersoner (Autorisationsloven) udgør lovhjemlen for hovedparten af de retsakter, der regulerer videreuddannelsen, og angiver den struktur, den lægelige videreuddannelse er bygget op efter.

Autorisationsloven forankrer den lægelige videreuddannelse i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Som øverste sundhedsmyndighed i Danmark har Sundhedsstyrelsen det overordnede ansvar for at tilvejebringe det faglige grundlag for uddannelsen, mens Styrelsen for Patientsikkerhed har myndighedsopgaven med at føre tilsyn med sundhedsvæsenet og sundhedspersonerne.

Ved bestået lægevidenskabelig eksamen og aflæggelse af lægeløfte opnås autorisation som læge. Autorisation offentliggøres i autorisationsregistret på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.
Kun med autorisation følger retten til lægetitlen og til at udøve den sundhedsfaglige virksomhed, som er forbeholdt læger. Opretholdelse af autorisation igennem videreuddannelsen, og det videre arbejdsliv som læge, er et grundlag for patientsikkerhed.

Efter universitetsuddannelse skal læger gennemføre den kliniske basisuddannelse (KBU), for at få tilladelse til selvstændigt virke, som beskrevet i Bekendtgørelse om tilladelse til selvstændigt virke som læge. Uden tilladelse til selvstændigt virke må lægen kun foretage de lægeopgaver, som følger af ansættelse på sygehus eller i almen praksis, hvor en overordnet læge har det faglige ansvar. I Bekendtgørelsen om lægers kliniske basisuddannelse findes reglerne om KBU-uddannelsen, herunder den særlige geografiske fordeling af KBU-læger på baggrund af lodtrækning.

Efter opnået ret til selvstændigt virke kan lægen videreuddanne sig til en af de 39 godkendte specialer angivet i Bekendtgørelse om speciallæger. Denne definerer overordnet rammerne for uddannelsen, herunder at speciallægeuddannelsen består dels af et introduktionsforløb, en hoveduddannelse og en teoretisk uddannelse.

De mere detaljerede vilkår for uddannelsens gennemførelse fremgår af bekendtgørelsen om uddannelse af speciallæger. Denne fastsætter blandt andet specialuddannelsernes længde, krav til ansættelsesstederne og godkendelse af kompetencer. Ved gennemført speciallægeuddannelse offentliggøres specialet under lægens navn i autorisationsregistret.

De enkelte speciallægeuddannelsers kompetencer er defineret i målbeskrivelserne, som er udarbejdet af de lægevidenskabelige specialer og godkendt af Sundhedsstyrelsen.

Myndighederne har udarbejdet en række vejledninger til fortolkning af bekendtgørelsernes regler. Her til kommer vejledninger, der danner grundlag for tilknyttede ordninger, som fx om Inspektorordningen i den lægelige videreuddannelse. Andre vejledninger har karakter af instrukser til Videreuddannelsesregionerne om hvordan bekendtgørelserne skal administreres.

Det kan være nødvendigt for myndighederne at dispensere fra bekendtgørelsernes regler om den lægelige videreuddannelse på grund af andre tungtvejende hensyn. Dispensationspraksis er i nogle tilfælde formaliseret i såkaldte administrationsnotater, hvori myndighederne har forhåndsdispenseret fra bekendtgørelserne på baggrund af nærmere angivne vilkår.

Da uddannelse sker under ansættelse, spiller overenskomsterne en væsentlig rolle i den faktiske tilrettelæggelse, men de har ikke nogen formel rolle i den lægelige videreuddannelse.

3.1.2. Internationalt grundlag

Læge er et lovreguleret erhverv i forhold til anerkendelsesdirektivet, som er fuldt implementeret i dansk ret. Danmark er derfor forpligtet til automatisk anerkendelse af uddannelsesbeviser, der opfylder direktivets krav, og som er indmeldt af medlemslandene. Læger uddannet fra EU/EØS har således mulighed for automatisk udstedelse af dansk autorisation.

Det er Styrelsen for Patientsikkerheds praksis at meddele både autorisation og tilladelse til selvstændigt virke til ansøgere fra andre EU-lande, som har de tilsvarende erhvervede rettigheder i deres respektive lande, under forudsætning af, at de fremgår af anerkendelsesdirektivets bilag.

Anerkendelsesdirektivet definerer i hvilket omfang, der kan opnås merit ved skift fra et indmeldt speciale til et andet, således at der maksimalt kan meritoverføres 50 procent af minimumsvarigheden (også betegnet 50 procent meritreglen). Af de 39 danske specialer er de 37 omfattet af 50 procent meritreglen. Kun Almen Medicin og Retsmedicin er undtaget.

Udenlandsk uddannede læger, som ikke er omfattet af anerkendelsesdirektivet, kan få anerkendt hele eller dele af deres uddannelse ud fra en konkret vurdering. Danmark er dog ikke forpligtet hertil. Af de 39 danske specialer er 38 anført i anerkendelsesdirektivets bilag V. Retsmedicin er ikke omfattet af automatisk anerkendelse. Udenlandske speciallæger i retsmedicin, eller specialer som ikke er en del af den danske specialestruktur, vil få foretaget en vurdering af, om der er væsentlige forskelle mellem deres speciallægeuddannelse og den danske speciallægeuddannelse.

3.2. Opbygning

Den lægelige videreuddannelse bygger ovenpå seks års universitetsuddannelse (bachelor og kandidatuddannelse i medicin) gennemført på et af de fire sundhedsvidenskabelige fakulteter. Efter afsluttet universitetsuddannelse og aflagt lægeløfte tildeles autorisation som læge, hvilket er adgangsgivende til den kliniske basisuddannelse i den lægelige videreuddannelse. Efter godkendelse af den ét-årige kliniske basisuddannelse (KBU), kan lægen fortsætte i speciallægeuddannelsen inden for et lægeligt speciale.

Alle dele af den lægelige videreuddannelse er kompetence- og tidsstyrede; det vil sige at uddannelseslægerne skal opnå målbeskrevne kompetencer i hvert element af uddannelsen, der har en fast varighed, og at der pågår en progression af kompetencer gennem videreuddannelsen.

Videreuddannelsen består af læring i klinisk arbejde, der langt overvejende sker under ansættelser på sygehuse og andre regionale institutioner, i almen praksis og for enkelte specialer i speciallægepraksis eller ved statslige institutioner. Sideløbende med de kliniske ansættelser skal gennemføres obligatoriske kurser, et forskningstræningskursus og et projekt.

Opnåede kompetencer, gennemførte forløb og obligatoriske kurser i videreuddannelsen dokumenteres i uddannelseslægens elektroniske logbog. På baggrund af denne dokumentation og efter ansøgning kan Styrelsen for Patientsikkerhed udstede tilladelse til selvstændigt virke og speciallægeanerkendelse.

Figur 2. Oversigt over lægers uddannelse og videreuddannelsesforløb.

Note: Introduktionsforløb kan være ½ år i almen medicin, såfremt anden del af KBU har været i almen medicin.

Figur 3. Sammenhæng mellem gennemført uddannelse og modtagelse af autorisation samt tilladelse til selvstændigt virke og speciallægeanerkendelse

Den kliniske basisuddannelse
Formålet med den kliniske basisuddannelse er at skabe en læringsramme for nyuddannede lægers overgang fra den universitære uddannelse til det kliniske arbejde. Sundhedsstyrelsen og regionerne tilrettelægger tilmeldings- og ansættelsesproceduren således, at den kliniske basisuddannelse kan påbegyndes snarest muligt efter opnåelse af kandidatgrad. Lægen skal under supervision, lære at træffe kliniske beslutninger i forbindelse med modtagelse, udredning og behandling på baggrund af patientens sygehistorie og symptomer. Lægen lærer at tilegne sig kompetencer på en arbejdsplads, hvor hensynet til patienterne kommer først. Der skal opnås i alt 16 generelle kompetencemål i den kliniske basisuddannelse, som består af 12 måneders blokansættelse fordelt med seks måneder i to forskellige specialer og tre obligatoriske kurser jf. Målbeskrivelsen for den kliniske basisuddannelse.

Den første ansættelse i den kliniske basisuddannelse skal være på et sygehus. Alle specialer kan i princippet indgå i den kliniske basisuddannelse, såfremt lægen har mulighed for at opnå de generelle kompetencer, der er beskrevet i målbeskrivelsen. Aktuelt er det besluttet, at anden del af alle kliniske basisuddannelsesforløb skal indeholde forløb i almen praksis (se afsnit 2.4.2).

Efter gennemført klinisk basisuddannelse kan lægen søge Styrelsen for Patientsikkerhed om tilladelse til selvstændigt virke, som er en forudsætning for at kunne få introduktionsuddannelsen i speciallægeuddannelsen godkendt.

Speciallægeuddannelsen
Formålet med speciallægeuddannelsen omfatter opnåelsen af to hovedelementer (beskrevet i Speciallægekommissionens betænkning fra år 2000):

1. Speciallæger skal kunne undersøge og behandle ca. 90 pct. af de patienter, der hører til i eget speciale på hovedfunktionsniveau.

2. Speciallæger skal have en høj professionel standard og en stor medicinsk ekspertviden, men skal også have evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, hvori blandt andet indgår ledelse, pædagogik, kommunikation og samarbejde. I Status og perspektiveringsrapporten fra 2012 blev det fastslået, at speciallægekompetencerne fortsat ønskes defineret og evalueret ud fra de syv lægeroller.

Speciallægeuddannelsen i Danmark er todelt bestående af et etårigt introduktionsforløb[12] og et 4- eller 5-årigt hoveduddannelsesforløb afhængigt af speciale.

[12] Introduktionsforløbet i Almen Medicin er dog 6 måneder, hvis lægen har været i almen praksis under sin kliniske basisuddannelse.

Formålet med todelingen er, at der under introduktionsforløbet kan ske en gensidig egnethedsvurdering; hvor uddannelseslægen og uddannelsesstedet vurderer om det valgte speciale (og specialets arbejde) er egnet for uddannelseslægen, og om uddannelseslægen har evner, der kan matche kravene i specialet.

Hoveduddannelsesforløb er ansættelser sammensat og godkendt af de tre videreuddannelsesregioner, og der indgår som regel ansættelse på såvel afdeling med hovedfunktion som afdeling med specialiseret funktion. Der er krav om ansættelse på mindst to ansættelsessteder inden for specialet (to-stedskravet), hver af mindst 12 måneders varighed, hvor et af forløbene skal være kontinuerligt. Ansættelsesvarigheden på de enkelte uddannelssesteder i hoveduddannelsesforløbet skal være på mindst seks måneder med mindre særlige målbeskrevne kompetencer kan opnås på kortere tid.

Under hoveduddannelsen skal samtlige kompetencer i specialets målbeskrivelse opnås (første dimension af videreuddannelsen). Samtidigt er der for de fleste læger også mulighed for i forløbet at dygtiggøre sig inden for specifikke områder efter individuelle faglige interesser og kvalifikationer (anden dimension af videreuddannelsen). Efter gennemført og godkendt hoveduddannelsesforløb kan lægen søge om speciallægeanerkendelse hos Styrelsen for Patientsikkerhed.

De ni intern medicinske speciallægeuddannelser er indlejret i den intern medicinske funktionsmodel, der indeholder en fælles introduktionsuddannelse og en fælles grunduddannelse.

Fem kirurgiske speciallægeuddannelser (karkirurgi, thoraxkirurgi, platikkirurgi, kirurgi og urologi) er indlejret i den kirurgiske funktionsmodel og har et mindre fællesindhold bestående af en fælles kursusrække.

Ansættelsesprocessen er forskellig i de tre dele af videreuddannelsen. De danskuddannede læger er garanteret et klinisk basisuddannelsesforløb et sted i Danmark. Introduktions- og hoveduddannelsesforløb besættes via opslag og ansøgning. Ansættelsesprocedure og forretningsorden for bedømmelsesudvalgene ved hoveduddannelsesforløb er formaliseret (Danske Regioner 2017) og grundet den nationale dimensionering af antal forløb, konkurrerer lægerne med hinanden om ansættelse i de udbudte hoveduddannelsesforløb i hvert speciale.

Tabel 1. Krav og procedure for søgning og ansættelse i videreuddannelsen

Videreuddannelseselement	Proces for ansættelse i et uddannelsesforløb
Klinisk basisuddannelse	Lægen tilmelder sig til ordningen via Sundhedsstyrelsen. Der er tilmelding 2 gange årligt – midt januar og midt august, og tilmelding kan kun foretages en gang. Efter tilmelding modtager lægen et lodtrækningsnummer med henblik på, hvornår der kan vælges forløb via basislæge.dk. Regionerne opretter et antal forløb på baggrund af Sundhedsstyrelsens fordeling, så alle tilmeldte til ordningen kan tiltræde et forløb almindeligvis 1-3 måneder efter afsluttet universitetsuddannelse.
Introduktionsforløb	Den enkelte afdeling ansætter lægen. Alle introduktionsforløb, undtagen i almen medicin og de ikke-regionale ansættelssesteder, opslås af de respektive afdelinger på sundhedsjobs.dk. Introduktionsstillinger på ikke-regionale ansættelssesteder opslås enten via institutionens egen hjemmeside eller via sundhedsjobs.dk. Introduktionsstillinger i almen medicin opslås på sundhedsjobs.dk., men søges via videreuddannelsesregionen.
Hoveduddannelsesforløb	De enkelte videreuddannelsessekretariater opslår hoveduddannelsesforløb, som er godkendt af det regionale råd for lægers videreuddannelse i egen videreuddannelsesregion. I hver videreuddannelsesregion nedsættes som udgangspunkt ansættelsesudvalg for hvert speciale. I mindre specialer og ved forløb på tværs af videreuddannelsesregioner kan det være anderledes. Proceduren for ansættelse i et hoveduddannelsesforløb er fastlagt af de fem regioner i et nationalt regelsæt.

3.4. Specialestruktur

Den nuværende specialestruktur består af 39 grundspecialer bygget op efter enten enhedsmodellen eller funktionsmodellen. Enhedsmodellen betegner specialeuddannelser uden fælles uddannelsesindhold med andre specialer. Funktionsmodellen er hvor en gruppe specialer har et klart afgrænset fælles uddannelsesindhold og fælles forløb som en del af uddannelsen.

Der er ni grundspecialer under den intern medicinske funktionsmodel, fem grundspecialer under den kirurgiske funktionsmodel, fire øvrige kirurgiske specialer og 21 øvrige specialer under enhedsmodellen. Særligt de intern medicinske og de kirurgiske specialer er afgrænset ud fra en organrelation. Samlet set er omkring halvdelen af specialerne afgrænset ud fra en organrelation.

Der er ét niveau for speciallægeanerkendelse, der giver mulighed for fastansættelse i sundhedsvæsenet. Specialestrukturen er kendetegnet ved få og brede specialer.

Speciallægeuddannelsernes længde (dvs. introduktions- plus hoveduddannelsesforløb) varierer fra 60 til 72 måneder. Speciallægeuddannelserne i de to funktionsmodeller (intern medicin og kirurgi) samt akutmedicin og klinisk onkologi, har en varighed på 72 måneder, mens øvrige specialer har en varighed på 60 måneder . Uddannelsesvarigheder baseres på speciallægekommissionens anbefalinger (fraset for akutmedicin og retsmedicin, der er oprettet senere), og der er ikke siden foretaget en systematisk gennemgang af specialernes uddannelsesvarighed.

Danmark har relativt få specialer sammenlignet med andre lande, og der er ingen myndighedsanerkendte subspecialer eller lignende.

Tabel 2. Lægelige specialer i udvalgte lande.

Land	Antal specialer
Australien[14]	23 specialer og 65 grenspecialer (fields of specialty practice)
Canada[15]	67 specialer (inkl. subspecialer)
Danmark	39 specialer (grundspecialer)
Holland[16]	63 lægelige specialer fordelt på 39 grundspecialer, 6 kirurgiske, 12 intern medicinske og 6 samfundsmedicinske profileringer/subspecialer
Norge[17]	46 specialer
Sverige[18]	63 lægelige specialer fordelt på 44 grundspecialer, 9 grenspecialer og 10 tillægsspecialer
Tyskland[19]	63 specialer (inkl grenspecialer) fordelt på 33 grund og 30 grenspecialer. Derudover 47 tillægsuddannelser
USA	128 specialer fordelt på 40 grundspecialer og 88 subspecialer
EU anerkendelsesdirektiv[20]	55

[13] Det er muligt at skære 6 måneder af almen Medicin introduktionsstilling, såfremt lægen har haft ansættelse i Almen Praksis under sin kliniske basisuddannelse.
[14] https://www.medicalboard.gov.au/registration/types/specialist-registration/medical-specialties-and-specialty-fields.aspx
[15] https://www.royalcollege.ca/rcsite/specialties/about-specialties-unit-e
[16] https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/geneeskundestudie/overzicht-opleidingen-1.htm
[17] Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) - Lovdata
[18] https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2021-2-7194.pdf
[19] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf
[20] Eu anerkendelsesdirektiv, bilag V

I 2003 blev den nuværende specialestruktur oprettet i forbindelse med, at den tidligere overbygningsstruktur blev nedlagt. Der er siden 2003 oprettet to nye specialer; retsmedicin i 2008 og akutmedicin i 2018. Nye specialer kan oprettes af indenrigs- og sundhedsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen baseret på rådgivning fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Der er opstillet en række kriterier, som indgår i overvejelserne i forbindelse med oprettelse af et speciale, men der er ikke fastlagt konkrete krav, der skal være opfyldt for at et givent lægefagligt område, kan anerkendes som et speciale.

Indførelsen af specialet retsmedicin

Den drivende kraft bag oprettelsen af specialet Retsmedicin i 2008 var Justitsministeriets ønske om at sikre retsmedicinske kompetencer i Danmark. Før retsmedicin blev et selvstændigt speciale blev de retsmedicinske opgaver varetaget af læger med speciallægeanerkendelse i Patologisk anatomi og cytologi, der efterfølgende havde gennemført et 3-årigt certificeringskursus i retsmedicin. Der er 22 retsmedicinere i Danmark (ultimo 2021).

Specialekriterier

1. Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang
   - *Patientunderlag (helst stort)*
   - *Antal driftsenheder (repræsentation i alle tre videreuddannelsesregioner)*
   - *Speciallægeantal (tilstrækkeligt til at understøtte udvikling og uddannelse)*
2. Det lægevidenskabelige områdes specificitet
   - *Få berøringsflader med andre specialer vedr. funktion og uddannelse*
   - *Selvstændig forskningstradition*
3. Specialestrukturen i sammenlignelige lande
   - *I hvor mange EU- og EØS-lande specialet er anerkendt.*

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2017F

Indførelsen af specialet akutmedicin

Sundhedsvæsenet og særligt sygehuslandskabet gennemgik store organisatoriske forandringer fra 2007 blandt andet som en konsekvens af implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for et styrket akutberedskab. Anbefalingen om indførelse af den enstrengede indgang til sygehusene via de nye fælles akutmodtagelser ændrede på organiseringen af modtagelsen af patienter. Der indførtes samtidigt et krav om 'speciallægen i front', så akutte patienter skulle tilses af en speciallæge. Kravet var et opgør med tidligere praksis, hvor det var almindeligt at nyuddannede og mindre erfarne læger varetog modtagelsen af akutte patienter i vagten. Ligeledes blev der angivet krav om hvilke specialer, der skulle være tilstede i vagten i varetagelsen af en opgave på et sygehus.

Det viste sig, at være en vedvarende udfordring at indfri målet om døgndækket tilstedeværelse i en række specialer (Sundheds- og Ældreministeriet 2016). En undersøgelse i 2013 (Vive 2013) viste, at akutmodtagelserne kun i begrænset omfang havde læger ansat til at dække hele døgnet med speciallægekompetencer. Det fremgik af undersøgelsen, at en hovedproblemstilling var at få speciallægerne involveret tidligt i patientforløbene og i at få tilrettelagt effektive patientsforløb.

Sundhedsstyrelsen nedsatte i 2016 en arbejdsgruppe for at afdække og beskrive faglige og organisatoriske udfordringer på landets akutafdelinger med fokus på akutmedicinske kompetencer (Sundhedsstyrelsen 2017E), herunder en vurdering af indførelse af et speciale i akutmedicin. Arbejdsgruppen nåede ikke til enighed om en samlet indstilling om et nyt speciale, men Danske Regioner og regionerne formulerede en fælles holdning, der støttede oprettelsen af et speciale i akutmedicin. Heri fremgik, at det nye speciale sammen med andre specialer skulle udgøre en vifte af muligheder for at sikre en kompetent og udbredt speciallægedækning på det akutte område i Danmark. Desuden blev påpeget, at de øvrige nordiske lande havde indført akutmedicin som et speciale eller truffet beslutning om at oprette et speciale – ligesom både USA, Storbritannien, Canada og Australien og flere EU-lande i mange år havde haft et speciale i akutmedicin.

På baggrund af redegørelsen fra arbejdsgruppen (Sundhedsstyrelsen 2017E) indstillede Sundhedsstyrelsen i juni 2017 til oprettelsen af et speciale i akutmedicin i Danmark. I indstillingen var beskrevet fordele og ulemper ved oprettelse, hvor følgende hensyn underbyggede oprettelse af specialet:

- Akutmodtagelsen kan understøtte rekruttering af yngre læger, og yngre læger vil lettere kunne se en karrierevej i akutmedicin.
- Der vil blive øget prestige for læger i akutmedicin og bedre grundlag for forskning og udvikling på området.
- Der vil blive sat fokus på den akutte patient og kerneydelsen i akutmodtagelsen, herunder fokus på triage og flow og optimale sektorovergange, så effektiviteten og forløbskvaliteten øges med færre kontakter, mindre ventetid og færre indlæggelser.
- Etablering af specialet vil give mulighed for automatisk anerkendelse af udenlandske speciallæger i akutmedicin, og danske speciallæger i akutmedicin vil kunne anerkendes i udlandet.

Udfordringerne omhandlede, at det ville tage tid og kræve ressourcer at implementere uddannelsen, samt at samarbejdet med andre specialer skulle afklares herunder placering af ansvar for patienten og at akutmedicineren skulle have særlige samarbejdskompetencer og kende til egne begrænsninger, så dennes og andre specialers kompetencer udnyttes bedst.

Sundhedsstyrelsen beskriver i indstillingen, at speciallæger i akutmedicin skal være specialister i den akutte og afklarende fase af et sygehuskrævende sygdomsforløb, og at akutmedicinerne skal samarbejde tæt med syge husets øvrige speciallæger og med sundhedsvæsenet uden for sygehusene. Det fremhæves, at forudsætning for at det nye speciale højner kvaliteten i akutmodtagelserne er, at alle specialer samarbejder om opgaven.

Den daværende sundhedsminister godkendte indstillingen, og akutmedicin blev oprettet som et selvstændigt speciale fra 1. januar 2018.I forbindelse med godkendelsen af specialet blev der lavet en overgangsordningen med flere meriteringsmuligheder.

Der er aktuelt (ultimo 2022) 138 læger med speciallægeanerkendelse i akutmedicin, hvoraf 108 har en eller flere andre speciallægeanerkendelse – hyppigst Almen medicin eller et af de intern medicinske specialer.

Speciallægen i akutmedicin (og specialsygeplejersker i akutmedicin) fremhæves i 2020 i det opdaterede planlægningsgrundlag for den akutte sundhedsindsats som havende centrale roller over de kommende år i den akutte indsats.

3.5. Indhold og læring

Læring i klinisk arbejde
Speciallægeuddannelsen gennemføres i kliniske enheder, dvs organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet, der varetager patientbehandling[21]. For nogle specialer, fx samfundsmedicin, gennemføres dele af speciallægeuddannelsen i statslige og/eller kommunale organisationer, Det er som ansat uddannelseslæge, at kompetencer udvikles og vurderes. Målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner for de enkelte uddannelsesforløb bruges som ramme til at beskrive hvad der skal læres hvor og hvornår, samt hvilke læringsmetoder der bør anvendes og hvordan kompetencevurdering af uddannelseslægen skal foregå.

Målbeskrivelsen beskriver de kompetencer, der skal opnås i løbet af speciallægeuddannelsen og danner grundlag for udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og sammensætning af uddannelsesforløbene.

De specialebærende selskaber udarbejder målbeskrivelser for hvert speciale i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, der godkender den. Der er udarbejdet en skabelon i regi af Sundhedsstyrelsen med tilhørende vejledninger, som anvendes ved udarbejdelse af målbeskrivelsen. Målbeskrivelsen består af en generel del udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, som er gældende for alle specialer. De specialebærende selskaber har ansvaret for udarbejdelsen af den specialespecifikke del af målbeskrivelsen herunder kursusrækken for de specialespecifikke kurser og forskningstræningen.

De specialebærende selskabers faglige ansvar for målbeskrivelser er historisk og begrundes i, at selskaberne forudsættes at have en naturlig faglig interesse i at have opdaterede målbeskrivelser. *"Dels i forhold til den faglige udvikling i specialerne og dels baseret på den erfaring, der opnås under anvendelsen af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer i uddannelsesforløbene"*. Der er ingen krav, regler eller fast praksis for opdateringshyppighed af målbeskrivelser, men der foretages en løbende vurdering inden for hvert speciale.

Kompetence – definition
Kompetence er lægens evne til at udføre de opgaver, og udfylde de roller, som forventes på et givet tidspunkt i lægens professionelle udvikling.

Kompetence omfatter:
1. Viden og færdigheder
2. Evne til at omsætte viden og færdigheder samt udnytte personlige evner i praksis
3. Personlige evner og holdninger.

En kompetence er således ikke blot en lægefaglig færdighed, men indeholder elementer af flere lægeroller.

Kilde: Erault M & Du Boulay B. 2000

Uddannelsesprogrammerne beskriver de kompetencemål, der skal opnås i de enkelte dele af et uddannelsesforløb. De konkretiserer målbeskrivelsen og er med til at fastlægge, hvad der skal læres hvor og hvornår. Uddannelsesprogrammer udarbejdes og godkendes i de tre videreuddannelsesregioner ud fra Sundhedsstyrelsens vejledning (VEJ nr 9587 af 2008).

Uddannelseslægen og ansættelsesstedet udarbejder inden for rammerne fastsat i uddannelsesprogrammet en individuel uddannelsesplan (VEJ nr 9587 af 2008). Uddannelsesplanen beskriver forventninger til kompetenceudvikling for den enkelte læge på det enkelte ansættelsessted, og hvordan denne kompetenceudvikling forventes at finde sted. Planen skal udarbejdes inden for den første måned (14 dage for KBU) af uddannelsesforløbet og skal løbende justeres. Karrierevejledning indgår som et element i den individuelle uddannelsesplan.

[21] Samfundsmedicin er undtaget herfra

De syv lægeroller definerer og beskriver roller og kompetencer, som læger skal mestre uanset speciale. Formålet med at bruge beskrivelsen af lægerollerne er at udfolde og nuancere lægens rolle som mere end lægefaglig medicinsk ekspert. Lægerollerne er i dag en del af det strukturelle fundament for alle specialers faglige profiler og målbeskrivelser, og er med til at give både opmærksomhed og sprog i den kliniske hverdag til at de forskellige roller og kompetencer, som lægen skal kunne indtage.

Kompetencevurdering

Kompetencevurdering af uddannelseslægen er et centralt redskab i speciallægeuddannelsen som led i den fortløbende læringsproces (formativ kompetencevurdering) og som en konsekvenshavende bedømmelse af målopfyldelsen (summativ kompetencevurdering). Grænsen mellem formativ og summativ kompetencevurdering er skarp. Alle kompetencevurderinger skal indebære konstruktiv feedback og aftaler om nye læringsmål.

I den målstyrede speciallægeuddannelse skal lægens kompetenceopnåelse vurderes og dokumenteres. Kompetencevurderingen skal foretages og optimalt med brug af validerede kompetencevurderingsredskaber. Det er de specialebærende selskabers ansvar (VEJ nr 9005 af 2012), at definere et "kompetencevurderings-program" (Heeneman S et al. 2021), der vurderer kompetencen på forskelligt niveau og ved brug af forskellige metoder samtidig med, at der skal tages hensyn til den kontekst kompetencen vurderes i. Det er implicit, at såvel opnåelse af kompetence som kompetencevurdering finder fortløbende sted i det daglige kliniske arbejde, hvorfor metoder, der er baseret på direkte observation er centrale.

I Danmark er således valgt en model, som der også generelt er fokus på internationalt, hvor der ikke er speciallægeeksamen. Speciallægeeksamener er udbredte i blandt andet USA, Canada og UK[22], og de er typisk skriftlige. Der er ikke betydende faglige begrundelser eller viden, der understøtter indførelse af specialisteksaminer i en dansk kontekst . Der foreligger dog den mulighed fx i forbindelse med kurser, at kursusarrangøren indlægger eventuelle tests, som skal bestås for godkendelse af kurset.

[22] I UK er der inden for flere specialer krav om bestået "specialty certificate examination for at kunne blive en del af Royal College

3.6. Den teoretiske uddannelse – kurser

Læring i klinisk arbejde suppleres af den obligatoriske teoretiske uddannelse og af selvstudium. Læringsmålene i kurserne skal primært rettes mod kompetencer, der er vanskelige at erhverve ved læring i klinisk arbejde. Det kan fx være inden for sjældne sygdomme, som ikke alle læger i et speciale vil stifte bekendtskab med i klinikken, Det kan også være procedurer der er vanskelige at udføre i klinikken af patientsikkerhedsmæssige hensyn eller hvor det er nødvendigt at opøve kompetencer gennem simulationstræning inden den udføres i klinikken.

Der skelnes mellem generelle og specialespecifikke kurser, som udvikles og afholdes af henholdsvis Sundhedsstyrelsen, videreuddannelsesregionerne[23] og af de specialebærende selskaber. Regionerne afholder udgifterne til de generelle kurser med undtagelse af "Sundhedsvæsenets Organisation og Ledelse, modul 2 (i daglig tale kaldet SOL 2), som udvikles og afholdes af Sundhedsstyrelsen. Staten finansierer en del af udgifterne til de obligatoriske specialespecifikke kurser.

Der er aktuelt 20 dages generelle kurser i den lægelige videreuddannelse i dag (heraf 9 dage i KBU), samt 20 dages forskningstræningsmodul (heraf bruges almindeligvis 10 dage på kurser) og op til 30 dages specialespecifikke kurser i speciallægeuddannelsen. Det samlede omfang af de generelle- og specialespecifikke kurser samt forskningstræning er derfor 70 dage[24] (se tabel 3). Det svarer til cirka fem pct. af den samlede uddannelsestid, hvor resten (95 pct.) foregår ved klinisk arbejde.

Tabel 3. Oversigt over kurser i den lægelige videreuddannelse, varighed og ansvarlig myndighed

Kursus aktivitet	Kurser	Ansvarlig myndighed
Generelle kurser Obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse, administration, samarbejde og pædagogik (20 dage i alt)	**Generelle kurser i den kliniske basisuddannelse – 9 dage:** Akut behandling og transport Kommunikation Læring /Pædagogik	Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
	Generelle kurser i introduktions- og hoveduddannelse – 11 dage: Klinisk vejledning (2 dage) Sundhedsvæsenets organisation og ledelse (SOL 1-3) (9 dage)	Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for SOL 2)
Forskningstræning Obligatoriske kurser i forskningsmetodologi og forskningstræning (20 arbejdsdage)	**Forskningstræning – 20 arbejdsdage (heraf 10 kursusdage)**	Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse
Specialespecifikke kurser (ca. 30 arbejdsdage)	Max. 6 uger – 210 timer	Hovedkursuslederne i det enkelte speciale (De videnskabelige selskaber) og Sundhedsstyrelsen

Kilde: VEJ nr 9689 af 2017, VEJ nr 9153 af 2011, VEJ nr 9164 af 2014 og VEJ nr 9320 af 2012

[23] Fraset kursus i Sundhedsvæsenets organisering og ledelse, 2, der afholdes af Sundhedsstyrelsen

[24] Ca. 68 kursusdage (både generelle og specialespecifikke kurser af 210 timer svarende til 28,3 dage) samt forskningstræning ud af ca. 1320 dage i alt (6 år à 220 arbejdsdage)

Generelle kurser
De regionale råd for lægers videreuddannelse er ansvarlige for evaluering af de generelle kurser, dog ikke Sundhedsstyrelsens SOL 2. Formålet med evalueringerne er fortløbende at vurdere om der er behov for ændringer af kursets form, indhold, kursusmateriale, kursusmetoder mv. Evalueringsform, evalueringspunkter og skalaer varierer mellem de tre videreuddannelsesregioner

Specialespecifikke kurser
De specialebærende selskaber er ansvarlige for gennemførelse og udvikling af de specialespecifikke kurser. Kurserne bliver tilrettelagt af en hovedkursleder, og kursusrækken skal fremgå af specialets målbeskrivelse. Hovedkursuslederne er udpeget af de videnskabelige selskaber og har en væsentlig rolle i forhold til afholdelsen af de specialespecifikke kurser og medvirke til at indholdet er fagligt relevant i samarbejde med eventuelle delkursusledere. Sundhedsstyrelsen har udgivet en håndbog for hoved- og delkursusledere (Sundhedsstyrelsen 2022B), der understøtter arbejdet som hoved- og delkursusledere.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledninger for afholdelse af de obligatoriske kurser i videreuddannelsen (VEJ nr 9320 af 2012). Der skal for hvert kursus udarbejdes en kursusbeskrivelse, der indeholder de formelle detaljer omkring kurset herunder kursets læringsmål. Der er ikke centrale krav om, hvor hyppigt kursusrækken revideres, men det anbefales som minimum at ske samtidig med revision af målbeskrivelsen for det enkelte speciale. Sundhedsstyrelsen godkender den samlede kursusrække i forbindelse med godkendelse af målbeskrivelsen for specialet, samt administrerer den statslige finansiering af udgifterne til afholdelse af de specialespecifikke kurser inden for en årligt fastsat ramme på finansloven.

De specialespecifikke kurser afholdes i de fleste specialer kun for uddannelseslæger i eget speciale, og praksis er således ikke at afholde fælles kurser på tværs af specialer. Der findes dog undtagelser med fælleskurser, blandt andet i de intern medicinske specialer, en del af de kirurgiske specialer, samt mellem samfundsmedicin og arbejdsmedicin.

Der er centrale krav til at få kurset godkendt. Kursisten skal have deltaget aktivt, have afleveret eventuelle opgaver til tiden og have demonstreret de færdigheder, som skal opnås på kurset samt have under 10 pct fravær fra undervisningen. Der er ikke krav om bestået eksamen efter afslutning af kurset, men nogle specialer har udviklet prætest af kursisterne med henblik på forberedelse og afsluttende test.

Omfanget af de specialespecifikke kurser varierer, men må ikke overskride en samlet varighed på 210 timer (Vejl. nr 9320 af 2012).

Historisk har enkelte specialer haft flere kursustimer end den fastlagte ramme (fx klinisk fysiologi og nuklearmedicin). Dette er blevet tilgodeset og godkendt, hvis der har været tungtvejende argumenter for en overskridelse. I flere specialer forventes yderligere specialespecifik kursusaktivitet. Det gælder blandt andet psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, hvor der indgår grunduddannelse i psykoterapi. De ekstra kursustimer efterlader færre timer til læring i klinikken.

Hovedkursuslederne skal en gang årligt give systematisk tilbagemelding til Sundhedsstyrelsen som dokumentation for kursernes afholdelse og funktion. Der er i vejledningen anført krav om brug af et simpelt evalueringsskema, der indeholder spørgsmål om kursisternes viden om kursusformålet, samt om kurset har levet op til formålet, men der er ikke fastlagt yderligere centrale krav til evalueringstype- og indhold.

Praksis for evaluering af de specialespecifikke kurser varierer dels fra speciale til speciale og dels fra kursus til kursus. Sundhedsstyrelsen modtager således ikke årlige evalueringer fra alle specialer, ligesom Sundhedsstyrelsen ikke har etableret en fastlagt proces for behandling af de modtagende evalueringer. Der foreligger derfor ikke en samlet vurdering af kvaliteten af kurserne.

Forskningstræning
Formålet med forskningstræningsmodulet er at bidrage til, at speciallægen selvstændigt kan opsøge, vurdere og udvikle ny viden, og være i stand til at anvende og formidle viden i et vidensbaseret sundhedsvæsen. En speciallæge bør således inden for eget speciales virkeområde besidde kompetencen til at opsøge og kritisk vurdere forskningsresultater.

Speciallæger har varierende forskningserfaring i de forskellige specialer ved tiltrædelsen af hoveduddannelsesforløbet. Forskningstræningsmodulet er obligatorisk, men der er mulighed for at få dispensation fra hele eller dele af modulet, hvis uddannelseslægen har forskningserfaring fx ved gennemført ph.d. uddannelse.

Rammen for forskningstræningsmodulet er i alt 20 arbejdsdage, fordelt på maksimalt 10 dage til en teoretisk del (kurser) og de resterende dage til selvstændigt arbejde med et mindre projekt.

Kursusstrukturen planlægges fleksibelt i de tre videreuddannelsesregioner og de centrale krav er 5-10 kursusdage omhandlende dels generel forskningsmetodologi og dels mere speciale- eller metodespecifikke emner. For hovedparten af specialerne er der en opdeling på mindst to kurser som sammenlagt er af 10 dages varighed.

I den teoretiske del indgår et introduktionskursus på tre dage, som videreuddannelsesregionerne udbyder sammen med universiteterne, hvor der præsenteres forskellige forskningstyper, en række statiske metoder, systematisk søgning af viden, samt træner uddannelseslægerne i at opstille en hypotese. Universiteterne udbyder også ét eller flere overbygningskurser. Nogle specialer, fx almen medicin, anæstesiologi, gynækologi & obstetrik samt kirurgi har specialespecifikke moduler til egne hoveduddannelseslæger, mens andre specialer benytter de generelle overbygningskurser udbudt af universiteterne.

3.7. Prognose og dimensionering

Der skal være et tilstrækkeligt antal læger til rådighed i sundhedsvæsnet for befolkningen. Tilrettelæggelsen af videreuddannelsen anvendes dels til at understøtte en hensigtsmæssig fordeling inden for specialerne og dels geografisk, hvorved uddannelsesmulighederne og -kapaciteten samtidig udnyttes i hele landet. Ud fra en samfundsøkonomisk og ressourcemæssig betragtning er det vigtigt, at der kun uddannes det antal speciallæger, som der er brug for. Ligeledes er det vigtigt, at der er en god balance mellem kandidatproduktionen på medicinstudierne, videreuddannelseskapaciteten og speciallægeproduktionen. Det er en rettighed for læger uddannet i Danmark at kunne få et uddannelsesforløb i den kliniske basisuddannelse, der derfor ikke dimensioneres. Her tilpasses uddannelseskapaciteten antallet af ansøgere.

Speciallægeproduktionen reguleres via dimensionering af hoveduddannelses- og introduktionsforløb, og Sundhedsstyrelsen har ansvaret for dimensionering. Der tages hensyn til forskellige faktorer og aktører ved udarbejdelsen af dimensioneringsplaner. De væsentligste faktorer er den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger fremskrevet i den gældende lægeprognose, og den beregnede tilgang til den lægelige videreuddannelse, udvikling i antallet af beskæftigede speciallæger og aldersfordelingen. Derudover foregående års dimensioneringsplaner, samt opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb og besættelsesgrader i de enkelte videreuddannelsesregioner og på landsplan.

Til vurderingen af det fremtidige behov for læger og speciallæger indgår skriftlige høringssvar fra blandt andet specialebærende selskaber og fagpolitiske organisationer, videreuddannelsesregioner og regioner. Herudover indgår en vurdering af uddannelseskapaciteten i videreuddannelsessystemet og udviklingen i demografi og sygdomsmønstre. Endelig indgår et hensyn til et tilstrækkeligt fleksibelt system, hvor der er mulighed for at justere antallet af uddannelsesforløb i dimensioneringsperioden, heriblandt videreuddannelsesregionernes mulighed for at flytte ubesatte uddannelsesforløb til andre specialer med større efterspørgsel.

3.7.1. Lægeprognosen

Lægeprognosen belyser den forventede udvikling i udbuddet af læger og speciallæger. Der udarbejdes dels et grundscenarie af udvikling i udbuddet af læger og et hovedscenarie, som udgør prognosens hovedfremskrivning af udvikling i udbuddet af speciallæger (se figur 4). Herudover udarbejdes scenarier, hvor der eksempelvis er ændret i antagelser om antallet af nyuddannede kandidater, ændret pensionsalder mv.

Prognosen danner grundlag for drøftelser mellem aktørerne om den forventede fremtidige lægelige arbejdsstyrke, og prognosen fungerer som et scenarieværktøj i fastsættelsen af antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Derudover indgår prognosen i Prognose- og Dimensioneringsudvalgets arbejde i forbindelse med rådgivning om størrelsen af kandidatproduktionen.

Prognosen indeholder tekniske fremskrivninger af udbuddet af læger og speciallæger. Fremskrivningerne kan bruges til at belyse den fremtidige balance mellem udbud og nuværende antal læger/speciallæger pr. 1.000 indbyggere.

Endvidere beskrives den historiske udvikling på det lægelige arbejdsmarked, og tendenser af betydning for behovet for læger i fremtidens sundhedsvæsen (se evt. Lægeprognose 2021-2045, kap.4).

Prognosen er baseret på en simuleringsmodel, hvor lægers fremtidige tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelse til speciallæge er baseret på historiske overgangssandsynligheder. Antallet af nye autoriserede læger samt fratrækningen af læger, der forlader arbejdsstyrken (orlov, pension og død) danner grundlaget for modellen.

Figur 4. Hovedscenariet inkl. orlov og ratio antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere som i 2021.

Kilde: Prognosekørsel (Sundhedsdatastyrelsen) og Danmarks Statistik

3.7.2. Dimensioneringsplanen

Sundhedsstyrelsen fastsætter i dimensioneringsplanen årlige rammer for dimensionering af introduktions- og hoveduddannelsesforløb i hver enkelt videreuddannelsesregion og for hvert enkelt speciale, derved reguleres antallet af speciallæger (BEK nr 96 af 2018). Udmøntningen af dimensioneringsplanen sker via opslag og besættelse af forløb, hvilket varetages af videreuddannelsesregionerne.

Ved udarbejdelsen af dimensioneringsplanen indgår 1) en samlet vurdering af behovet for speciallæger, når der tages højde for, at fem pct. af danskuddannede læger ikke opnår speciallægeanerkendelse, fx grundet karriere i medicinalindustrien, i universitetsverdenen el.lign., 2) uddannelsesstedernes uddannelseskapacitet og 3) hensynet til at fordele uddannelseslægerne i hele landet via fastlæggelsen af antallet af hoveduddannelsesforløb i den enkelte videreuddannelsesregion .

Dimensioneringsplanen udarbejdes efter rådgivning fra Prognose og Dimensioneringsudvalget under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, og Task Force for dimensionering af speciallæger.

Antallet af introduktionsforløb fastsættes i forhold til antal hoveduddannelsesforløb. Der anføres et minimum og et maksimum antal forløb for hvert speciale[25]. Ved fastlæggelsen af antal introduktionsforløb sikres, at der tilvejebringes et tilstrækkeligt antal til at få kvalificerede ansøgere til hoveduddannelsesforløbene. Samtidig tilstræbes, at der er en balance mellem antallet af forløb mellem specialerne, at der er tilstrækkelig uddannelseskapacitet og en balance mellem introduktions- og hoveduddannelsesforløb. Der er flere introduktionsforløb end hoveduddannelsesforløb hvilket giver mulighed for at lægerne kan afprøve flere forskellige specialer inden endeligt specialevalg og i øvrigt opnå et kendskab til andre specialer, der kan være nyttige ved det endelige valg af speciale.

I de to seneste dimensioneringsplaner (Sundhedsstyrelsen 2020B) er der givet mulighed for, at videreuddannelsesregionerne kan konvertere ubesatte hoveduddannelsesforløb til andre specialer, såkaldte fleksforløb, inden for den overordnede ramme af antal hoveduddannelsesforløb.

Videreuddannelsesregionerne og andre aktører, herunder faglige selskaber har mulighed for at ansøge Sundhedsstyrelsen om ændringer i den gældende dimensioneringsplan, herunder ansøgning om yderligere midlertidige hoveduddannelsesforløb. Det kan fx være relevant i forbindelse med etablering af en ny afdeling eller kapacitetsbegrænsninger inden for et speciale mv. Ansøgningerne om ændringer i dimensioneringsplanen behandles almindeligvis i Prognose- og Dimensioneringsudvalget, hvorefter Sundhedsstyrelsen fastlægger en eventuel ændring.

Sundhedsstyrelsen udgiver årligt en opgørelse af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen, baseret på indberetninger fra de Regionale Råd for Lægers videreuddannelse (se figur 13 og tabel 9). Desuden udarbejdes en årlig opgørelse over besatte introduktionsforløb.

[25] Siden 2014 har det været muligt for videreuddannelsesregionerne at øge antallet af introduktionsstillinger ud over det fastsatte maksimum, uden at Sundhedsstyrelsen skal godkende det. Øgningen skal have et rekrutteringsmæssigt sigte. Det følger af beslutning i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 11. juni 2014

3.8. Organisering og styring

Centralt niveau
Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed har tilsammen det overordnede ansvar for rammerne for den lægelige videreuddannelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fx fastsætte regler for videreuddannelsesinstitutionernes organisation og finansiering, uddannelsernes indhold og turnus.

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for de overordnede faglige rammer for den lægelige videreuddannelse. Således fastsætter og udmelder Sundhedsstyrelsen dimensioneringen af videreuddannelsen, og opstiller krav til indhold og mål for videreuddannelsen samt påser, at der sker fortløbende vurderinger, tilpasninger og justeringer af såvel den kliniske basisuddannelse som speciallægeuddannelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed er autorisationsmyndighed, meddeler autorisation, tilladelse til selvstændigt virke og tilladelse til at betegne sig som speciallæge. Styrelsen varetager også regelsættet for vurdering af, om udenlandsk uddannede læger og speciallæger opfylder betingelser for dansk autorisation og speciallægeanerkendelse.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse rådgiver sundhedsmyndighederne om spørgsmål, der vedrører den lægelige videreuddannelse. Det er fx om oprettelse af specialer, ændring af videreuddannelsernes længde og indhold, overordnede retningslinjer for udstedelse af tilladelser og speciallægeanerkendelser samt retningslinjer for dispensationer. Endelig rådgiver det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelser Sundhedsstyrelsen om dimensionering, blandt andet via Prognose og Dimensioneringsudvalget.

De specialebærende selskaber udarbejder de specialespecifikke dele af målbeskrivelserne og er ansvarlige for gennemførelse og udvikling af de specialespecifikke kurser. Der er ingen formelle krav til samarbejdet med andre specialer ved udarbejdelsen af målbeskrivelsen.

Regionalt niveau
Det regionale niveau for lægelig videreuddannelse består af de tre Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse med tilhørende videreuddannelsessekretariater (Syd, Nord og Øst). De fem politiske regioner har ansvar for at sikre, at beslutninger fra de tre regionale videreuddannelsesråd udmøntes.

De regionale videreuddannelsesråd har ansvaret for at tilpasse uddannelseskapaciteten løbende, sikre en smidig håndtering af de individuelle uddannelsesforløb samt kvalitetssikre og -udvikle videreuddannelsen (BEK nr 1706 af 2006).

Videreuddannelsessekretariaterne har den konkrete opgave med at tilrettelægge uddannelsesforløb og betjene de regionale råd. Sekretariaterne har en væsentlig funktion i videreuddannelsesrådenes koordinerende arbejde og indgår i et tæt samarbejde med de instanser, der varetager den lægelige videreuddannelse, herunder ikke mindst de regionale sundhedsvidenskabelige fakulteter og den pædagogisk-udviklende funktion (se afsnit 3.8).

Danske Regioner varetager koordination af regional politikudvikling og interessevaretagelse af regionernes behov og hensyn i forhold til den lægelige videreuddannelse.

De regionale råd for lægers videreuddannelse kan vælge at nedsætte rådgivende uddannelsesudvalg i de godkendte lægelige specialer. I alle tre videreuddannelsesregioner er der nedsat regionale specialespecifikke uddannelsesudvalg. I enkelte mindre specialer er der etableret landsdækkende specialespecifikke uddannelsesudvalg. Uddannelsesudvalgene er sammensat af speciallæger, som regel uddannelsesansvarlige overlæger, fra de uddannelsesgivende afdelinger i specialet, uddannelseslæger fra specialet, PKL eller lektor i medicinsk pædagogik samt en sagsbehandler fra sekretariaterne for lægelig videreuddannelse. De regionale specialespecifikke uddannelsesudvalg har til formål at drøfte spørgsmål om specialernes lægelige videreuddannelse herunder medvirke til at udvikle og sikre en høj kvalitet i speciallægeuddannelsen på alle uddannelsesafdelinger i eget speciale.

Lokalt niveau
De kliniske enheder er ansvarlige for rammerne for kompetenceudvikling, og de skal blandt andet tilrettelægge læring og kompetencevurdering i enhedens daglige arbejde.

På sygehusene er uddannelsesansvaret delegeret fra afdelingensledelsen til en eller flere uddannelsesansvarlige overlæger (UAO) eller uddannelsesansvalige ledende overlæger (UALO), der er ansvarlig for uddannelsen i afdelingen. Sammen med afdelingsledelsen skal den uddannelsesansvarlige overlæge sørge for uddannelseskvaliteten og læringsudbyttet. Den uddannelsesansvarlige overlæge skal blandt andet medvirke til at etablere et godt læringsmiljø, foretage evaluering af uddannelsen, sikre vejlederfunktioner og iværksætte initiativer til forbedring af uddannelsen på afdelingen. Uddannelsesansvarlige overlæger er ansvarlige for, at der er opdaterede uddannelsesprogrammer, og at alle uddannelseslæger har en individuel uddannelsesplan. Der var 654 speciallæger med uddannelsesansvar per januar 2022 (bilag 11).

Alle uddannelseslæger skal tildeles en hovedvejleder, som hjælper og vejleder uddannelseslægen i alle uddannelsesrelaterede forhold under ansættelsen. Hovedvejleder udnævnes af den uddannelsesansvarlige overlæge og er mindst et uddannelsestrin højere end den vejledte uddannelseslæge. Alle læger i afdelingen kan fungere som daglig klinisk vejleder dvs supervisere, vejlede og give feedback til kollegaer så kompetencedeling og øget læring foregår i videst muligt omfang.

Lokale uddannelsesfunktioner
Udover uddannelsesansvarlige overlæger kan der være følgende funktioner lokalt på sygehusene og regionalt i almen praksis, der bistår med organisering og styring af uddannelsesopgaven.

Uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL) er en funktion, som kan tildeles en eller flere uddannelseslæger eller afdelingslæger i en afdeling. Funktionen skal bidrage til øget fokus og kvalitet i forhold til den lægelige videreuddannelse i afdelingen og varetages under vejledning af og i samarbejde med den uddannelsesansvarlige overlæge. I januar 2022 havde 90 pct. af de uddannelsesansvarlige overlæger ansat en eller flere uddannelseskoordinerende yngre læger i deres afdeling.

Uddannelseskoordinerende overlæge (UKO) er en overlæge, ledende overlæge eller cheflæge, der har til opgave at rådgive sygehusledelse og afdelingsledelse, og på tværs af afdelinger at koordinere uddannelsesinitiativer, samt kvalitetssikre og videreudvikle videreuddannelsen på afdelingerne. To ud af tre uddannelsesansvarlige overlæger havde i januar 2022 en uddannelseskoordinerende overlæge i deres organisation. Funktionen er mest udbredt i Videreuddannelsesregion Nord og mindst i Øst.

Almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU). I hver region er ansat almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU), der medvirker til at sikre videreuddannelsen af læger i almen medicin. På landsplan er der 36 almen medicinske uddannelseskoordinatorer (opgjort april 2022)

Yngre almen medicinske uddannelseskoordinerende læge (DYNAMU). Uddannelseslæger i almen praksis kan tildeles funktionen og indgår i løsning af uddannelsesopgaven i almen praksis regionalt sammen med almenmedicinske uddannelseskoordinatorer og postgraduate kliniske lektorer.

Figur 5. Centrale aktører i den lægelige videreuddannelse

Kilde: Egen tilvirkning.

Ordforklaring
ISM: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
SST: Sundhedsstyrelsen
STPS: Styrelsen for Patientsikkerhed
NRLV: Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse
LVS: Lægevidenskabelige Selskaber
VUR: Videreuddannelsesregioner
RRLV: Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse

3.9. Kvalitetssikring og -udvikling.

Der er to nationale systemer for evaluering af den lægelige videreuddannelse, der skaber centrale data om kvalitet i den lægelige videreuddannelse: Sundhedsstyrelsens inspektorordning og uddannelseslægernes slutevaluering af uddannelsesstederne via evalueringsværktøjet uddannelseslaege.dk (tidligere evaluer.dk).

Derudover er der obligatorisk evaluering af kurserne i videreuddannelsen.

3.9.1. Evaluering af uddannelsessteder

Formålet med evaluering af uddannelsesstederne er at belyse styrker og svagheder, og give grundlag for at udvikle stedets uddannelsesfunktion. Regionerne har ansvaret for opfølgning på evalueringer af uddannelsesstederne og resultaterne af evalueringerne indgår i de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelses arbejde (VEJ nr 10527 af 2015).

Alle uddannelsesforløb evalueres af uddannelseslægen ved besvarelse af 26 spørgsmål via uddannelseslaege.dk. Før efteråret 2022 foregik evalueringen via hjemmesiden evaluer.dk, der blev udviklet af regionerne i 2009 (Sundhedsstyrelsen 2012) og er blevet benyttet i slutevalueringerne siden 2010 af alle tre videreuddannelsesregioner. Evalueringerne af uddannelsesstederne offentliggøres. Der er ikke et formelt krav om, at uddannelseslægerne skal gennemføre en evaluering, men erfaringen er, at mindst tre ud af fire uddannelseslæger udarbejder en evaluering med.variation mellem videreuddannelsesregionerne.

Udover evalueringen på uddannelseslaege.dk foretager uddannelsesstederne selv løbende interne evalueringer og gennemfører afsluttende samtaler med uddannelseslægerne enten før eller efter den elektroniske (skriftlige) evaluering.

3.9.2. Inspektorordningen

Inspektorordningen skal bidrage til kvalitetssikring og løbende kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse på de enkelte uddannelsessteder, som har læger i videreuddannelsesforløb. Ordningen omfatter ikke almen praksis og speciallægepraksis.

Ordningen er en peer-baseret kvalitetsinspektion og -udvikling. Ordningen virker gennem besøg på uddannelsesstederne af Sundhedsstyrelsens uddannede inspektorer. Inspektorerne er almindeligvis speciallæger i samme speciale hvor afdelingen har uddannelsesfunktion, men kan være fra andet speciale. Uddannelseslæger kan virke i inspektorordningen som juniorinspektorer. Specialeselskaberne indstiller inspektorer og juniorinspektorer til Sundhedsstyrelsen.

Forud for inspektorbesøg skal uddannelsesstedet foretage en vurdering af uddannelsesforholdene blandt andet ved at udfylde en selvevalueringsrapport i samarbejde med uddannelsesstedets læger og eventuelt andre relevante personalegrupper. Inspektorerne sammenholder afdelingens egen vurdering med de oplevede forhold. Inspektorerne planlægger besøget sammen med afdelingen, hvor sygehusledelsen skal deltage (Sundhedsstyrelsen 2016B).

Ved inspektorbesøget vurderer inspektorerne kvaliteten af varetagelsen af den lægelige videreuddannelse og bidrager til facilitering af kvalitetsudvikling af uddannelsen gennem formidling af gode erfaringer og råd til uddannelsesstedet samt forslag til ændringer i rutiner og uddannelsesmiljø. Besøget afsluttes med en afrapportering, der belyser indsatsområder, der kan forbedre uddannelsesmiljøet. Efter besøget følger uddannelsesstedet op på de aftalte indsatsområder. Inspektorrapporter bliver kommenteret af Sundhedsstyrelsen, som udvælger særlige indsatsområder.

Der er et mål om, at uddannelsessteder har inspektorbesøg minimum hvert fjerde år. Afdelinger med uddannelsesmæssige svagheder og problemstillinger besøges hyppigere. Inspektorrapporterne og Sundhedsstyrelsens kommentarer til rapporten offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Ved rapporter, som beskriver væsentlige mangler i forhold til varetagelsen af videreuddannelsen, kan Sundhedsstyrelsen iværksætter tiltag, fx i form af henvendelse direkte til afdelingen og/eller videreuddannelsesregionen.

Til Inspektorordningen har Sundhedsstyrelsen tilknyttet en følgegruppe, der løbende rådgiver omkring udviklingen af ordningen.

3.9.3. Regional kvalitetssikring og udvikling

I alle regionale råd for lægers videreuddannelse er der fast gennemgang af inspektorrapporter og data fra uddannelseslaege.dk. Derudover varierer det, hvordan der arbejdes med at dokumentere, sikre og udvikle kvaliteten af videreuddannelsen. Et eksempel er Videreuddannelsesregion Nord der siden 2020 har arbejdet med en monitorering af kvaliteten, der supplerer de nationale kvalitetsdata og de lokale kvalitetsdata, der udarbejdes på uddannelsesenhederne som fx årsrapporter[26]. Monitoreringen omfatter fire elementer:

- Forskning og udvikling inden for medicinsk pædagogik.
- Udvikling af uddannelsesgiverne (Faculty development), herunder kompetenceudvikling af postgraduate kliniske lektorer og kvaliteten i den teoretiske uddannelse af øvrige uddannelsesgivere (uddannelsesansvarlige overlæger, vejledere, uddannelseskoordinerende yngre læger m.fl.).
- Obligatoriske generelle kurser og forskningstræning.
- Strukturer og formelle rammer

Modellen er bygget op efter den internationalt anerkendte og udbredte forbedringsmodel, kvalitetscirklen (Plan-Do-Study-Act).

Afrapportering fra videreuddannelsessekretariatet til det regionale råd sker to gange om året. Første afrapportering omhandler "Kvaliteten i den teoretiske uddannelse af øvrigt faculty" og "De generelle kurser og forskningstræning". Anden afrapportering sker på rådets fjerde møde, hvor der afrapporteres vedrørende "Den pædagogisk udviklende funktion" og "Forskning og udvikling inden for medicinsk pædagogik" og "Struktur og formelle rammer".

[26] Eksempelvis Årsrapport 2021 for den lægelige videreuddannelse på Aarhus Universitetshospital

3.9.4. Den Pædagogisk Udviklende Funktion

Den Pædagogisk Udviklende Funktion (PUF) blev etableret på baggrund af Speciallægekommissionens anbefalinger med et mål om at styrke den kliniske uddannelse på afdelingsniveau. Der var behov for mere viden om, hvilke kompetencer der bedst erhverves i det kliniske arbejde, og hvordan de bedst opnås. Hensigten med den pædagogisk udviklende funktion er at sikre en optimal udnyttelse af eksisterende pædagogiske metoder (både præ- og postgraduat), at udvikle nye pædagogiske metoder, og sikre en tættere tilknytning til det universitære miljø (Speciallægekommissionen 2000). Det er de regionale råd for lægers videreuddannelse, der sørger for, at der en pædagogisk-udviklende funktion til udvikling af undervisnings- og indlæringsmetoder i videreuddannelsen (BEK nr. 1706 af 2006). Funktionen er etableret og finansieret i et samarbejde mellem videreuddannelsesregionerne, regionerne og de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Medicinsk-pædagogisk viden og kompetencer bliver inddraget i flere sammenhænge i den lægelige videreuddannelse, fx i udvikling af målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, meritvurderinger, rådgivning til uddannelsesansvarlige overlæger, rådgivning i problematiske uddannelsesforløb og forskning i medicinsk-pædagogik. Derfor har funktionen samarbejdsflader med forskellige parter, herunder de regionale råd, de specialespecifikke uddannelsesråd, de kliniske enheder, uddannelseslæger og universiteterne. Samarbejdet mellem den pædagogisk udviklende funktion og specialeselskaberne er ikke formaliseret.

Organisering af den pædagogisk udviklende funktion

I videreuddannelsesregionerne (VUR) Øst og Nord er den pædagogisk udviklende funk- tion (PUF) organiseret med specialespeci- fikke postgraduate kliniske lektorer (PKL). Der er cirka 40-50 postgraduate kliniske lektorer i hver af de to VUR, der i varierende grad er frikøbt til arbejdet. Derudover er der en postgraduat klinisk professor i VUR Øst og to ledende lektorer i VUR Nord.

I VUR Syd er beteg nelsen postgraduat klinisk lektor ændret til lektor i medicinsk pædagogik. Her er der ansat 8-15 lektorer i medicinsk pædagogik, der alle frikøbes til 40 arbejdsdage årligt til funktionen. De deler ansvaret for alle specialer mellem sig.

3.10. Grunduddannelsen – medicinstudiet

Grunduddannelsen gennemføres før den lægelige videreuddannelse og er tilrettelagt som bachelor- og kandidatuddannelse i medicin på Københavns Universitet, Aarhus Universitet, Aalborg Universitet og Syddansk Universitet. Bachelor- og kandidatdelen er hver især normeret til tre år, hvorfor uddannelsen samlet tager minimum seks år.[27]

Oprettelsen af nye medicinstudier har igennem de seneste år og historisk set været en måde at opnå en geografisk dækning af lægeressourcer, da danske og udenlandske erfaringer viser, at en stor del af færdiguddannede læger bliver boende og får arbejde i det område, hvor de er uddannet. (Fadlon mlf. 2020)

Københavns Universitet har siden etableringen i 1479 haft et medicinsk fakultet og var indtil 1933 alene om at uddanne læger. I 1933 begyndte undervisningen af medicinske studerende på det nyoprettede Aarhus Universitet. I perioden 1933-1953 kunne den studerende tage en del af uddannelsen i Aarhus, men det var først fra 1952, at den afsluttende eksamen og dermed hele uddannelsen kunne gennemføres på Aarhus Universitet. I 1966 blev Syddansk Universitet oprettet og med det medicinstudiet. I 1998 blev Odense Universitet til Syddansk Universitet. I 2010 blev medicinstudiet på Aalborg Universitet oprettet.

Ud over uddannelserne på de fire universiteter er der en kandidatuddannelse i Region Sjælland i Køge udgående fra Københavns Universitet (oprettet i 2019), og en kandidatuddannelse i Esbjerg udgående fra Syddansk Universitet[28] (oprettet i 2022). Københavns Universitet har som opfølgning på aftalen om udflytning af studiepladser, planlagt at oprette en ny lægeuddannelse fra 2024 forankret i Region Sjælland; det vil sige med både bachelor- og kandidatuddannelse.[29]

3.10.1. Studieordninger og opbygning af medicinstudierne

Studieordningerne på medicinstudierne er tilrettelagt i henhold til universitetsloven, uddannelsesbekendtgørelsen, eksamensbekendtgørelsen, adgangsbekendtgørelsen og karakterbekendtgørelsen, alle udstedt af Uddannelses- og Forskningsministeriet. Uddannelses- og forskningsministeren kan efter forhandling med indenrigs- og sundhedsministeren fastsætte regler om grunduddannelse af sundhedspersoner, jf. autorisationsloven § 15. Ved udarbejdelse af studieordninger og væsentlige ændringer heraf drøfter universitetet den nye eller ændrede studieordning med aftagerpaneler, autorisationsmyndigheder og relevante organisationer samt indhenter udtalelser fra censorformandskabet om de forhold, der berører prøve- og eksamenssystemet. Inden en studieordning godkendes eller ændres, skal universitetet sikre koordinering med andre universiteter, der udbyder samme uddannelse. (Uddannelsesbekendtgørelsen, BEK nr 2285 af 2021).

[27] Eksempelvis Årsrapport 2021 for den lægelige videreuddannelse på Aarhus Universitetshospital
den samlede normerede studietid blev kortet fra 6,5 til 6. Baggrunden for dette var Bolognaprocessen.

[28] https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/irs_regional_sundhedsforskning/uddannelse/kandidatuddanelse_i_medicin_i_esbjerg

[29] https://sund.ku.dk/nyheder/2022/03/ku-opretter-ny-laegeuddannelse-i-region-sjaelland/

Bachelor og kandidatuddannelsen på de fire medicinske fakulteter

Bachelor- og kandidatuddannelsen i Aalborg er inspireret af de syv lægeroller. På kandidatuddannelsen er rollerne operationaliseret som syv akademiske søjler. Uddannelsen er opbygget efter en spiralstruktur, hvor faglige områder belyses flere gange gennem uddannelsen med stadig stigende kompleksitet. Målet er, at de nyuddannede læger kan indtræde i stillinger på den efterfølgende kliniske basisuddannelse.

Bacheloruddannelsen på Syddansk Universitet indeholder 4 spor, der løber parallelt (biomedicinspor, professionsspor, akademikerspor og mennesker først), mens kandidatuddannelsen indeholder tre spor (klinisk medicin, professionsspor og akademikerspor) og er forskningsbaseret og professionsorienteret. Målet med uddannelsen er, at den pågældende efter uddannelsen kan "bestride underordnede lægestillinger på tilfredsstillende måde med hensyn til viden, færdigheder og holdning, herunder lægeetiske forhold, patientsikkerhed, patientinddragelse og samarbejde mellem sundhedsprofessionelle".

På Københavns Universitet er kompetenceprofilen inddelt under rollerne akademiker, lægefaglig ekspert, kommunikator, samarbejder og professionel. Målet med uddannelsen er, at den pågældende efter uddannelsen kan "bestride underordnede lægestillinger på tilfredsstillende måde med hensyn til viden, færdigheder, kompetencer og holdninger, herunder til lægeetiske forhold og patientsikkerhed.

På Aarhus Universitet er kompetenceprofilen opdelt i viden, færdigheder og kompetencer. Uddannelsen er opbygget efter en spiralstruktur der skal give lægen 'tilstrækkelig baggrund for at påbegynde klinisk arbejde som læge, og ruste lægen til livslang indsats inden for det mangfoldige lægevidenskabelige virkefelt'. Kandidatuddannelsens kliniske uddannelseselementer er bygget op omkring tydelige læringsmål og kompetencebaserede klinik ophold, hvor der gives feedback og kompetencevurdering med udgangspunkt i kompetencekort (adapteret fra KBU).

Medicinstudiet tilrettelægges som heltidsuddannelse. Generelt har der været en bevægelse, hvor medicinstudierne i stigende omfang er overgået fra undervisning præget af udenadslære og stringent naturvidenskabeligt pensum til et større fokus på case-baseret undervisning, klinisk kunnen og medmenneskelige kompetencer. Studieordningerne på de fire universiteter er meget forskellige og ikke harmoniserede. Der er fokus på forskellige læringsmetoder og kompetencer, ligesom mængden og placeringen af klinikophold under studiet er varierende (se boks). Der er ikke krav om opbygning af kompetenceprofiler efter de syv lægeroller, men lægerollerne er blevet inddraget mere og mere i beskrivelsen af hvilke kompetencer, der skal opnås i medicinstudiet.

Grunduddannelsen forbereder lægen til at kunne varetage erhvervsfunktionerne i den kliniske basisuddannelse. I uddannelsesbekendtgørelsen fremgår det, at *"kandidatuddannelsen i medicin har til formål at kvalificere den studerende til at opnå de kompetencer inden for naturvidenskabelige, adfærds- og samfundsvidenskabelige fag, samt parakliniske og kliniske fag, der er nødvendige for efter afsluttet kandidateksamen at kunne bestride underordnede lægestillinger på tilfredsstillende måde med hensyn til viden, færdigheder og holdning, herunder til lægeetiske forhold"*.

3.10.2. Dimensionering af medicinstudiet

Uddannelses- og Forskningsministeriet fastlægger maksimumsrammer for tilgangen af studerende. Det vil sige, at der besluttes, hvor mange studerende hvert enkelt universitet årligt må optage på henholdsvis bacheloruddannelsen og kandidatuddannelsen. Uddannelses- og Forskningsministeriet er medlem af Sundhedsstyrelsens Prognose- og Dimensioneringsudvalg. Anbefalinger fra udvalget videregives til arbejdet med dimensionering af optaget på medicinstudiet. Som regel fastlægger universiteterne niveauet for optag svarende til det maksimale antal.

Regeringen ændrede optaget til medicinstudiet fra sommeroptaget 2019, så der er blevet fastsat differentierede lofter over optaget på bachelor- og kandidatdelen af uddannelsen. Formålet var dels at tage højde for det frafald, der skete i overgangen mellem bachelor- og kandidatuddannelsen, dels at reducere de medicinstuderendes vandringer på tværs af landet efter afsluttet bacheloruddannelse. Den nye dimensionering betyder, at optaget på bacheloruddannelserne er øget med 19 pct., mens dimensioneringen på kandidatuddannelserne er forblevet uændret.

3.11. Efteruddannelse

Den lægelige efteruddannelse ligger efter speciallægeanerkendelsen og er en del af lægers livslange læring. Behovet for efteruddannelse drives af den faglige udvikling og indførelsen af nye typer teknologi, procedurer og behandling, som kræver nye kompetencer.

Regionsråd og kommunalbestyrelser har i henhold til sundhedslovens §74 og §118 ansvaret for at varetage henholdsvis sygehusvæsenets opgaver og tilvejebringe tilbud om sundhedsydelser. Regioner og kommuner har således en forsyningsforpligtigelse, der indebærer at de nødvendige funktioner kan opretholdes døgnet rundt, året rundt også i perioder med spidsbelastning. Sygehusene skal sikre at der er tilstrækkeligt personale med de relevante kompetencer til at varetage funktionen (Sundhedsstyrelsen 2015). De har jf. Sundhedsloven en generel forpligtigelse i forhold til, at sundhedspersoner kan varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde pligter, som følger af lovgivningen. Heri ligger også en forpligtigelse til at anvende efteruddannelse for at fastholde og udvikle de kompetencer der er nødvendige for at kunne varetage sundhedsvæsenets opgaver.

Autoriserede sundhedspersoner har en forpligtigelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed, jf. autorisationsloven § 17, hvorfor den enkelte læge har et selvstændigt ansvar for at holde sin faglige viden ajour, hvilket almindeligvis fordrer deltagelse i efteruddannelser eller andre aktiviteter, som udvikler lægens faglige kompetencer. Kravet om fortsat dygtiggørelse fremgår også af lægeløftet.

Den lægelige efteruddannelse er ikke reguleret eller under tilsyn fra de centrale sundhedsmyndigheder. Der foretages ikke central registrering eller kontrol af lægers efteruddannelser, der er ingen direkte krav om efteruddannelse, ligesom der ikke bliver udstedt anerkendelse fra sundhedsmyndighederne for gennemførsel af formaliserede efteruddannelsesforløb.

Omfanget og indholdet i efteruddannelse er meget varierende, og der er mange forskellige udbydere af efteruddannelsestilbud, herunder Lægeforeningen, videnskabelige selskaber, medicinalindustrien m.fl.

Der bliver på tværs af specialebærende selskaber benyttet forskellige betegnelser for uddannelser som gennemføres efter opnået speciallægeanerkendelse, hvilket til dels kan skyldes, at der internationalt findes forskellige specialestrukturer og forskellige betegnelser for faglige områder under og mellem specialer. Betegnelser som subspecialiserings-, ekspert-, fag- og specialistuddannelser anvendes om efteruddannelsesområder.

Overenskomstaftalt efteruddannelse

For regionalt ansatte speciallæger er der i overenskomsten mellem Danske Regioner og henholdsvis Yngre Læger og Overlægeforeningen aftalt ret og pligt til minimum 10 lønnede efteruddannelsesdage. Efteruddannelsen tilrettelægges under hensyn til både den enkelte speciallæges ønsker og afdelingens behov og drift. I forbindelse med MUS/LUS udarbejdes en gensidigt forpligtende efteruddannelsesplan, der kan have et flerårigt sigte, og der følges op på planen minimum én gang årligt.

Alment praktiserende læger har jf. Overenskomst om almen praksis 2022 tre dages obligatorisk systematisk efteruddannelse om året og mulighed for selvvalgte kurser, der er godkendt til brug i efteruddannelse. Den systematiske efteruddannelse omhandler efteruddannelsesaktiviteter inden for en række aftalte og prioriterede temaer, der som udgangspunkt er relevante for alle alment praktiserende læger. Efteruddannelsen er organiseret under Fonden for Almen Praksis, der finansieres via indbetalinger reguleret i overenskomsten. Der er en udbygget organisering under fondsbestyrelsen med en styregruppe, koordinationsgruppe og sekretariatsfunktion under Praktiserende Lægers Organisation . Efteruddannelsesfonden blev etableret i 1995.

En lignende struktur er etableret for speciallægepraksis, hvor Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis er etableret med blandt andet det formål at understøtte og finansiere efteruddannelse i speciallægepraksis, ligesom overenskomsten giver mulighed for tilskud til efteruddannelse for speciallæger.

3.11.1. Fagområder

Betegnelsen fagområder blev fastlagt ved indførelsen af 2003-uddannelsesordningen, hvor grenspecialestrukturen blev nedlagt. Intentionen var at skabe et mindre formaliseret og fleksibelt supplement til speciallægeuddannelsen, der muliggør at fagområderne let dannes, når der er behov for det, og let kan afskaffes hvis nødvendigt.

Fagområder tildeles ikke formel anerkendelse af centrale sundhedsmyndigheder, og fagområder kan etableres og nedlægges uden centrale myndigheders godkendelse.

Denne fleksibilitet var baggrunden for etableringen af en enstrenget specialestruktur med relativt få specialer kombineret med muligheden for at etablere fagområder. Fagområdebeskrivelser fra de enkelte faglige selskaber er siden 2004 blevet offentliggjort på de Lægevidenskabelige Selskabers hjemmeside.

Der var en betydelig interesse i de faglige miljøer for at beskrive og udvikle fagområder umiddelbart efter oprettelsen af 2003-uddannelsesordningen.

Organisationen af lægevidenskabelige selskaber (LVS) har ingen formel kompetence til at godkende eller afvise fagområder, og dialoger om fagområder mellem organisationen og de faglige selskaber, har været begrænset i de senere år, når der ses bort fra akutmedicin.

Den nuværende fagområdestruktur indeholder et stort antal beskrevne fagområder, hvoraf hovedparten er monospecialebaserede. Det vil sige, at indgangen i fagområdet er afhængigt af én bestemt speciallægeanerkendelse, og at fagområdet derfor er karakteriseret ved særlig specialistviden og særlige kompetencer, for at kunne varetage området. Derved udgør området en mindre del af ét speciales arbejdsområde. Der er offentliggjort 78 fagområder (ultimo 2022) på LVS's hjemmeside, hvoraf under ti relaterer sig til mere end ét speciale, herunder allergologi, klinisk sårheling, palliativmedicin og spiseforstyrrelser. Ved gennemgang af fagområdestrukturen i 2012 var der 55 fagområder.

Der er betydelig heterogenitet i beskrivelsen af fagområdeuddannelsernes indhold, forløb, kompetencevurderinger mv. Det viser en gennemgang

af specialeselskabnernes hjemmesider. Endvidere bruges forskellige begreber i beskrivelserne, såsom "ekspertuddannelse", "fagområdeuddannelse" og "systematisk efteruddannelse". Det er ofte ikke entydigt beskrevet, hvilket specialiseringsniveau eller funktion som fagområdeuddannelserne retter sig mod.

Der er ikke et krav om, at selskaberne skal udfylde skabelonen udarbejdet af LVS, eller at de revideres løbende, hvorfor der også er fagområder, der ikke er anmeldt til LVS, og inden for en række specialer ses også en omfattende efteruddannelsesstruktur. Eksempelvis arbejder specialet Anæstesiologi systematisk med efteruddannelse af speciallæger inden for fx intensivbehandling, thoraxanæstesi og børneanæstesi, blandt andet med inddragelse af europæiske kompetencebeskrivelser og –vurderinger og krav om ansættelse på sygehuse med regions- og højtspecialiserede funktioner. Tilsvarende har de specialebærende selskaber fx i specialerne Pædiatri og Gynækologi og Obstetrik etableret strukturer i eget regi med ekspert – og fagområdeuddannelser (pædiatri) og subspecialisering- og ekspertuddannelser (gynækologi og obstetrik). Gennemført fagområdeuddannelse og opnåelse af kompetencer godkendes for en del af fagområderne i regi af det relevante faglige selskab, med offentliggørelse på selskabets hjemmeside.

Mange specialebærende selskaber beskriver arbejdsgrupper, underselskaber, udvalg og interesseområder, som fremstiller en faglige fraktionering af specialets område. Næsten alle specialebærende selskaber har uddannelsesudvalg, men disse beskæftiger sig næsten udelukkende med speciallægeuddannelsen, hvilket formentligt hænger sammen med det omfattende arbejde, som selskaberne skal lægge i målbeskrivelser, inspektorordningen, kursusrække og forskningstræning. De 78 fagområder relaterer sig til omkring 24 specialebærende selskaber og en betydelig del af de specialebærende selskaber skriver intet eller meget begrænset om lægelige videreuddannelse på deres hjemmesider. En del, særligt mindre selskaber, henviser til internationale selskaber i forhold til efteruddannelse.

3.11.2. Efteruddannelse og opgavevaretagelse

Der findes kun i begrænset omfang centrale fastsatte, formaliserede krav til de kompetencer, som læger skal have for at varetage specialiserede funktioner i sundhedsvæsenet ud over lægers pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (jf. Autorisationsloven). Regionerne skal organisere deres behandlingssteder på en sådan måde, at læger er i stand til at varetage deres opgaver fagligt forsvarligt og overholde de pligter de har (jf. Sundhedsloven). I enkelte specialevejledninger er beskrevet, at der er faglige områder, hvor der er særlige krav til efteruddannelse for at kunne varetage specialfunktioner.

Generelt gælder, at varetagelsen af specialfunktioner forudsætter *"minimum tre speciallæger, der har specifikke kompetencer til at varetage en given specialefunktion på et sygehus inden for det pågældende speciale og det pågældende niveau"*. Dette generelle krav kan dog ikke sidestilles med et krav om fagområdeuddannelse eller anden konkret formaliseret efteruddannelse.

3.12. Lægelig videreuddannelse i udlandet

I dette afsnit beskrives centrale elementer ved videreuddannelsen i andre lande, der kan give perspektiv på opbygning af videreuddannelsen. Den lægelige videreuddannelse afhænger af en række nationale forhold og historik, og den skal ses i sammenhæng med det øvrige uddannelsessystem og sundhedsvæsen.

3.12.1. Den prægraduate uddannelse

Internationalt er medicinstudierne – den prægraduate uddannelse – opbygget forskelligt, hvilket afspejler sig i opbygningen af og transitionen til de efterfølgende speciallægeuddannelser.

I EU er der en fastsat minimumsvarighed for medicinstudiet på fem år, som skal foregå på et universitet eller under tilsyn af et universitet (Artikel 24, anerkendelsesdirektivet). I Holland, Tyskland, Norge og Sverige er uddannelsen seks år ligesom i Danmark. I Storbritannien og Australien er medicinstudiet mindst fem år.

I flere lande, fx Tyskland og Holland, er der som i Danmark kliniske ophold under medicinstudiet, som har til formål at forberede de studerende på at arbejde som læge (Weggemans mfl. 2017). I Holland er det sidste år på medicinstudiet et '*overgangsår*', der har et formål svarende til den kliniske basisuddannelse i Danmark.

Medicinsk-pædagogisk forskning viser, at det læringsmæssigt er mest hensigtsmæssigt at gøre den prægraduate uddannelse mere kompetencebaseret – som videreuddannelsen – så der indføres kompetencemål målrettet klinisk arbejde under medicinstudiet, og ikke kun i videreuddannelsen. De nuværende danske medicinstudier er i stigende grad tilrettelagt på den måde.

Lokalisering af medicinstudierne har betydning for rekruttering og fastholdelse af læger og speciallæger. Derfor arbejdes der i nogle lande, fx England med at åbne sundhedsfaglige fakulteter mere spredt geografisk og udenfor de traditionelle universitetsbyer. Medicinstudiet i Aalborg og siden afdelingerne i Køge og Esbjerg er eksempler på en lignende tendens i Danmark.

For at fremme diversitet i optaget af lægestuderende og dermed kommende arbejdsstyrke af læger arbejdes der i nogle lande med positiv særbehandling (legater, apprenticeships og særlig vejledning) af studerende fra udvalgte områder og socialklasser samt forsøg med et særligt medicinsk curriculum målrettet oprindelige folk. I Danmark er det de rammer, som kvote 2 afgrænser, der muliggør det eneste alternativ til optag af lægestuderende på baggrund af andre forhold end karaktergennemsnit fra gymnasial studentereksamen.

3.12.2. Den postgraduate uddannelse (videreuddannelsen)

Der kan skelnes mellem to overordnede former for opbygning af den lægelige videreuddannelse i lande, Danmark typisk sammenlignes med:

1. En form, hvor de nyuddannede kandidater kan starte direkte i speciallægeuddannelsen efter medicinstudiet (fx Canada, Tyskland, USA, Holland, Norge og Sverige)
2. En form, hvor der er obligatorisk praktik/turnus før adgang til speciallægeuddannelsen (fx Danmark, UK, Australien) (Wijnen-Meijer 2013).

Sundhedsstyrelsen undersøgte i 2019 udbredelsen af turnus i EU før start på speciallægeuddannelsen for at kunne vurdere den kliniske basisuddannelse i sammenhæng med videreuddannelsen i andre lande. På daværende tidspunkt blev turnus anvendt i cirka halvdelen af de 20 adspurgte EU-lande. De obligatoriske turnusforløb varierer fra seks måneder i Slovenien til to år i Storbritannien (Foundation programme) (Sundhedsstyrelsen 2019A).

Få lande anvender selvstændigt virke som et særligt anerkendelsesniveau. Danmark har til EU anerkendelsesdirektiv indmeldt den kliniske basisuddannelse som en del af den medicinske grunduddannelse.

Varigheden af speciallægeuddannelsen varierer mellem specialer og lande. I EU er minimumsvarigheden af speciallægeuddannelsen på mellem tre og fem år afhængigt af speciale (Anerkendelsesdirektivet), og for at kunne anerkendes i andre lande, skal uddannelsen som minimum have den af EU beskrevne varighed.

3.12.3. Indhold i videreuddannelsen og medicinsk pædagogiske paradigme

Videreuddannelsen til speciallæge sker altovervejende i klinisk arbejde. Det fremherskende paradigme er kompetencebaseret medicinsk uddannelse, hvor der tages udgangspunkt i patienternes og sundhedsvæsenets behov for kompetencer hos speciallægerne, og hvor det er output (kompetence hos læger) og outcome (adfærd over for patienter), der strukturerer videreuddannelsen. Den kompetencebaserede uddannelse erstatter den primært tidsstyrede og mesterlærebaserede uddannelse. Den kompetencebaserede videreuddannelse implementeredes for alvor i Danmark efter Speciallægekommissionens betænkning fra 2000 med introduktionen af CanMed-rollerne og fortløbende, konsekvensehavende kompetencemåling.

Internationalt arbejdes stadig med at styrke og udvikle kompetencebaseret uddannelse. Fx er både Finland og Schweiz i gang med at overgå til en mere kompetencebaseret medicinsk speciallægeuddannelse, hvor entrustable professional activities (EPA) anvendes til at strukturere videreuddannelsen, og definere de kompetencer, der skal opnås.

122
89
PHILIPS

4

Viden og data

4. Viden og data

I dette kapitel beskrives indledningsvist det vidensgrundlag, der ligger til grund for revisionen af den lægelige videreuddannelse.

Herefter redegøres for forskellige forhold med betydning for fremtidens videreuddannelse blandt andet udviklingen i befolkningens demografi, folkesundhed, sygdomsmønstre og ulighed i sundhed. Desuden præsenteres data, som viser udviklingen af den lægelige videreuddannelse. Afslutningsvist skildres udviklingen i studerende og uddannelseslæger, samt udviklingen på det lægelige arbejdsmarked, med tal over den lægelige arbejdsstyrke og oversigter over blandt andet lægers beskæftigelse.

Hvordan disse forhold har indflydelse på den lægelige videreuddannelse er beskrevet i kapitel 5.

4.1. Vidensgrundlag

Vidensgrundlaget for revisionen af videreuddannelsen omfatter oplæg, notater og rapporter fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, foruden forskellige kortlægninger, evalueringer og analyser formidlet i rapporter og betænkninger som fx Speciallægekommissionen fra 2000.

Der er som led i revisionen gennemført supplerende analyser og gennemgange af foreliggende viden og praksis, der har været anvendt i revisionens fire arbejdsgrupper. Det væsentligste vidensgrundlag præsenteres i dette kapitel.

Vidensgrundlaget kan opdeles i flere overordnede grupper:

- Overgang mellem medicinstudiet og den lægelige videreuddannelse
- Uddannelse i kliniske enheder
- Lægerollerne
- Kurser og simulationsbaseret træning
- Geografisk fordeling af læger og lægers mobilitet
- Patienters ønsker til lægers kompetencer
- Nationale ekspertuddannelser

Ovenstående grupper gennemgås i følgende afsnit.

4.1.1. Overgang fra medicinstudiet til videreuddannelsen

En ændring af den kliniske basisuddannelse, herunder udfordringer og muligheder ved en nedlæggelse har været drøftet i forbindelse med revisionen i arbejdsgruppe 1. I den forbindelse er der udarbejdet en undersøgelse af transitionen fra medicinstudierne til den lægelige videreuddannelse (bilag 6 udarbejdet af Susanne Nøhr og Doris Østergård). I notatet er der taget udgangspunkt i den nuværende uddannelse. Der er inddraget forskningsbaseret viden, og der beskrives fordele og ulemper ved den eksisterende overgang (den kliniske basisuddannelse).

Det fremgår af den indsamlede viden og dialoger med parterne på området, at mange af de pointer, der beskrives i bilag 6, er i overensstemmelse med antagelser, der i forvejen var gældende omkring den kliniske basisuddannelse. Overordnet findes, at mange forhold taler for at bevare den kliniske basisuddannelse, hvor den nyuddannede læge skal "lære at være læge", herunder udvikle lægeidentitet, beslutningskompetence, håndtering af ansvar og patientsikkerhed, samt tilegning af evnen til at lære på en arbejdsplads, hvor hensynet til patienterne kommer først. Den kliniske basisuddannelse skaber en ramme og et organisatorisk fokus på overgangen fra den universitære uddannelse til det kliniske arbejde. Undersøgelsen viser en række forbedringsmuligheder i forhold til medicinstudiernes uddannelsesindhold, den kliniske træning og læring under studiet og i den kliniske basisuddannelse.

Centrale fund i undersøgelsen

Studerende udtrykker usikkerhed og manglende parathed i forhold til at fungere som læge. Det gælder både overordnet med hensyn til ikke at have udviklet lægeidentitet og at "tage lægekittlen på", at arbejde i en klinisk kontekst og være en del af et arbejdsfællesskab. Det kommer til udtryk ved bekymring for beslutningstagning, herunder vanskeligheder ved at stille diagnoser, ordinere medicin, håndtere akutte situationer samt anvende det lærte fra medicinstudiet i det kliniske arbejde.

Læring og trivsel hos læger i den kliniske basisuddannelse udfordres af lægens oplevelse af et stort ansvar, mangel på lokalt kendskab og samarbejdspartnere samt travlhed.

Den medicinstuderende kan påtage sig flere forskellige roller, hvor læringspotentialet vil afhænge af rollen. I rollen som "studerende" er det vigtig at tilegne sig læring fra medicinske eksperter, i rollerne som "kollega" og "næsten læge"' øges ansvaret og kompetencer til at indgå i et arbejdsfællesskab og lægeidentiteten tilegnes. Der er en generel forståelse af, at ansvar først læres, når man reelt oplever at have det.

International forskning viser, at temaer som kommunikation, teamsamarbejde og utilsigtede hændelser er vigtige under medicinstudiet for en vellykket transition, og det anbefales i flere studier at understøtte udvikling af en interprofessionel identitet ved teamtræning af sygeplejeog medicinstuderende.

Læringen hos de nyuddannede læger udfordres af travlhed, og der er internationalt en stigende opmærksomhed på udbrændthed, og hvordan man kan styrke lægers mentale sundhed. Der påpeges vigtigheden af, at emnerne patientsikkerhed og psykologisk tryghed skal fylde mere samt betydningen af et psykologisk sikkert og godt læringsmulighed.

Det beskrives, at der er behov for bedre kendskab til de forskellige samarbejdende professioner og viden om hvordan en bedre samarbejdskultur etableres, særligt med sygeplejersker.

I undersøgelsen anbefales, at den kliniske træning under medicinstudiet bør styrkes og optimeres ved at der er tydelige opgaver, kompetencemål og at der foretages feedback og kompetencevurdering under kliniske ophold.

4.1.2. Uddannelse i den kliniske enhed

I forbindelse med revisionen er der udarbejdet analyser af uddannelsen i den kliniske enhed (bilag 10-14 udarbejdet af Gitte Eriksen og Kristine Lundsgaard), som har udgjort grundlag for drøftelser i arbejdsgruppe 1 og 4 om organisering og opbygning af videreuddannelsen. Analysernes formål har været at belyse styrker og svagheder ved nuværende praksis. Der er i analyserne set på udvikling over tid, og der bliver foreslået forskellige initiativer, som kan bidrage til at understøtte en effektiv uddannelse af høj kvalitet i det kliniske arbejde. På udvalgte områder sammenlignes resultater med undersøgelsesresultater i Status og perspektiveringsrapporten fra 2012.

Følgende elementer indgår i analyserne:

- Målbeskrivelser
- Uddannelsesprogrammer
- Kompetencevurdering
- Uddannelsesledelse, vejlederfunktion og uddannelsesvejledning

Metode og data – analyser af uddannelsen i den kliniske enhed (bilag 10-14)

Analyserne af uddannelse i de klininske enheder er baseret på følgende datakilder:

- En spørgeskemaundersøgelse blandt alle uddannelsesansvarlige overlæger (svarpct. 55) og almen medicinske uddannelseskoordinatorer (svarpct. 81) i Danmark januar/februar 2022
- En spørgeskemaundersøgelse blandt de specialebærende selskaber gennemført i januar 2022
- En virtuel workshop blandt de specialebærende selskaber gennemført i februar 2022
- Workshops afholdt i de 3 Videreuddannelsesregioner med deltagelse af postgraduate kliniske lektorer (Øst og Nord) samt lektorer i medicinsk pædagogik (Syd) februar/marts 2022
- Kort rundspørge april 2022 via mail til netværk for uddannelseskoordinerende overlæger og 4 telefoninterview vedrørende perspektiver på brugen af kompetencevurdering
- Kvantitative data fra evaluer.dk og inspektorrapporter

Målbeskrivelser

Der er på tværs af de specialebærende selskaber et stort ønske om at gøre målbeskrivelserne mere klinisk anvendelige. Analysen viser, at 43 pct. i meget høj grad mener, at deres målbeskrivelse skal fokuseres, så indholdet bidrager til at styrke brugen i den kliniske praksis. Af de adspurgte vurderer 56 pct., at deres målbeskrivelse i meget høj grad indeholder og beskriver kompetencemål, der nemt kan kompetencevurderes.

Specialerne har forskellige rutiner og kompetencer til at revidere målbeskrivelsen. Opskriften på at optimere målbeskrivelsesarbejdet og en løbende opdatering af målbeskrivelserne til støtte for effektiv klinisk uddannelse, vil derfor være forskellige.
Den nuværende proces for revision af målbeskrivelser opleves af de specialebærende selskaber som langvarig, da det i gennemsnit tager 22 måneder. To ud af tre specialebærende selskaber efterspørger sekretærbistand til processen og over halvdelen mener, at skabelon, vejledning og samarbejde med Sundhedsstyrelsen om målbeskrivelsen kan forbedres. De ønsker at få hjælp til udarbejdelse og revision af målbeskrivelser. Der er særligt brug for pædagogisk og administrativ bistand, men kun i mindre grad økonomiske ressourcer, fraset en prioritering af tid til lægernes arbejde med målbeskrivelserne.

De uddannelsesansvarlige overlæger finder det vigtigt, at målbeskrivelserne indeholder konkrete og tydelige mål, at kompetenceniveauet er balanceret og tilpas ambitiøst, at antallet af mål og kompetencevurderinger kan omsættes til uddannelsesprogrammer og uddannelse i klinisk praksis.

Figur 6. Udddannelsesansvarlige overlægers vurdering af målbeskrivelsens anvendelighed som en ramme for uddannelsen af speciallæger i afdelingen for de forskellige grupper af uddannelseslæger inklusiv almen medicinske hoveduddannelseslæger.

Note: Se også bilag 11

Indenfor eget speciale vurderer 78 pct. af de uddannelsesansvarlige overlæger, at målbeskrivelsen "i meget høj grad/i høj grad" er en anvendelig ramme for uddannelse af intro- og hoveduddannelseslæger, hvilket er en meget positiv udvikling siden 2011, hvor kun 62 pct. (Sundhedsstyrelsen 2012) udtrykte samme grad af tilfredshed. De uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at målbeskrivelserne for læger fra andre specialer i mindre grad er anvendelige som ramme for uddannelse i afdelingen.

I analysen af målbeskrivelserne (bilag 10 og 11) konkluderes, at intentionen om "at sikre, at kompetencerne i målbeskrivelserne er relevante og opdaterede" (jf. VEJ nr 9005 af 2012) ikke i tilstrækkelig grad er opfyldt. I alt 46 pct. af målbeskrivelserne er mere end syv år gamle (2012-2014), og 15 pct. er mere end fem år gamle (2015-2016).

Den samlede konklusion på analysen om målbeskrivelserne er, at der er grundlag for at iværksætte tiltag, der kan forbedre specialernes arbejde med målbeskrivelserne herunder samarbejdet med Sundhedsstyrelsen om den fælles opgave.

Uddannelsesprogrammer

Analysen (bilag 13) viser, at der på tværs af de tre Videreuddannelsesregioner er en samfaldende opfattelse af de overordnede formål med uddannelsesprogrammerne, der skal:

1. Sikre koordinering af kompetenceopnåelse, så det er tydeligt hvad der skal læres hvor, hvornår og hvordan.
2. Fungere som en kontrakt der tydeliggør hvad uddannelseslægen kan forvente af ansættelsen, og hvad afdelingen kan forvente af uddannelseslægen.
3. Fastlægge basisniveau og en fælles standard så selvom der er variation, er det overordnet samme videreuddannelse.

Derimod findes, at der er regionale forskelle i proces, indhold og kvalitetssikring af uddannelsesprogrammerne på tværs af videreuddannelsesregionerne. Det vurderes, at det især skaber udfordringer for de uddannelsesforløb, der går på tværs af videreuddannelsesregioner, da det er forskelligt, om der er skabeloner og vejledninger til udarbejdelse af uddannelsesprogrammerne og forskel på, hvem der udarbejder uddannelsesprogrammerne.

Der er således forskel på hvilken rolle henholdsvis uddannelsesudvalg, postgraduate lektorer og videreuddannelsessekretariater har i arbejdsprocessen.

Det kan være vanskeligt at ramme den rette balance mellem overskuelige uddannelsesprogrammer, der nemt kan tilrettes, og omfattende og meget detaljerede programmer. Eksempler fra en workshop med de postgraduate lektorer og lektorer i medicinsk pædagogik viser, at uddannelsesprogrammer i Øst og Syd kan blive for simple og for lidt konkrete på afdelingsniveau, hvor de i Nord kan blive meget lange og besværlige at ændre.

En Survey blandt almen medicinske uddannelseskoordinatorer og uddannelsesansvarlige overlæger viser, at en relativ stor gruppe (40 pct af AMU og 25 pct af UAO) vurderer at uddannelsesprogrammerne kun i nogen eller ringe grad omsættes til læring.

Den samlede konklusion på analyserne om uddannelsesprogrammer er, at der er grundlag for at iværksætte tiltag, der kan forbedre udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer, så de bliver mere anvendelige.

Kompetencevurdering
Det er ikke lykkes at implementere brugen af systematisk og professionel kompetencevurdering som en integreret del af den lægelige videreuddannelse (jf. undersøgelsen bilag 12).

I spørgeskemaundersøgelsen blandt de uddannelsesansvarlige overlæger er der kun 60 pct., der svarer, at kompetencevurderingerne gennemføres "i høj/meget høj grad" og data fra inspektorbesøg viser, at "læring og kompetencevurdering" i hvert femte besøg vurderes som "problematisk" eller "utilstrækkeligt".

Det er dog positivt, at 80-90 pct. af alle uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at den daglige kliniske vejledning/supervision i høj grad er velfungerende.

Faktorer der har betydning for implementering af uddannelsesprogrammet

- Målbeskrivelsens indhold skal være realistisk og afstemt med muligheder i klinisk praksis
- Uddannelsesprogrammet bør være operationelt uden lange beskrivelser og må gerne indeholde tjeklister og skematiske kronologiske oversigter
- Uddannelsesprogrammet bør forholde sig til den forventede progression indenfor den enkelte kompetence over tid og ikke blot angive tidspunkt for godkendelse af slutmål
- Der skal tages hensyn til, at kompetencer opbygges fra lav til høj sværhedsgrad og fra lav til høj kompleksitet

Note: Vurderet af postgraduate lektorer og lektorer i medicinsk pædagogik, febr/marts 2022 (bilag 13)

Analyse af sammensætningen af specialernes kompetencevurderingsprogram viser, at der i flere specialer blandt andet i en række intern medicinske specialer er usikkerhed forbundet med, hvilke kompetencevurderingsmetoder der skal bruges, og det udgør en udfordring for implementering og anvendelse. Flere specialer benytter særligt de retrospektive metoder fx "case-baserede diskussioner" og "strukturerede vejledersamtaler". Da vurderingen sker "væk fra" det kliniske arbejde og primært med udgangspunkt i et skriftligt produkt, kan andre kompetencevurderingsmetoder være mere hensigtsmæssige. Mini-Cex[30], der er valideret i såvel international som dansk kontekst benyttes sjældent af specialerne og kun et speciale (børne- og ungdomspsykiatri) inddrager patienternes vurdering af uddannelseslægerne (bilag 12).

Langt de fleste kompetencevurderingsredskaber er ikke-digitaliserede. Det besværliggør arbejdsgange og begrænser muligheder for datafangst med henblik på kvalitetssikring og -udvikling.

[30] Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) er et redskab til kompetencevurdering af kliniske kompetencer, fx objektiv undersøgelse, patientvejledning mv.

Siden 2012 har der i dansk kontekst været en betydelig udvikling og validering af en række kompetencevurderingsredskaber særligt i de kirurgiske og tekniske specialer. Der er således omfattende viden om effektiv og systematisk brug af kompetencevurdering i klinisk praksis, som kan anvendes fremadrettet.

Den samlede konklusion på analyserne om kompetencevurdering er, at der fortsat bør være fokus på udvikling, implementering og anvendelse af kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse og der er behov for at iværksætte tiltag, der kan facilitere denne proces.

Uddannelsesledelse
Hovedresultaterne af analysen (bilag 14) er, at der er en høj grad af ledelsesmæssig opbakning til de uddannelsesansvarlige overlæger, ligesom der har været en positiv udvikling i rammer og vilkår for varetagelsen af funktionen som uddannelsesansvarlig overlæge sammenlignet med undersøgelsen i 2011 (Sundhedsstyrelsen 2012). De uddannelsesansvarlige overlæger har en høj grad af lederidentitet, hvilket afviger fra resultatet i undersøgelser blandt overlæger generelt i Danmark,

Halvdelen af alle uddannelsesansvarlige overlæger[31] deltager i afdelingens ledergruppe. Det problematiseres i analysen om det er tilstrækkeligt, set i lyset af kompleksiteten i uddannelsesopgaven, og vigtigheden af at koordinere uddannelse i samspil med arbejdstilrettelæggelsen.

Analysen viser endvidere at hver fjerde uddannelsesansvarlige overlæge er udfordret i forhold til at kunne iværksætte nye initiativer og prioritere den nødvendige tid til opgaven, som fx er at sikre kompetenceudvikling af afdelingens vejlederkorps. Data viser at 20 pct af de uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at de "slet ikke/i ringe grad" kan løse opgaven indenfor den aftalte tid. En andel der i 2011 udgjorde 43 pct.

Der er endvidere på en række afdelinger uudnyttede muligheder for at styrke samarbejdet med andre faggrupper fx omkring teamtræning og uddannelsen af medicinstuderende.

Det er muligt at opbygge en struktur, der understøtter systematisk vurdering og feedback fra hele vejledergruppen til alle uddannelseslæger mindst en gang i deres ansættelse. Niveauet er højnet siden 2011, men det vurderes i analysen, som utilfredsstillende at 20 pct. af uddannelsesstederne fortsat ikke leverer en systematisk vurdering og feedback .

På baggrund af udviklingen i antallet af nye uddannelsesansvarlige overlæger estimeres, at der et behov for kompetenceudvikling af 100-120 uddannelsesansvarlige overlæger årligt. Det konkluderes, at de uddannelsesansvarlige overlæger i høj grad er motiveret for at deltage i egen kompetenceudvikling både indenfor medicinsk pædagogik og uddannelsesledelse.

Uddannelsesvejledning, vejledningssamtaler, individuel uddannelsesplan m.m.
De formelle vejledningssamtaler er omdrejningspunktet for, at hovedvejleder og uddannelses-læge kan sikre og følge med i progressionen i kompetenceopnåelsen. Survey blandt uddannelsesansvarlige overlæger viser, at 70 pct. vurderer, at vejledningssamtalerne "i høj/meget høj grad" bidrager til uddannelsen. Den individuelle uddannelsesplan er et centralt element i uddannelsen og 92 pct. af uddannelsesansvarlige overlæger angiver at de i høj/meget høj grad er tilfredse med udarbejden af den individuelle uddannelsesplan, men kun 60 pct. vurderer, at planen i høj/meget høj grad har betydning for uddannelseslægernes læring. Derudover viser data fra inspektorbesøg, at der fortsat ikke udarbejdes uddannelsesplaner i alle uddannelsesforløb.

I analysen af uddannelsesvejledningen (bilag 14) konkluderes, at der fortsat er behov for at sikre kvalitet i vejledningssamtalerne herunder at den individuelle uddannelsesplan udarbejdes og den i højere grad anvendes og omsættes til læring i praksis. Der er endvidere brug for at understøtte, at karrierevejledning i højere grad bliver en integreret del af uddannelsesvejledningen.

[31] Der var 654 speciallæger med uddannelsesansvar per januar 2022

På 80 pct. af alle afdelinger er der implementeret en model, hvor vejledergruppen mødes og fore-tager en samlet vurdering af den enkelte uddannelseslæge mindst en gang i løbet af ansættelsen. Dette er en positiv udvikling siden 2011, men det er fortsat kun halvdelen af afdelingerne der har en systematik i vurderingen og i den efterfølgende feedback til uddannelseslægen.

4.1.3. Lægerollerne

I forbindelse med gennemgangen af den lægelige videreuddannelse i arbejdsgruppe 1 har der været en afdækning og drøftelse af relevansen af de syv lægeroller, samt forslag til modernisering og uddybning af de syv lægerroller i et fremadrettet perspektiv.

Lægerollernes primære styrke har været at kunne udfolde og nuancere lægens rolle som mere end en lægefaglig medicinsk ekspert, og det vurderes fortsat at være væsentligt og gældende (bilag 9). Lægerollerne bør fortsat fungere som et begrebsapparat i alle specialer til at definere og beskrive roller og kompetencer lægen skal mestre, og der er en bekymring for at miste et fælles sprog og opmærksomhed på de kompetencer, der ligger ud over den medicinske ekspert/lægefaglige rolle, hvis de syv lægeroller afskaffes eller ændres fundamentalt.

Der er betydelig variation i, hvordan lægerollerne er implementeret i de enkelte specialers målbeskrivelser. Det gælder blandt andet i forhold til vægtning af lægerollerne, hvor hovedvægten stadig lægges på rollen: medicinsk ekspert/lægefaglig og hvor øvrige roller foldes mindre ud som kompetencemål. Der er også variation mellem specialerne i graden af integration mellem lægerollerne. Det ses ved, at kompetencelisten for nogle målbeskrivelser tager udgangspunkt i de syv lægeroller, hvor der til hver lægerolle er knyttet et antal kompetencer (ses i 11 målbeskrivelser), mens andre tager udgangspunkt i kompetencer, hvor der til hver er knyttet et antal lægeroller (ses i 28 målbeskrivelser) (bilag 9).

Det konstateres, at der er potentiale i en styrket anvendelse af lægerollerne, og herunder bedre støtte og værktøjer til, hvordan de rent konkret omsættes til praksis (bilag 9).

I undersøgelsen af behovet for at justere lægerollerne (bilag 7) blev det – set i lyset af internationale trends – fundet, at de syv lægeroller med fordel kan moderniseres og at det bør ske med hensyntagen til den udvikling, der foregår både i sundhedsvæsenet og i lægers arbejde. Der peges på følgende trends både nationalt og internationalt:

- Fagligheden skal være høj og hvile på et videnskabeligt grundlag, blandt andet for at kunne imødegå misinformation og kunne tænke mere systemorienteret.
- Patientsikkerhed og kvalitetsudvikling bør samtænkes, og bør ses i relation til funktioner som patientsikkerheds- og kvalitetsansvarlig overlæge.
- Kerneopgaven bør være, at finde løsninger sammen med patient/pårørende og kollegaer tilpasset borgerens behov, ønsker og situation. Lægen skal fungere som tovholder og guide patienten gennem behandlingsforløbet. Helt overordnet tales om et skift fra fagidentitet til opgaveidentitet, hvor fire generiske kompetencetemaer er: sundheds-og helbredsforståelse, samarbejdsforståelse, teknologiforståelse og organisations- og flowforståelse.
- Læringsmæssigt bliver det vigtigt at kunne tilegne sig nye komptencer, og ikke udelukkende fastholde allerede lærte kompetencer, men også at kunne "aflære" unødvendig eller forældet viden og praksis.
- Lægen skal være i stand til at håndtere nye risikosituationer, og i højere grad bidrage til at dele viden mellem specialer og professioner, hvilket blandt andet blev tydeligt under Covid-19-epidemien.
- Der bør være fokus på lægens mentale sundhed og evne til at passe på sig selv både under og efter uddannelsen. Det er væsentligt for at kunne fastholde læger i faget og understøtte patientsikker behandling.

4.1.4. Kurser og simulationsbaseret træning

Kurser

En analyse (af behovet for samt indholdet i de generelle kurser i den lægelige videreuddannelse fra 2019) har dannet grundlaget for drøftelserne om generelle kurser i videreuddannelsen.

Analysens hovedkonklusion er, at det bør overvejes, hvornår kurser er den rette form, eller om de foreslåede temaer læres bedre på anden vis – fx i det daglige arbejde, gennem projektarbejde, ved brug af simulation mv. Det blev desuden påpeget, at der fortsat er behov for fokus på, hvordan der skabes større sammenhæng mellem kurserne og den daglige klinik – og hvordan det sikres, at arbejdspladsen får gavn af uddannelseslægernes deltagelse i kurserne (transfer).

I analysen bruges delphi-metoden og resultatet gav en indikation af, at mange af de ønskede temaer allerede indgår i de generelle kurser, og at to nye temaer bør overvejes at blive inkluderet i kursusrækken.

De to temaer er

1. "Resiliens – coping-strategier" - vedrører evnen til at håndtere stressede situationer og håndtere psykisk stress. At bruge hensigtsmæssige coping-strategier og at kunne skabe trivsel og balance mellem arbejde og privatliv.
2. "Medicinsk ekspert (fx akutte sygdomsbilleder, komorbiditet og polyfarmaci)". Der indgår uddannelse inden for dette område i nogle specialespecifikke kurser, men der er ikke fælles kurser eller moduler.

I tabel 4 er oplistet de 10 højst prioriterede temaer i kursusrækken, samt vurdering af om temaet indgår i nuværende kurser. Det fremgår at 8 af 10 temaer vurderes at være helt eller delvist dækket af kurser i den nuværende kursusrække. Det bør stadig drøftes om de nuværende kurser kan udvikles så de i højere grad dækker de anførte temaer mere effektivt.

Tabel 4. Oversigt over prioritering af emner for generelle kurser i temaer (delphi-analyse)

Tema	Prioritet	Indgår i nuværende kursusrække
Organisatorisk forståelse (fx Sundhedsvæsenets opbygning, organisering og aktører. Indflydelse på beslutningsprocesser, og hvilke kommunikationsveje man kan anvende)	1	SOL
Pædagogiske emner (fx ansvar for egen læring, viden om læreprocesser – læringsstile og evaluering)	2	Delvist i Læring/ pædagogikkurset og vejlederkurset
Kommunikation (fx patienten – Den svære samtale, pårørende, mundtlig og skriftlig kommunikation)	3	Kommunikation
Ledelse (fx viden om ledelse, ledelse af funktioner og patienter, projektledelse)	4	Delvist i SOL
Samarbejde (fx skabe relationer og tillid, loyalitet, kollegialitet og feedback)	5	Delvist i Læring/ pædagogikkurset
Juridiske emner (fx klager, erstatning, tavshedspligt og tvang)	6	SOL
Resiliens og coping-strategier (fx stress og balance arbejdsliv-privatliv)	7	Indgår ikke
Medicinsk ekspert (fx akutte sygdomsbilleder, komorbiditet og polyfarmaci)	8	Indgår ikke*
Professionalisme (fx Lægefaglig identitet og personlig udvikling; livslang læring. Tage ansvar – men også bede om hjælp)	9	Delvist i Læring/ pædagogikkurset og vejlederkurset
Kvalitet (fx kvalitetsudvikling, kvalitetsarbejdet, forbedringsdagsorden og brug af data herunder big data, herunder analyse og tolkning af data)	10	Delvist i Forskningstræning

Kilde: Bente Malling og Lone Folmer Nielsen 2019: " NEEDS ASSESSMENT – GENERELLE KURSER Delphi-analyse". Sundhedsstyrelsen har foretaget vurdering af om temaet indgår i nuværende kursusrække.
Note: Se den fulde liste i rapporten

Simulationsbaseret træning
Sundhedsstyrelsens rapport om simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse, der er udarbejdet af en arbejdsgruppe under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i 2019 (Sundhedsstyrelsen 2019D), har dannet vidensgrundlaget for drøftelserne suppleret med notat udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af anden litteratur (bilag 25).

Simulationsbaseret træning dækker over træning af færdigheder, avanceret teknisk kirurgisk simulation, scenariebaseret træning (fuldskala simulation), rollespil med simuleret patient, en rigtig patient eller skuespiller, avanceret e-læring, virtual/augmented/mixed reality, kadaver/dyr mv.

Den simulationsbaserede træning i Danmark har udviklet sig væsentligt igennem de sidste 10-15 år. Der er i nogen grad blevet implementeret simulationsprogrammer i den formelle videreuddannelse af læger og andet sundhedspersonale. Feltet bevæger sig fra at være domineret af ildsjæle til at blive forankret i etablerede organisatoriske enheder, som kan løfte opgaven med at få simulationsbaseret træning integreret i videreuddannelsen og uddannelsesprogrammer i speciallægeuddannelse, hvor det er relevant. Den største fremdrift er sket inden for specialer med en væsentlig andel af tekniske færdigheder i målbeskrivelsen. Her er det vist, at der er positiv effekt af simulationsbaseret oplæring af læger. Udover simulationsbaseret træning af tekniske færdigheder kan simulationstræning også med fordel benyttes ved oplæring i andre komptencerblandt andet i situationsbevidsthed og beslutningstagning, selvom evidensen på området er mindre.

Simulationsbaseret træning kan særligt anvendes, når andre læringsmetoder ikke er mulige i klinikken, af patientsikkerhedmæssige årsager, eller hvis træningen sikrer en bedre kvalitet i det kliniske arbejde fx hvis simulationstræningen er påvist at være til gavn for patienterne.

Den simulationsbaserede træning i den lægelige videreuddannelse er ikke en del af uddannelsen inden for alle specialer. Det på trods af, at der er tilgængeligt udstyr, og at effekten af træning er veldokumenteret og kan ses ved, at læringskurven i klinikken er stejlere.

Ved en gennemgang af de 39 målbeskrivelser ved søgning på færdighedstræning og -kurser samt simulation blev beskrivelser af simulationsbaseret træning i de nugældende målbeskrivelser undersøgt. I 21 målbeskrivelser indgår beskrivelser af simulationsbaseret træning, men kun i 14 målbeskrivelser (dvs 36 pct. af målbeskrivelserne) indgår obligatorisk gennemførsel af simulationstræning i forbindelse med opnåelse af kompetence.

Tabel 5. Målbeskrivelser hvor simulationsbaseret træning indgår

Kategori	Beskrivelse	Antal specialer
1	Indgår simulation/færdighedstræning som kompetencemål	14
2	Indgår simulation/færdighedstræning som læringsstrategi (ikke obligatorisk) eller på anden måde som anbefaling	7
3	Indgår simulation/færdighedstræning i målbeskrivelsen	18

Note. Gennemgang af gældende målbeskrivelser per 19. maj 2022.

4.1.5. Geografisk fordeling af læger og lægers mobilitet

Lægedækningsudvalget, som var nedsat af regeringen, udgav en rapport i 2017 med en analyse af udfordringerne i lægedækningen og en række anbefalinger (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). Regeringen tiltrådte anbefalingerne i 2017, og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har siden hen foretaget to opfølgninger på rapportens anbefalingerne (se afsnit 2.4.2).

Udvalget konkluderede, at der er udfordringer af mere afgrænset karakter inden for almen praksis i yderområder og belastede byområder, på mindre sygehuse og specifikt inden for psykiatrien samt, at mobiliteten blandt læger er større end hos andre faggrupper med lang videregående uddannelse. Den geografiske mobilitet blandt lægerne er højest hos yngre læger og lavest hos alment praktiserende læger. De skiftende uddannelsesteder i videreuddannelsen er en medvirkende årsag til at uddannelseslæger har en høj geografisk mobilitet.

Hvorvidt der er en sammenhæng mellem hvor læger er i videreuddannelsen og sidenhen arbejder når de opnår speciallægeanerkendelse, er blevet undersøgt, for at vurdere betydningen af den geografiske fordeling i dimensioneringsplanen.

Sundhedsdatastyrelsen har analyseret, om der er en sammenhæng mellem hvilken region speciallægen gennemfører videreuddannelse i, og hvor speciallægen efterfølgende arbejder. I analysen indgår, hvor uddannelseslægen arbejder seks måneder før speciallægeanerkendelse, og hvor lægen efterfølgende arbejder to år efter opnået speciallægeanerkendelse.

Der er som ventet en sammenhæng mellem den region og særligt den videreuddannelsesregion, hvor læger er ansat i sidste del af speciallægeuddannelsen, og hvor lægerne arbejder to år efter de har opnået speciallægeanerkendelse.

Tabel 6. Arbejdssted før og efter opnåelse af speciallægeanerkendelse

			Arbejdssted 2 år efter opnåelse af speciallægeanerkendelse						
			Region Nord	**Region Midt**	**Region Syd-danmark**	**Region Hoved-staden**	**Region Sjælland**	**Uoplyst**	**I alt**
Arbejdssted 6 måneder før opnåelse af speciallægeanerkendelse	Region Nord	Antal	433	114	23	20	12	50	652
		Pct.	*66,4 %*	*17,5 %*	*3,5 %*	*3,1 %*	*1,8 %*	*7,7 %*	
	Region Midt	Antal	121	1.496	88	32	12	82	1.831
		Pct.	*6,6 %*	*81,7 %*	*4,8 %*	*1,7 %*	*0,7 %*	*4,5 %*	
	Region Syd-danmark	Antal	13	54	1.394	46	37	83	1.627
		Pct.	*0,8 %*	*3,3 %*	*85,7 %*	*2,8 %*	*2,3 %*	*5,1 %*	
	Region Hovedstaden	Antal	10	14	42	2.272	201	152	2.691
		Pct.	*0,4 %*	*0,5 %*	*1,6 %*	*84,4 %*	*7,5 %*	*5,6 %*	
	Region Sjælland	Antal	<5	<5	16	287	504	53	860
		Pct.			*1,9 %*	*33,4 %*	*58,6 %*	*6,2 %*	
	Uoplyst	Antal	176	146	224	247	119	108	1.020
		Pct.	*17,3%*	*14,3 %*	*22,0 %*	*24,2 %*	*11,7 %*	*10,6 %*	
	I alt	Antal	753	1.824	1.787	2.904	885	528	8.681

Kilde: Sundhedsstyrelsen

De læger, der uddanner sig i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark, arbejder i høj grad i samme region to år efter speciallægeanerkendelse (henholdsvis 84 pct., 82 pct. og 86 pct.). I Region Sjælland arbejder 58 pct. af speciallægerne stadig i regionen to år efter speciallægeanerkendelse, mens 33 pct arbejder i region Hovedstaden. I Region Nordjylland arbejder 66 pct. i regionen to år efter speciallægeanerkendelse og 17 pct. i Midtjylland

Opgørelsen understøtter, at der er begrænset mobilitet på tværs af Øst- og Vestdanmark og mellem videreuddannelsesregioner kort tid efter afsluttet speciallægeuddannelse.

4.1.6. Patienters ønsker til lægers kompetencer

Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) har som en del af revisionen af den lægelige videreuddannelse undersøgt patienternes ønsker til fremtidige lægers kompetencer (bilag 15). Undersøgelsen er baseret på et 'feedbackmøde', hvor patientrepræsentanter og ansatte fra seks forskellige patientforeninger er blevet interviewet om erfaringer og ønsker til fremtidens lægeroller.

Hovedkonklusionen er, at patienterne ønsker fagligt dygtige læger, der kan kommunikere med udgangspunkt i patienternes behov.

Der er identificeret fem budskaber og ønsker til kompetencer hos fremtidens læger:

- "Jeg er i krise, så vær nænsom i din kommunikation"
- "Mød mig, som det hele menneske, jeg er"
- "Jeg har brug for lægens ekspertise, sparring og samarbejde med andre faggrupper"
- "Lad det være mit valg, om jeg ønsker virtuelle konsultationer og hjemmebehandling"
- "Tag hensyn til, at jeg er ung" (siger de unge)

Undersøgelsen viser, at patienter har brug for, at læger er opmærksomme på patienternes pårørende som en hjælp, men også som nogle der selv kan have det svært. Patienterne ønsker, at de kan fortsætte i sundhedssystemet, og "ikke slippes" selvom behandlingen er slut. Deres oplevelse er, at der stadig kan være lang vej efter behandlingens afslutning, til de er velfungerende igen.

Det er afgørende for patienter, at læger kan fungere som behandler men også som en sparringspartner. Patienterne mener:

- Det skaber tryghed, at det er den samme læge.
- Lægerne skal have øje for det, der har været før – og det, der kommer efter – og hjælpe med at koordinere forløb.
- Det er vigtigt, at lægerne kan samarbejde med andre specialister og faggrupper.

Unge er en særlig målgruppe. De unge patienter lægger særlig vægt på, at lægerne har viden om, at unge er noget særligt, der har andre karakteristika, forudsætninger og behov end andre aldersgrupper, og at lægerne kan invitere til det, som unge er optaget af (fx om medicin påvirker fertilitet og om man kan gå til fester og drikke mv.). Overgangen fra at blive fulgt af læger på pædiatriske afdelinger til at blive fulgt på en voksenafdeling er en stor omvæltning for den unge og kræver forberedelse.

Undersøgelsen sætter yderligere fokus på, at patienter er forskellige, og lægerne skal kunne tilpasse deres kommunikation, så patienterne forstår, hvad der bliver sagt, at de tør stille spørgsmål og at patienten kan videreformidle hvad der er blevet sagt til pårørende. Desuden bør beslutninger om behandling træffes sammen med patienterne i det omfang, de ønsker det; dog skal der tages hensyn til at nogle patienter ikke kan overskue at få lagt mange forskellige valgmuligheder foran sig.

4.1.7. Erfaringer med nationale ekspertuddannelser

På baggrund af en tiltagende specialisering og centralisering af den kirurgiske kræftbehandling og en samtidig udvikling af nye og mere skånsomme behandlingsmuligheder blev der som led i Kræftplan IV i 2017 nedsat en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen, der skulle udarbejde et fagligt oplæg som ramme for en systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien.

Der fandtes på daværende tidspunkt blandt andet en efteruddannelse af speciallæger inden for kolorektal- og brystkirurgi (fagområdeuddannelse) og i gynækologisk onkologi (ekspertuddannelse).

Arbejdsgruppen udarbejdede en rapport med beskrivelse af en generisk model for, hvordan en ekspertuddannelse af speciallæger skulle se ud (Sundhedsstyrelsen 2017D). Det blev vurderet, at en kompetenceudvikling af speciallæger inden for alle kræftkirurgiske specialer skulle ske med udgangspunkt i denne generiske model.

Rapporten blev præsenteret for Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i 2017. Modellen indbefatter, at de lægefaglige selskaber udarbejder målbeskrivelser for ekspertuddannelsen inden for deres respektive specialer. Med afsæt i målbeskrivelsen skal regionerne i samarbejde med de lægefaglige selskaber udarbejde uddannelsesprogrammer under hensyntagen til specialeplanen. Dernæst udarbejder speciallægerne sammen med afdelingerne individuelle uddannelsesplaner, med udgangspunkt i den enkelte speciallæges baggrund, kompetencer og færdigheder, ligesom der også tages hensyn til afdelingens behov for det daglige virke.

Ekspertuddannelsen er på minimum to års varighed med løbende kompetencevurdering. På baggrund af erfaringen fra implementeringen på de udvalgte områder kan modellen implementeres i de øvrige kræftkirurgiske specialer. Certificeringen foretages af de Lægevidenskabelige Selskaber.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sammen med Danske Regioner i 2019 lavet en aftale om opfølgning og implementering af en national fellowship-ordning. Der tages udgangspunkt i oplægget fra Sundhedsstyrelsen, som skal give kræftkirurger mulighed for at påbegynde fellowship-uddannelse eller gennemføre målrettede kompetenceforløb i blandt andet specifikke kirurgiske teknikker inden for kræftkirurgien (Sundheds- og Ældreministeriet 2021).

Ordningen er i første omgang igangsat i alle regioner inden for kolorektal kirurgi, urologi og hoved-/halskirurgi. Der er for hvert område udarbejdet kompetenceudviklingsforløb i samarbejde med det relevante lægevidenskabelige selskab samt nedsat tre nationale styregrupper med repræsentation fra regionerne og det relevante lægevidenskabelige selskab.

Styregrupperne er ansvarlige for at definere rammen for forløbene samt for den faglige stillingtagen til ansøgerne og sikring af geografisk fordeling af forløbene. For at sikre at ordningen målrettes alle afdelinger i landet, skal uddannelsesprogrammerne både kunne rumme teknikker anvendt på bredere og mere hyppig kræftkirurgi og på mere specialiseret og sjælden kræftkirurgi.

Der er per oktober 2020 godkendt 22 kompetenceforløb for kolorektalkirurgi fordelt i alle regioner, syv forløb for hoved-/halskræft fordelt i alle regioner, og 9 forløb for urologi fordelt i fire regioner.

4.2. Demografi, folkesundhed og sygdomsmønstre (aktivitet og data)

Behovet for læger og deres kompetencer hænger sammen med befolkningens demografi, sygdomsmønstre og sundhedsvæsenets indretning, derfor beskrives i dette afsnit centrale karakteristika og udviklingstendenser indenfor disse tre områder.

4.2.1. Den demografisk udvikling

Frem mod 2040 forventes befolkningen at vokse fra 5,82 mio. personer i 2020 til cirka 6,2 mio. Der forventes samtidigt en større andel ældre i befolkningen. Særligt vil andelen af de ældste (+80 år) stige. Og denne gruppe forventes at udgøre cirka 500.000 mod aktuelt cirka 275.000 personer (en vækst på 85 pct.). Gruppen vil dermed udgøre otte pct. af befolkningen mod 4,6 pct. i dag (Danmarks Statistik 2021).

Samtidig forventes et fald på cirka to pct. i antallet af personer i den erhvervsaktive alder (18-67 år). Befolkningsandelen i den erhvervsaktive alder forventes at falde fra 63 pct. i 2021 til 58 pct. af befolkningen i 2040. Derfor kan der forventes øget konkurrence om arbejdsudbuddet og mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt, mens der samtidigt sker en demografisk ændring, der vil øge behovet for sundhedsydelser.

Figur 7. Befolkningen 1980-2060 (fremskrivning fra 2021)

Kilde: Nyt fra Danmarks Statistik, nr. 187, 20. maj 2021 og matrice frdk21

4.2.2. Folkesundhed og sygdomsmønstre

Viden om befolkningens sundhedstilstand er afgørende for planlægningen af sundhedsvæsenet. Blandt de nyere centrale rapporter er:

- Den nationale Sundhedsprofil 2021[32]
- Sygdomsbyrderapporterne[33]
- Social ulighed i sundhed og sygdom[34]
- Multisygdom i Danmark[35] og Hvidbog om multisygdom[36]

Folkesundheden er forbedret markant i de sidste tyve år. Den forventede middellevetid i Danmark er fortsat stigende (Danmarks Statistik 2021), og middellevetiden for danskere har i de sidste 20 år nærmet sig øvrige lande i OECD, herunder de øvrige nordiske lande[37]. Børn, der fødtes i 2021, kan forvente i gennemsnit at blive 81,5 år. Det er en stigning på 4,6 år siden år 2000. Samtidigt stiger antallet af forventede såkaldte gode leveår uden betydelig funktionsnedsættelse. Data indikerer dog, at restlevetiden stiger hurtigere end stigningen i gode leveår. Den øgede middellevetid skyldes blandt andet bedre primær forebyggelse, bedre levevilkår, ændret risikoadfærd og sygdomsopsporing, diagnosticering og behandling.

Samtidigt med en øget forventet middellevetid viser Danskernes Sundhed 2021 (Sundhedsstyrelsen 2022C), at der fra 2010-2021 har været et mindre fald i andelen af personer, der vurderer eget helbred godt eller bedre (fra 85,0 pct. til 83,3 pct.). Andelen af personer, der scorer lavt på den fysiske helbredsskala har været konstant (cirka 10 pct.), mens der har været en betydelig stigning i personer, der scorer lavt på den mentale helbredsskala (fra 10,0 pct. til 17,4 pct.) og flere der scorer højt på stressskalaen (fra 20,8 pct. til 29,1 pct.). Endvidere ses en svækkelse af sociale relationer, idet flere ofte er uønsket alene (fra 4,6 pct. til 9,1 pct.). Det er især blandt yngre (16-24-årige), at udviklingen ses.

4.2.3. Sundhedsadfærd og risikofaktorer

I Danskernes sundhed 2021 (Sundhedsstyrelsen 2022C) belyses en række forhold om danskernes sundhedsadfærd og risikofaktorer.

Alkohol og rygning er kendte risikofaktorer for sygdom og død[38]. Der er i perioden 2010-2021 set et betydeligt fald i både antallet af daglige rygere

[32] Sundhedsstyrelsen 2022C
[33] Primo 2023 udgiver Sundhedsstyrelsen nye rapporter om folkesundheden (herunder sygdomsbyrde og risikofaktorer) i Danmark. Her der der taget udgangspunkt i: Statens Institut for Folkesundhed 2019A, Sundhedsstyrelsen 2016D og Sundhedsstyrelsen 2016E
[34] Sundhedsstyrelsen 2020D
[35] Statens Institut for Folkesundhed 2019B
[36] Frølich A mfl. 2017
[37] Fra en placering som nummer 21 i 2000 til nummer 13 i 2021

og i antallet af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Hos de daglige rygere ønsker ca. 3 ud af 4 at stoppe med at ryge, mens det er ca. én ud af fire i gruppen, der drikker mere end 10 genstande, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget.

I alt 17,7 pct. af den voksne befolkning har et usundt kostmønster, hyppigst blandt mænd, mens hovedparten ønsker at spise mere sundt. I perioden 2011-2021 er gruppen steget 4,4 procentpoint.

Cirka seks ud af 10 voksne opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling om 150 minutters fysisk aktivitet om ugen ved moderat intensitet eller 75 minutter ved høj intensitet, men hovedparten vil gerne være mere fysisk aktive. Op mod hver femte voksne beskriver deres fysiske aktivitetsniveau som værende hovedsageligt stillesiddende – en andel, der har været stigende siden 2011.

I alt har 52,6 pct. af den voksne befolkning moderat eller svær overvægt, og knap hver femte (18,5 pct.) har svær overvægt. I perioden 2010 til 2021 er andelen med moderat eller svær overvægt steget jævnt med 5,8 procentpoint, mens andelen med svær overvægt i samme periode også er steget jævnt med i alt 4,9 procentpoint.

4.2.4. Kræft, hjertesygdomme og diabetes

På kræftområdet, hvor Danmark tidligere placerede sig dårligt i forhold til sammenlignelige lande, er der sket markante forbedringer, og den danske étårs og femårs overlevelse efter kræft er kommet på niveau med de øvrige nordiske lande (Lundberg 2020). To ud af tre overlever i dag kræft og cirka seks pct. af alle danskere lever med kræft, hvilket er en stigning på 45 pct. siden 2010.

Kræftsygdom er dog stadig den hyppigste dødsårsag i Danmark og årsag til cirka tre ud af 10 dødsfald. Hyppigheden af kræft er steget fra cirka 39.000 nye tilfælde i 2011 til 45.000 i 2020, mens dødeligheden som nævnt er faldet. Der er dog betydelig variation på tværs af kræftformer.

Figur 8. Relativ overlevelse efter kræft eksklusiv al anden hudkræft end modermærkekræft

Kilde: https://esundhed.dk/Emner/Kraeft/Kraeftoverlevelse

[38] Det vurderes, at der årligt er 13.600 flere dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget end blandt personer, der aldrig har røget. Der vurderes, at der er mere end 3.000 dødsfald i Danmark med alkohol som enten den primære eller medvirkende årsag. Der er i dag færre, der ryger, særligt blandt de unge er andelen af rygere faldet markant

Hjertesygdomme er blandt de hyppigste sygdomme, da knap en halv million voksne lever med en hjertesygdom. Det omfatter blodprop i hjertet og hjertekramper (iskæmisk hjertesygdom), hjertesvigt og hjerteklapsygdomme (Sundhedsstyrelsen 2018). Sygdommene er ofte alvorlige, og udrednings- og behandlingsaktiviteten er stor og præget af behov for tidlig indsættende udredning og behandling. Hjertesygdomme er groft sagt gået fra at være sygdomme, som patienter tidligere ville dø af, til i dag at være sygdomme, borgerne lever med. Eksempelvis er der set et stort fald i dødeligheden ved iskæmisk hjertesygdom afspejlet i en faldende incidens, men stigende prævalens.

Figur 9. Dødelighed i aldersstandardiserede rater pr. 100.000 indbyggere for dødsfald af hjerte- og kredsløbssygdomme, 2002-2021

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Forekomsten af diabetes har været stigende i de sidste 20-25 år. Cirka 15.000 patienter får årligt diagnosticeret type 2-diabetes, og cirka 225.000 voksne danskere er i alt diagnosticeret med type 2-diabetes (Sundhedstyrelsen 2015B) (Sundheds- og Ældreministeriet 2017B). Samtidigt med, at incidensen og prævalensen er steget, er dødeligheden ved diabetes faldende. Der er dog stadig en overdødelighed ved diabetes. Diabetes er forbundet med betydelig komorbiditet, og særligt over tid eller ved utilstrækkelig behandling kan borgere med diabetes udvikle invaliderende komplikationer fra forskellige organer, fx hjerte, nyrer, nerver, øjne og blodkar (American Diabetes Association 2014). Grundet den betydelige komorbiditet spiller diabetes en stor rolle i sygdomsbyrden ved multisygdom, og mennesker med diabetes har blandt andet flere besøg hos alment praktiserende læge end mennesker uden diabetes (Sundhedstyrelsen 2015B).

4.2.5. Multisygdom

Multisygdom defineres som det at have to eller flere kroniske sygdomme samtidigt. Andelen af patienter med multisygdom er stigende både grundet den demografiske udvikling med et stigende antal ældre og den generelt faldende dødelighed ved store folkesygdomme. De multisyge patienter har ofte komplekse problemstillinger med somatiske og ofte psykiatriske lidelser, sociale udfordringer og truet eller ophørt arbejdsmarkedstilknytning. Således er kun 30 pct. af de 18 til 64-årige med multisygdom i beskæftigelse eller under uddannelse (Statens Institut for Folkesundhed 2019B).

Multisygdom er generelt forbundet med nedsat livskvalitet og funktionsevne. Patienterne har et øget antal kontakter til sundhedsvæsenet, længerevarende hospitalsindlæggelser samt øget risiko for tidlig død.

Hyppigheden af patienter med multisygdom er betydelig og omfatter formentligt omkring 20-30 pct. af den voksne befolkning (Frølich A, Olesen F, Kristensen 2017). Forekomsten af multisygdom stiger med alderen, og selvom multisygdom er hyppigere blandt ældre, vurderes omkring 40-60 pct. af personer med multisygdom at være under 65 år (Statens Institut for Folkesundhed 2019B).

Det forventes, at andelen af mennesker med multisygdom vil stige yderligere i de kommende år (ca 1,3 pct om året). Det vil i praksis betyde, at tilvæksten i antallet af mennesker med multisygdom i 2025 vil være steget med cirka 180.000 personer (Frølich A, Olesen F, Kristensen 2017).

Der er således tale om en voksende, kompleks patientgruppe, der stiller større krav til et øget og velfungerende tværfagligt og -sektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet.

4.2.6. Social ulighed i sundhed

Mange af de fremskridt, der er opnået i sundhedsvæsenet over de sidste 20 år, er ulige fordelt i befolkningen, og den sociale ulighed i sundhed i Danmark er generelt betydelig.

Social ulighed i sundhed er et udtryk for, at der er en systematisk sammenhæng mellem menneskers helbred og deres sociale position i samfundet. Den sociale ulighed i sundhed vil derfor altid være tilstede og der er mange måder at anskue og angribe den på, ligesom den er et resultat af komplekse forhold (Sundhedsstyrelsen 2011A og Sundhedsstyrelsen 2020D).

Årsagerne til social ulighed i sundhed knytter sig til livets forskellige faser og enten påvirker eller påvirkes af den sociale position som har konsekvenser for sundhed og sygdom (Sundhedsstyrelsen 2020D). Udsatheden for sygdom og sundhedsrisici stiger gradvist, jo lavere social position man har (den sociale gradient) (Sundhedsstyrelsen 2011A) .

Dermed kan den sociale ulighed i sundhed ses allerede i fostertilværelsen og senere afspejles den i borgenes levevilkår, uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning, foruden i borgernes generelle livskvalitet, sundhedstilstand og antal leveår. Middellevetiden for mænd i Danmark i den højeste indkomstgruppe var i 2016 9,5 år længere end for mænd i den laveste indkomstgruppe (83,3 versus 73,8 år); for kvinder var forskellen 5,5 år (Arbejderbevægelsens Erhversvråd 2016).

En særlig sårbar gruppe er visse psykiatriske patienter, stofmisbrugere, personer med samtidigt misbrug og psykiatrisk lidelse, hjemløse personer og nogle grupper af etniske minoriteter. Flere af disse grupper udskiller sig i særlig negativ grad på sundhedsparametrene og er i et vist omfang ikke rummet i sundhedsvæsenet, og nogle af grupperne har meget ringe kontakt til egen læge. Middellevetiden er betydeligt lavere for disse grupper end for den brederebefolkning (fx 30 år mindre for hjemløse) og der ligger derfor en stor udfordring i at skabe sundhedstilbud og give sundhedspersoner kompetencer, der øger sårbaregruppers adgang til og brug af sundhedsvæsenet.

Social ulighed i sundhed ses i, hvem der bliver syg, og hvilke konsekvenser sygdommene får, blandt andet fordi der er ulighed i hvem, der får mest gavn

af sundhedsvæsenets tilbud indenfor sundhedsfremme, forebyggelse, tidlig indsats, behandling samt rehabilitering og pleje. Således oplever patienter med lavere socioøkonomisk status[39] hverken at modtage eller få samme udbytte af behandlingen, som øvrige patienter gør (Sundhedsstyrelsen 2022A), hvilket ikke lever op til det bærende princip i Sundhedslovens §2 om at alle skal have lige adgang til sundhedsvæsenet.

Sundhedskompetence (fra det engelske health literacy) beskriver det enkelte menneskes mulighed for at forstå, tilgå og handle på sundhedsinformationer og blandt andet kunne tage beslutninger om eget helbred, opsøge og navigere i sundhedsvæsenet (Sundhedsstyrelsen 2022D). Sundhedskompetencen er ifølge WHO en vigtig faktor for social ulighed i sundhed og har derfor været et fokusområde både for WHO og Sundhedsstyrelsen de senere år.

Det estimeres, at op mod en femtedel af den danske befolkning har problemer med at forstå sundhedsinformation og aktivt kunne engagere sig med sundhedsprofessionelle (Bo A, mfl. 2014). Andelen af borgere der har udfordringer med at forstå og anvende sundhedsinformation er væsentlig forøget blandt borgere med kronisk sygdom. Der er en klar socio-økonomisk gradient, hvor patienter med lavt uddannelsesniveau har en lavere sundhedskompetence end dem med højt uddannelsesniveau (Friis K mfl. 2016).

Sundhedskompetencen spiller en vigtig rolle for den sociale ulighed i mødet mellem sundhedsvæsenet og patienterne, og dermed også blandt andet for hvor stort et udbytte den enkelte får af de tilbudte sundhedsydelser. Den nedsatte sundhedskompetence hos patienter med lavere socioøkonomisk status viser sig også ved, at de søger hjælp senere i sygdomsforløbet, hvor symptomerne er alvorligere. Patienter med nedsat sundhedskompetence opfatter i højere grad den sundhedsprofessionelle som en autoritet, hvilket medfører at de oftere føler sig dikteret eller presset og generelt har en ringere oplevelse af et ligeværdigt samarbejde med den sundhedsprofessionelle. (Sundhedsstyrelsen 2022A).

[39] Socioøkonomisk status her defineret som de sociale og økonomiske faktorer, der har betydning for den enkelte eller gruppers status eller position i samfundet.

Patienter med lavere socioøkonomisk status oplever sig generelt mindre forstået og har oftere en passiv rolle, hvor tilliden til systemet er lavere. Derudover har patienter med lavere socioøkonomisk status flere praktiske barrierer blandt andet manglende mulighed for at få fri fra arbejde og kunne transportere sig til sundhedstilbuddet ligesom de ofte har et mindre socialt netværk end patienter med høj socioøkonomisk status. (Sundhedsstyrelsen 2022A).

Begrænset tid og manglende kompetencer til at håndtere de komplekse psykosociale problemstillinger er blandt udfordringerne hos de sundhedsprofessionelle (Sundhedsstyrelsen 2022A).
Digital sundhedskompetence er også en vigtig faktor i den sociale ulighed i sundhed, da nødvendigheden af at kunne tilgå og anvende teknologi som fx sundhedsapps, bookingsystemer og digitale postkasser er voksende.

4.2.7. Mentalt helbred og psykisk lidelse

Psykisk lidelse og mentalt helbred er afgørende for funktionsniveauet, livskvaliteten, personlig udvikling og sociale relationer. Psykiske lidelser er meget almindelige og det skønnes at ca 40-50 pct. af befolkningen vil få en psykisk lidelse i løbet af deres liv, og at ca 10 pct. af befolkningen til enhver tid har en psykisk lidelse (svarende til min. 587.000 mennesker) (Sundhedsstyrelsen 2022E).

Lidelserne rammer både børn, unge og voksne og de samfundsmæssige omkostninger er store. Psykiske lidelser udgør 25 pct.[40] af den samlede sygdomsbyrde og er årsag til cirka 3.500 dødsfald årligt og er dermed den fjerde hyppigste dødsårsag; blandt andet som følge af en højere forekomst af somatiske sygdomme der ellers kunne være forebygget, som eksempelvis kræft og hjerte-kar-sygdomme. Heraf følger, at mennesker med psykisk lidelse lever med mere sygdom og har markant færre leveår end resten af befolkningen. For mennesker med svære psykiske lidelser, er levetiden op til 15-20 år kortere end levetiden i den generelle befolkning, foruden at de også har komplekse sociale problemer som for eksempel hjemløshed og misbrug (Sundhedsstyrelsen 2022E).

[40] Baseret på WHO´s data fra 2019, når der benyttes det standardiserede sygdomsbyrdemål YLD (Years Lost to Disability), og psykiske lidelser inkluderer både de almindelige psykiske lidelser, misbrugslidelser og visse neurologiske hjernesygdomme som fx demens-sygdomme (3). Psykiske lidelser udgør 14 % og misbrugslidelser 4 % af den samlede sygdomsbyrde.

Mentale helbredsudfordringer tidligt i livet er forbundet med øget risiko for både udvikling af psykiske og somatiske sygdomme samt øget risiko for negative sociale konsekvenser senere i livet. Det er derfor bekymrende, at både selvrapporterede mentale helbredsproblemer og psykiske lidelser er udbredt og stigende blandt danske børn og unge gennem de senere år. Omkring 15 pct. af børn og unge får diagnosticeret en psykisk lidelse eller en udviklingsforstyrrelse i børne- og ungepsykiatrien inden de fylder 18 år (Jeppesen P mlf. 2020).

I Sundhedsprofilen har man siden 2010 kortlagt mentalt helbred for mænd og kvinder i alderen 16 til over 75 år. Der ses et klart mønster med en stigning i selvrapporteret dårlig vurdering af det mentale helbred. Værst ser det ud for især de helt unge kvinder mellem 16 og 24 år, hvor knap 35 pct. vurderer, de har et dårligt mentalt helbred, med en stigning på over 18 pct-point siden 2010 (se figur).

Også indenfor det psykiatriske felt ses en social ulighed i sundhed. Det er blandt andet veldokumenteret, at lav indkomst og uddannelse hos forældre er forbundet med øget risiko for mentale helbredsproblemer hos børn og unge (Jeppesen P mlf. 2020).

Den markante stigning i antallet af patienter med psykiske lidelser afspejles i en betydelig aktivitetsstigning i psykiatrien. Der er 30 pct flere psykiatriske patienter, som behandles på sygehus, hvor der i samme periode kun er set en stigning på 13 pct. i antallet af patienter med somatiske sygdomme. Der er 50 pct. flere børne- og ungepsykiatriske patienter, foruden 41 pct. flere børn og unge med psykiatriske lidelser, anbragt udenfor hjemmet eller modtager en forebyggende indsats i kommunen (Sundhedsstyrelsen 2022E).

Figur 10. Andel med lav score på den mentale helbredsskala, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2022C

4.3. Aktivitet og data – Sundhedsvæsenet

I det følgende beskrives aktiviteten i sundhedsvæsenet i overordnede nøgletal for at illustrere opgaveomfang og udvikling i de seneste 10 år i de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Aktiviteten er fordelt på primær sektor (almen og speciallægepraksis) og sygehusvæsen (somatisk og psykiatrisk sygehusvæsen).

Der er i opgørelsen taget udgangspunkt i seneste tilgængelige data fra 2021, hvor både Covid-19-epidemien og sygeplejerskekonflikt har haft betydning for aktiviteten særligt på sygehusene.

Overordnet er antallet af patienter, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet, steget fra 2011 til 2021 i alle fire dele af sundhedsvæsenet.

I primær sektor var mere end 5 mio. danskere i kontakt med almen praksis og næsten 1.9 mio var i kontakt med speciallægepraksis i 2021. Det svarer til at næsten 9 ud 10 danskere har været i kontakt med egen læge i løbet af et år, og at hver tredje dansker har været i kontakt med speciallægepraksis.

Antallet af kontakter til almen praksis har i perioden desuden været stigende. I 2021 havde hver patient i gennemsnit 8,7 kontakter. I opgørelsen af kontakter indgår: almindelige konsultationer, video-, telefon- og e-mailkonsultationer, sygebesøg samt desuden specifikke ydelser, der vurderes at udgøre en særskilt fysisk kontakt (fx helbredsundersøgelser af gravide og børneundersøgelser).

I sygehusvæsenet var antallet af somatiske patienter med ophold steget til 2.74 mio i 2021. Det er lavere end i 2019 og skyldes blandt andet Covid-19. Psykiatrien er den del af sundhedsvæsenet, hvor der har været den største aktivitetsvækst. Antallet af patienter steg med 27 pct. fra 2011 til 2021.

Sundhedsdatastyrelsen opgør produktivitieten i sygehussektoren. Produktivitet måles her som forholdet mellem værdien af sygehusbehandlingerne og de anvendte ressourcer. Den seneste opgørelse fra marts 2021 viser udviklingen frem til 2018. Set over perioden 2003-2018 har den gennemsnitlige årlige produktivitetsvækst været på 2,2 pct (Sundhedsdatastyrelsen 2021).

Tabel 7. Aktivitet i sygehusvæsenet og praksissektoren

Område	Enhed	2011	2021	Udvikling 2011-2021
Almen praksis	Antal patienter i kontakt med almen praksis	4.881.918	5.083.994	4 pct.
	Antal kontakter	41.620.657	44.411.486	7 pct.
	Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt med almen praksis	8,5	8,7	2 pct.
	Kontakter pr. 1.000 borgere	7.510	7.606	1 pct.
Speciallæge-praksis	Antal patienter i kontakt med speciallægepraksis	1.751.825	1.880.322	7 pct.
	Antal kontakter	5.673.241	5.688.712	0 pct.
	Gns. antal kontakter pr. patient i kontakt med speciallægepraksis	3,2	3	-6 pct.
	Kontakter pr. 1.000 borgere	1.024	974	-5 pct.
Psykiatri	Antal patienter	127.028	161.727	27 pct.
	Antal ophold	946.243	1.079.967	14 pct.
	Gns. antal ophold pr. patient med ophold	7,4	6,7	-9 pct.
	Antal ophold pr. 1.000 borger	171	185	8 pct.
Somatik	Antal patienter med ophold	2.532.775	2.743.694	8 pct.
	Antal ophold	11.177.229	11.467.866	3 pct.
	Gns. antal ophold pr. patient med ophold	4,4	4,2	-5 pct.
	Ophold pr. 1.000 borgere	2.017	1.964	-3 pct.

Kilde: Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, CPR, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Sygeplejerskestrejken kan have indflydelse på aktiviteten på hospitalerne i 2021.
Covid-19-epidemien kan have indflydelse på aktiviteten på hospitalerne i 2020 og 2021.

Note: Der er databrud i 2019 grundet overgang til ny version af Landspatientregisteret (LPR3) primo 2019. Sammenligninger af aktivitetstal vedrørende sygehusvæsenet (psykiatri og somatik) for de to år (2011 og 2021) skal derfor foretages med ekstra varsomhed.

4.4. Aktivitet og data – Lægelig uddannelse og arbejdsmarked

4.4.1. Aktivitet på medicinstudierne

Medicinstudiet er populært. Hvert år ansøger væsentligt flere studerende, end der optages, og der er høje karakteradgangskrav.

Over de seneste tyve år er optaget på medicinstudierne gradvist udvidet samtidigt med, at der er etableret mulighed for kandidatuddannelse i medicin flere steder i landet. I 2021 blev der optaget i alt 1.635 på bacheloruddannelsen i medicin og 1.383 på kandidatuddannelsen, hvilket er en øgning på henholdsvis 21 pct. og 47 pct. sammenlignet med 2011. I lyset af en befolkningsudvikling på knap fem procent i perioden, er der tale om en betydelig øgning af antallet af lægestuderende.

Fordelingen af de studerende er ændret over tid, så der andelsmæssigt uddannes flere læger fra Syddansk Universitet og Aalborg Universitet end tidligere.

Udvikling på medicinstudierne

- Øget optag på medicinstudierne.
- Hovedparten (92 pct.) af de studerende er danske statsborgere – og kvinder (70 pct.).
- Relativt lavt frafald på medicinstudierne.
- Stagnation i antallet af læger uddannet i udlandet der får dansk autorisation.
- Etableringen af medicinstudiet i Aalborg 2010 har betydet at der er en større geografisk fordeling af de studerende. Med etablering af SDU's afdeling i Esbjerg og KU's afdeling i Køge fortsættes den udvikling.

Figur 11. Optag på medicinuddannelsen fordelt på bachelor og kandidat, 2010-2021

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Danmarks Statistik

Tabel 8. Optag på medicinstudiet fordelt efter institution

	2011	2021	Udvikling antal	Udvikling pct.
Antal optagne på medicinstudiet, bach.	1.352	1.629	277	20 pct.
Antal optagne på medicinstudiet, kand. 3 år	940	1.382	442	47 pct.
Optag til medicinstudiet fordelt efter institution				
København Universitet, medicin, bach.	509	593	34	17 pct.
Aarhus Universitet	463	521	58	13 pct.
Syddansk Universitet	321	344	23	7 pct.
Aalborg Universitet	59	171	112	190 pct.

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriets datavarehus baseret på data fra Danmarks Statistik

Frafaldet på medicinstudierne er relativt lavt og primært relateret til bacheloruddannelsen, hvor frafaldsprocenten i 2019 var 13,8 pct. mod 1,9 pct. på kandidatuddannelsen.

Det øgede optag over de sidste tyve år afspejles i, at det i Sundhedsstyrelsens lægeprognose (grundscenariet) beregnes, at der vil være ca. 42.300 lægeuddannede (cand. med) i arbejdsstyrken i 2040 mod 28.181 i 2021. Den gennemsnitlige studietid var 6,6 år i 2020 (Sundhedstyrelsen 2022F).

Hovedparten af de optagne på medicinstudierne er kvinder, og fordelingen var i 2020 70 pct. kvinder og 30 pct. mænd (Sundhedstyrelsen 2022F).

Der har været et fald i antallet og andelen af udenlandske studerende på medicinstudierne. Lægestuderende med udenlandsk statsborgerskab udgjorde i 2020 10 pct. af den samlede tilgang af studerende. Særligt antallet af kandidatstuderende fra de øvrige nordiske lande er faldet væsentligt siden 2010 (Sundhedstyrelsen 2022F).

Der har været et betydeligt fald i andelen af personer med autorisation, der udstedes på baggrund af udenlandsk uddannelse[41]. I 2021 var det 18 pct. af de personer, der fik dansk autorisation, som var uddannet i udlandet, hvor det i 2014 var 26 pct af dem, der fik dansk autorisation, som var fra udlandet. Der blev i 2021 udstedt 39 pct. flere autorisationer end i 2014, og væksten er sket i gruppen af personer, der er uddannet i Danmark (Sundhedstyrelsen 2022F).

[41] Udenlandsk uddannede kan være danske statsborgere, der har valgt at studere i udlandet.

4.4.2. Aktivitet i lægelige videreuddannelse

Klinisk basisuddannelse
Optaget på medicinstudierne er steget over en årrække, hvorfor antallet af kandidater og tilmeldinger til den kliniske basisuddannelse også er steget. (se figur). Der kan være en del udsving i tilmeldinger mellem sommer (flest tilmeldinger) og vinter (færrest), hvilket fordrer en fleksibilitet i forhold til at oprette uddannelsesforløb regionalt. Antallet af tilmeldte til den klinisk basisuddannelse med begyndelse sommeren 2022 var 681.

Gennemsnitstiden mellem autorisation og opnåelse af tilladelse til selvstændigt virke er faldet fra 2,3 år i 2008 til 1,6 år i 2021 (Sundhedstyrelsen 2022F), som følge af blandt andet overgangen fra 18 måneders turnus til 12 måneders KBU.

I 2021 fik i alt 1533 læger autorisation, heraf var 1254 uddannet i Danmark. I sommeren 2022 og vinter 2021/22 tilmeldte i alt 1226 læger sig den kliniske basisuddannelse.

Figur 12. Årligt antal tilmeldte til KBU-forløb 2015-2022

Anm.: De tilmeldte fordeles efter de tre videreuddannelsesregioner (Nord: 33 pct., Syd: 22 pct. og Øst: 45 pct.)
Kilde: Sundhedsstyrelsen

Speciallægeuddannelsen
Antallet af forløb i speciallægeuddannelsen er fastlagt i en dimensioneringsplan. Hvordan dette foregår er beskrevet i afsnit 3.6. Over tid er antallet af uddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen øget og i 2023 (seneste dimensioneringsplan) øges antallet af hoveduddannelsesforløb til i alt 1090, som fordeles på de tre videreuddannelsesregioner (Nord 371, Syd 243 og Øst 476 forløb).

Figur 13. Dimensionerede og besatte hoveduddannelsesforløb, hele landet, 2003-23 (besatte til 2021)

Kilde: Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan

Sundhedsstyrelsen udgiver hvert år en opgørelse af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen. Opgørelsen udgives i foråret med data fra det forgangne år. Seneste data for besatte forløb er fra 2021.

I 2021 blev 92 pct. af det dimensionerede antal hoveduddannelsesforløb besat. Besættelsesgraden har været stabil over tid, men der er forskelle mellem specialer og på tværs af de tre videreuddannelsesregionerne, eksempelvis er besættelsesgraden almindeligvis højere i Videreuddannelsesregion Øst end de to øvrige videreuddannelsesregioner.

Der er blevet øget i antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin, det er foreløbigt ikke lykkes at besætte alle forløb (på landsplan er besættelsesgraden 79 pct.). Derudover er der ledige forløb i alle tre videreuddannelsesregioner i specialerne akutmedicin, arbejdsmedicin og reumatologi. Antallet af besatte hoveduddannelsesforløb i forhold til det totale antal dimensionerede forløb er i Videreuddannelsesregion Øst 97 pct., i Nord 93 pct. og i videreuddannelsesregion Syd 84 pct.

Tabel 9. Opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb i 2022 – Danmark

Speciale	Gældende Dim. Plan 2022 (oprindelig Dim. Plan 2022)	Opslåede	Ansøgere	Besatte	Ubesatte ift. gæl-dende Dim. Plan	Besættelses-pct.
Akutmedicin	35 (35)	46	19	16	19	46%
Almen medicin	350 (350)	325	433	257	93	73%
Anæstesiologi	56 (56)	54	76	54	2	96%
Arbejdsmedicin	9 (9)	11	7	3	6	33%
Børne- og ungdomspsykiatri	27 (27)	32	38	24	3	89%
Dermato-venerologi	12 (12)	11	22	12	0	100%
Gynækologi og obstetrik	32 (32)	35	79	37	**	100%
Intern medicin: endokrinologi	18 (18)	25	30	17	1	94%
Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi	15 (15)	21	30	16	**	100%
Intern medicin: geriatri	18 (18)	22	15	13	5	72%
Intern medicin: hæmatologi	11 (11)	10	17	8	3	73%
Intern medicin: infektionsmedicin	9 (9)	11	22	10	**	100%
Intern medicin: kardiologi	27 (27)	27	58	25	2	93%
Intern medicin: lungesygdomme	19 (19)	22	36	18	1	95%
Intern medicin: nefrologi	10 (10)	11	11	10	0	100%
Intern medicin: reumatologi	22 (22)	26	28	13	9	59%
Karkirurgi	6 (6)	8	9	6	0	100%
Kirurgi	26 (26)	30	65	30	**	100%
Klinisk biokemi	7 (7)	7	15	7	0	100%
Klinisk farmakologi	5 (5)	8	8	7	**	100%
Klinisk fysiologi og nuklearmedicin	8 (8)	8	9	8	0	100%
Klinisk genetik	5,5 (5,5)	6	11	5	1	91%
Klinisk immunologi	4 (4)	3	3	2	2	50%
Klinisk mikrobiologi	6 (6)	6	6	5	1	83%
Klinisk onkologi	28 (28)	29	34	25	3	89%
Neurokirurgi	3 (3)	5	25	5	**	100%
Neurologi	30 (30)	32	66	25	5	83%
Oftalmologi	20 (20)	19	62	20	0	100%
Ortopædisk kirurgi	38 (38)	38	89	38	0	100%
Oto-, rhino-, laryngologi	20 (20)	21	48	20	0	100%
Patologisk anatomi og cytologi	16 (16)	25	23	19	**	100%
Plastikkirurgi	10 (10)	10	54	11	**	100%
Psykiatri	63 (63)	74	84	58	5	92%
Pædiatri	28 (28)	30	41	30	**	100%
Radiologi	44 (44)	50	75	49	**	100%
Retsmedicin	2 (2)	2	7	2	0	100%
Samfundsmedicin	12 (12)	12	27	11	1	92%
Thoraxkirurgi	3 (3)	3	17	3	0	100%
Urologi	13 (13)	19	29	17	**	100%
Total	**1.067,5 (1.067,5)**	**1.134**	**1.728**	**936**	**162**	**88%*** **

** Antallet af ansøgere er ikke unikke ansøgere*
*** Angiver, at der har været flere besatte forløb i forhold til gældende dimensioneringsplan. Det kan blandt andet skyldes overførsel af forløb fra 2021 til 2022 eller fremadrettede ansættelser på grund af barsel.*
**** I de specialer, hvor der er besat flere forløb end dimensioneringsplanen, vil den totale besættelsesprocent overestimeres. Ved justering af forløb højere end dimensioneringen til antal dimensionerede forløb bliver besættelsesprocenten 83%.*

I Dimensioneringsplan 2021 blev der indført øget fleksibilitet i antallet af hoveduddannelsesforløb ved at introducere et fastlagt antal fleksforløb, hvor det er muligt at overføre ubesatte forløb til opslag og besættelse i andre specialer. Det maksimale antal fleksforløb på landsplan er fastsat til 100 fleksforløb i 2023, og fordeler sig således mellem de tre videreuddannelsesregioner:

- **Videreuddannelsesregion Øst:**
  44 fleksforløb – heraf 26 besatte forløb i 2022
- **Videreuddannelsesregion Syd:**
  22 fleksforløb – heraf 5 besatte forløb i 2022
- **Videreuddannelsesregion Nord:**
  34 fleksforløb – heraf 4 besatte forløb i 2022

For introduktionsforløb indberettes besatte forløb og godkendte forløb. Der findes imidlertid ikke valide data for ubesatte forløb, hvorfor dette ikke indberettes. Opslag foregår lokalt og videreuddannelsesregionerne modtager ikke data på antallet af opslåede forløb. I stedet opgøres antallet af besatte introduktionsforløb per speciale på videreuddannelsesniveau.

Uddannelsesvarighed

Det tager tid at blive speciallæge. Medicinstudiet er normeret til seks år og er den længste videregående uddannelse i Danmark. Den har samme varighed som studiet i mange europæiske lande – blandt andet Norge og Sverige.

I 2021 var den gennemsnitlige alder ved opnåelse af autorisation 28,2 år (i 2001 var den 29,3 år), mens en dansk uddannet læge i gennemsnit var 39,7 år (i 2011 40,2 år) ved opnåelsen af speciallægeanerkendelse.(Sundhedstyrelsen 2022F)

Den gennemsnitlige studietid er faldet i perioden 2000-2020 fra 7,8 år til 6,6 år (eventuelle pauser mellem bachelor og kandidatuddannelsen indgår ikke i gennemsnittet).Det kan skyldes flere faktorer, både uddannelses- og karrierekulturelle, men også strukturelle tiltag såsom:

- Lægestudiet blev kortet fra 6,5 til 6,0 år i 2005
- Den intenderede forkortelse af uddannelsestiden med indførelse af étårig klinisk basisuddannelse samt 4-årsfrist i 2008
- Fremdriftsreformen, der var et led af SU-reformen, og blev gældende for alle studerende ved universiteterne fra sommeren 2015

Gennemsnitstiden fra autorisation til tilladelse til selvstændig virke var i 2021 1,6 år sammenlignet med 2,0 år i 2009 (Sundhedstyrelsen 2022F).

For læger, der erhvervede speciallægeanerkendelse i 2021, var det i gennemsnit 10,7 år siden de havde modtaget autorisation (gennemførselstid). Gennemførselsestiden har været jævnt faldende fra 12,7 år i 2001 til 2013 og siden ligget mellem 10,4-10,8 år. Der er variationer på gennemførselstider mellem specialerne fx i 2021 har almen medicin en gennemførselstid på 9,4 år, geriati på 10,3 år, psykiatri på 11,1 år og klinisk mikrobiologi på 13,5 år. (Sundhedstyrelsen 2022F, bilag 2).

Figur 14. Gennemsnitstid fra dansk kandidateksamen (autorisation) til speciallægeanerkendelse

Kilde: Autorisationsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Den hurtigst mulige gennemførsel af den lægelige videreuddannelse (fra autorisation til speciallægeanerkendelse) er 72-84 måneder afhængigt af valgte speciale i speciallægeuddannelse. I gennemsnit bruger lægerne 4,3 år mere end dette, dog med udtalt variation afhængigt af hvilket speciale, der er tale om (se figur 15).

Figur 15. Gennemsnitlig forlængelse fordelt efter speciale, 2021 (uddannelsestid i år udover normeret tid)

Kilde: Lægeprognosen 2021-2045. Datagrundlaget: Sundhedsdatastyrelsens autorisationsregister. Gennemsnitstid fra en dansk uddannet læge opnår autorisation til vedkommende bliver danskuddannet speciallæge første gang i perioden 2004-2021.

Note: Uddannelsestid udover normeret tid er beregnet således: (varighed fra autorisation til speciallægeanerkendelse – normeret varighed)

Udstedte speciallægeerkendelser
I perioden 2009 til 2019 har der været en vækst på 21 pct. udstedte speciallægeanerkendelser, men siden 2019 er antallet faldet fra 938 til 819 i 2021. Stigningen er primært forårsaget af flere læger, der er uddannet i Danmark. Antallet og andelen af udstedte speciallægeerkendelser til læger uddannet i udlandet toppede i 2009, hvor 238 udenlandsk uddannede speciallæger fik dansk speciallægeanerkendelse, hvilket svarer til, at hver tredje speciallægeanerkendelse blev givet til en udenlandsk uddannet læge. I 2021 var denne andel 19 pct (Sundhedstyrelsen 2022F)

Få læger gennemfører mere end en speciallægeuddannelse. Således har 2,8 procent af alle speciallæger under 75 år per november 2022 i autorisationsregistret to eller flere speciallægeanerkendelse[42].

Figur 16. Antal udstedte speciallægeerkendelser fordelt på herkomst eller uddannelsesland (2004-2021, antal og udvikling)

Kilde: Det Statistiske Autorisationsregister (Sundhedsdatastyrelsen)
Note: Uddannelsesland er det land, hvor den postgraduate uddannelse og speciallægeanerkendelse er opnået.

[42] Datatræk i autorisationsregisteret den 16. november 2022. Der er kun medtaget specialekombinationer, der er udtryk for et reelt specialeskifte, hvorfor læger, der har flere speciallægeanerkendelse grundet den tidligere grenspecialestruktur, ændringer af specialestruktur og specialers navneskifte ikke er inddraget.

4.4.3. Det lægelige arbejdsmarked

Arbejdsstyrke af læger og speciallæger
Arbejdsstyrken er betegnelsen for alle de mennesker, som er til rådighed for arbejdsmarkedet, og består derfor både af beskæftigede og arbejdssøgende. Læger der er under videreuddannelse tæller med som beskæftigede i arbejdsstyrkestatistikken, da de har en lønindkomst.

Sundhedsdatastyrelsen opgør[43] den lægelige arbejdsstyrke. I 2020 var der 28.093, læger i arbejdsstyrken, hvoraf ca. 16.800 (60 pct.) havde erhvervet speciallægeanerkendelse, mens ca. 11.200 (40 pct.) ikke havde speciallægeanerkendelse.

Figur 17. Udvikling i arbejdsstyrken af læger og speciallæger, 2000-2020, hele landet

Kilde: Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede fordelt på faggrupper, Sundhedsdatastyrelsen

[43] www.esundhed.dk

Ganske få læger med speciallægeanerkendelse er registreret som værende 'ikke i beskæftigelse' (8 speciallæger), mens en lidt større del af læger uden speciallægeanerkendelse, 121, er registreret som værende 'ikke i beskæftigelse' i 2020.

Arbejdsstyrken af læger og speciallæger er vokset med 5.200 personer fra 2010 til 2020 svarende til en vækst på 22 pct. I samme periode er arbejdsstyrken af alle sundhedsuddannede vokset med 14 pct. Lægerne udgjorde i 2020 cirka 8,7 pct. af arbejdsstyrken af sundhedsuddannede i Danmark[44].

Tabel 10. Arbejdsstyrken af speciallæger og læger uden speciale fordelt på uddannelseslandegrupper (land hvor medicinstudiet er gennemført)

	2009	2019	Udvikling antal	Udvikling pct.
Danmark	20.349	24.484	4.135	20 pct.
Norden	118	121	3	3 pct.
EU/EØS	905	1.278	373	41 pct.
Tredjeland	776	1.059	283	36 pct.
Ukendt	53	18	- 35	- 66 pct.
I alt	**22.201**	**26.960**	**4.759**	**21 pct.**

Kilde: Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Hovedparten (90,8 pct.) af den lægelige arbejdsstyrke har deres grunduddannelse fra et dansk medicinstudie. Fra 2009 til 2019 er andelen af læger, der har gennemført medicinstudiet i udlandet steget fra 8,3 pct. til 9,2 pct.

Kønsfordelingen blandt læger i arbejdsstyrken er i 2019 46 pct. mænd og 54 pct. kvinder. Dette afspejler, at fordelingen af læger uden speciale har overvægt af kvinder (62 pct.) og der er flest mænd blandt speciallægerne (52 pct.) (Sundhedstyrelsen 2022F). Det betyder, at der er relativt flere kvinder blandt de yngre læger i arbejdsstyrken. For læger over 60 år ses en højere andel af mænd, Sundhedsstyrelsen forventer, at andelen af kvindelige læger vil stige yderligere i fremtiden.

Flere læger fortsætter med at være på arbejdsmarkedet efter de er fyldt 65 år. Mere end 3.300 læger var i 2018 over 65 år. I 2000 var andelen af læger over 65 år således 4 pct., mens den i 2020 var 12 pct.

[44] Arbejdsstyrken af læger var 28.093 i 2020. Den samlede arbejdsstyrke af sundhedsuddannede var 320.673 i 2020. Kilde: Bevægelsesregisteret 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 18. Andel læger over 65 år i arbejdsstyrken i Danmark 2000-2020

Kilde: Arbejdsstyrken af Sundhedsuddannede, Bevægelsesregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

Læger og speciallægers beskæftigelse
I 2018 (seneste tilgængelige data) var der cirka 25.000 beskæftigede læger. Ni ud af 10 læger arbejder i det behandlende sundhedsvæsen[45].

I perioden 2008-2018 er det samlede antal beskæftigede læger (både læger og speciallæger) øget med cirka 4.200 læger, svarende til en vækst på 20 pct. Beskæftigelsesvæksten er primært sket på hospitaler. Siden 2008 er der 4.100 flere beskæftigede læger på hospitalerne. Hospitalerne har således kunne tiltrække og fastholde en stigende andel af alle læger. To ud af tre beskæftigede læger arbejdede i 2018 på hospitaler[46].

I samme periode ses et mindre fald i antallet af beskæftigede læger i almen praksis og en mindre stigning i antallet af læger, som er beskæftigede som praktiserende speciallæger på 7 pct.

Under 300 læger arbejdede i 2018 med fremstilling af og handel med medicinalvarer. Det er én pct. af alle beskæftigede læger, og blot 57 af lægerne i branchen var speciallæger.

[45] Branchekode: Hovedgruppe 86 – Sundhedsvæsen. Hospitaler, Praktiserende læger (almen og speciallæger) og sundhedsvæsen i øvrigt
[46] Branchen omfatter private og offentlige hospitaler (inkl. psykiatriske), skadestuer og tjenester ydet af medicinsk og paramedicinsk personale, herunder laboratorietjenester, radiologi og anæstesi.

Tabel 11. Antal læger i beskæftigelse (både med og uden speciallægeanerkendelse) fordelt på branche, 2008-2018

	2008	2018	Udvikling i antal	Udvikling i pct
Hospitaler	12.692	16.805	4.113	32 pct
Alment praktiserende læger	4.387	4.331	-56	-1 pct
Praktiserende speciallæger	1.313	1.410	97	7 pct
Sundhedsvæsen i øvrigt	146	175	29	20 pct
Institutionsophold og Sociale foranstaltninger	161	144	-17	-11 pct
Offentlig forvaltning	210	300	90	43 pct
Undervisning, forskning	714	697	-17	-2 pct
Fremstilling af og handel med medicinalvarer	235	288	53	23 pct
Øvrige brancher	918	814	-104	-11 pct
Total	**20.776**	**24.964**	**4.188**	**20 pct**

Regional beskæftigelse
I hele landet er antallet af beskæftigede speciallæger øget fra 2,4 læger til 2,7 læger pr. 1.000 indbyggere fra 2009 til 2019.

Der er flest beskæftigede speciallæger i Region Hovedstaden både i absolutte tal og målt pr. 1.000 indbyggere. I de seneste 10 år er forskellen i antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere blevet mindre mellem Region Hovedstaden og Region Midtjylland og mellem Region Nordjylland og Region Syddanmark.

Der er færrest speciallæger pr. indbygger i Region Sjælland, og da det samtidig er den region med laveste vækst i antal speciallæger, vil forskellen til øvrige regioner øges.

Tabel 12. Antal beskæftigede speciallæger (pr. 1000 indbyggere), 2009 og 2019, fordelt på regioner

	Antal beskæftigede speciallæger		Antal beskæftigede speciallæger pr. 1.000 indbyggere		
	2009	2019	2009	2019	Udvikling (antal)
Region Nordjylland	1.227	1.425	2,1	2,4	0,3
Region Midtjylland	2.830	3.436	2,3	2,6	0,3
Region Syddanmark	2.671	3.306	2,2	2,7	0,5
Region Hovedstaden	4.996	5.923	3,0	3,2	0,2
Region Sjælland	1.698	1.874	2,1	2,2	0,2
Hele landet	**13.436**	**15.986**	**2,4**	**2,7**	**0,3**

Kilde: Bevægelsesregister, Sundhedsdastyrelsen og Folketal, Statistikbanken

Deltid

Der foreligger ikke solide data over alle lægers deltid- og fuldtidsbeskæftigelse i nationale registre. Til belysning af hvor mange læger der ikke har fultidsbeskæftigelse, er der indhentet data fra kommunernes og regionernes løndatakontor om lægers arbejdstid og ansættelsestype (Tabel 13). Data indikerer, at der er en stigende andel af læger på de offentlige sygehuse, som arbejder mindre end fuld tid. I 10-års perioden 2011 til 2021 er andelen af læger beskæftiget på offentlige sygehuse, der arbejder mindre end fuld tid, steget fra 4,9 pct. til 12,6 pct. Den gennemsnitlige arbejdstid for læger på offentlige sygehuse er faldet fra 36,4 timer i 2011 til 35,1 time i 2021[47]. Flere læger og speciallæger vil kunne arbejde flere timer end det fremgår af de indhentede data, fordi data alene omfatter den aftalte, gennenmsnitlige lønnede arbejdstid. For selvstændige i speciallæge- og almen praksis er der ikke tilsvarende tilgængelige oplysninger om arbejdstid.

[47] Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (Esundhed.dk)

Tabel 13. Beskæftigede læger på offentlige sygehuse i Danmark i år 2011 og 2021

	2011	2021
Antal læger på deltid (under 37 timer pr. uge)	733	2.525
Gennemsnitlig antal timer (for fuldtids- og deltidsansatte) pr. uge	36,4	35,1
I alt beskæftigede læger på offentlige sygehuse	14.895	20.012
Andel læger beskæftiget på offentlige sygehuse på deltid (under 37 timer)	4,9 pct.	12,6 pct.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor. (Esundhed.dk)

Videreuddannelsesregionerne oplever en stigende interesse blandt uddannelseslæger for at få deltidsansættelse. Det gælder særligt læger i specialet almen medicin i uddannelsesforløb i almen praksis. En opgørelse fra Videreuddannelsesregion Nord viser, at der fra 2015 til 2020 har været en stigning i antallet af uddannelseslæger på deltid[48] (fra 38 til 122). I Videreuddannelsesregion Nord var 14 ud af 122 forløb begrundet i forskning, hvor de resterede 108 var af forskellige personlige årsager blandt andet faglige, helbredsmæssige, familiemæssige eller sociale forhold. Stigningen skyldes primært uddannelseslæger, der af personlige årsager ønsker at arbejde mindre end i gennemsnittet 37 timer om ugen[49].

[48] Mindre end 37 timer pr. uge
[49] Oplæg ved Mads Skipper - "Deltid i uddannelsen", Videreuddannelsesregion Nord, den 24/9 2021

Lægelig uddannelse og beskæftigelse i internationalt perspektiv
Danmark er et af de lande i OECD, som uddanner flest læger i forhold til befolkningsstørrelsen. I 2019 uddannedes 23,4 læger pr. 100.000 personer i Danmark.

I samtlige OECD-lande ses over de seneste 20 år et øget antal læger, der leverer ydelser til patienter pr 1.000 indbyggere. Således er OECD-gennemsnittet øget med 0,77 læger fra år 2000 til 2020.

Der er i Norge, Tyskland, Sverige, Danmark samt Nederlandene flere læger pr. 1.000 indbyggere end OECD-gennemsnittet, mens der er færre i Storbritannien.

Figur 19. Årligt antal uddannede læger (medical graduates) per 100.000 indbyggere

Kilde: OECD (2023), Medical graduates (indicator). doi: 10.1787/ac5bd5d3-en
Note: Sammenligning på tværs af landene kan være forbundet med en vis usikkerhed, da der kan være forskel på opgørelsesmetoderne

Figur 20. Antal læger der leverer ydelser til patienter pr. 1000 indbyggere

Kilde: OECD (2023), Doctors (indicator). doi: 10.1787/4355e1ec-en
Note: Sammenligning på tværs af landene kan være forbundet med en vis usikkerhed, da der kan være forskel på opgørelsesmetoderne.

5

Udfordringer og muligheder

5. Udfordringer og muligheder

Den lægelige videreuddannelse blev ændret i forlængelse af speciallægekommissionens anbefalinger fra 2000, og har gennemgået en udvikling, som på mange måder har resulteret i en velfungerende videreuddannelse.

Udviklingen i samfundet og sundhedsvæsenet har gennem de sidste 20 år været markant, og der er derfor som en del af revisionsarbejdet, foretaget en vurdering af om lægers videreuddannelse i tilstrækkeligt omfang tilgodeser, at læger skal kunne agere i fremtidens sundhedsvæsen og være uddannet til at varetage patienternes behov.

I de forrige kapitler er der redegjort for hvordan videreuddannelsen fungerer i dag og udviklingen i befolkning, sygdom og sundhedsvæsen er beskrevet.

Antallet af speciallæger og læger under uddannelse er historisk højt, og Danmark er et af de lande i OECD, der uddanner flest læger i forhold til befolkningsstørrelsen. Alligevel mangler der læger visse steder i Danmark inden for nogle specialer. Aktiviteten i sundhedsvæsenet er generelt stigende, og der er flere og mere komplekse patientforløb. Den fortsatte medicinsk-teknologiske udvikling muliggør flere og bedre behandlingstyper. Befolkningens sundhedstilstand bevæger sig generelt i den rigtige retning, om end der er vigtige undtagelser indenfor psykisk lidelse og mistrivsel samt med hensyn til ulighed i sundhed for forskellige befolkningsgrupper.

For at kunne imødekomme de ændrede og mere komplekse patientbehov samt den demografiske udvikling bør der ske en omstilling af sundhedsvæsenet. Udviklingen af de sundhedsprofessionelles kompetencer, ikke mindst lægers videreuddannelse, skal ses i dette perspektiv.

Det er et godt udgangspunkt, at der uddannes kompetente kandidater fra alle medicinstudier, og at kvaliteten af videreuddannelsen generelt er god. Der er lang erfaring med den overordnede planlægning og praktiske gennemførelse af videreuddannelsen, hvor vi i Danmark følger det fremherskende internationale paradigme, at speciallæger bør uddannes mens de arbejder, under kompetencebaserede forløb med løbende feedback og kompetencevurdering i det kliniske arbejde.

I de følgende afsnit uddybes centrale muligheder og udfordringer baseret på gennemgangen af viden og data i kapitel 4, som videreuddannelsen bør tilrettelægges efter. Mulighederne og udfordringerne danner grundlag for anbefalingerne der præsenteres i kapitel 6.

Følgende temaer gennemgås:

- Den demografiske udvikling og multisygdom
- Specialisering og fragmenterede sundhedsydelser
- Øget aktivitet og mindsket robusthed i sundhedsvæsenet
- Ulighed
- Mental mistrivsel og psykisk lidelse
- Primærsektoren
- Lægelivet og det lægelige arbejdsmarked
- Den teknologiske og faglige udvikling
- En øget aktivitet uden for det offentlige sygehusvæsen

5.1. Den demografiske udvikling og multisygdom

Den stigende andel af ældre borgere og patienter med multisygdom øger behovet for forandringer i både behandling og patientkontakt. Som det er i dag vil patienten med flere sygdomme følges i forskellige specialer og have flere speciallæger i uafhængige forløb. Ved skift mellem fagligheder og sektorer kan der ske videnstab og patientens oplevelse af sammenhæng kan være lav. Hvis den enkelte speciallæge opretholder generalist kompetencer og derfor også kan behandle mere almindelige, hyppige lidelser uden for eget speciale, vil det kunne medføre færre forløb og behandlere for den enkelte patient, hvilket vil bidrage til mere sammenhængende forløb og give bedre mulighed for øget efterlevelse og viden hos patienten både med hensyn til sygdomsforståelse, medicinindtag, lægebesøg mm. Den behandlende speciallæge vil kunne få et bedre overblik og indsigt i det samlede sygdomsbillede, etablere realistiske og effektive behandlingsplaner, sikre unødig polyfarmaci mm.

Sikringen af sammenhæng af blandt andet de mere komplekse sygdomsforløb fordrer også, at de fagprofessionelle agerer ud fra et så vidt muligt fælles

evidensbaseret vidensgrundlag, hvilket nødvendiggør behovet for mere tværfaglig og tværsektoriel forskning, som løbende bliver implementeret i praksis.

Udfordringen med øgningen i antallet af mere komplekse patientforløb medfører større krav til den lægelige videreuddannelse. Det er vigtigt at uddanne speciallæger med brede kompetencer, så den enkelte læge kan varetage flere problemstillinger selv og skabe interesse for det generelle og ikke-specialiserede niveau.

Her kan den lægelige videreuddannelse bidrage ved at øge fokus på 1) kompetencer der understøtter samarbejdet mellem primær sektor og det specialiserede sygehusvæsen og 2) generalist kompetencer. Sidstnævnte kan styrkes ved at beskrive fælles opgaver og fælles kompetence så den enkelte speciallæge tager ansvar for en større del af det samlede patientforløb, hvor det væsentligste bliver fokus på patientens sundhed og funktionsniveau samt patient- og pårørendeinddragelse.

5.2. Specialisering og fragmenterede sundhedsydelser

Den stigende specialisering og samling af sygehusfunktioner over de sidste tyve år har været drevet af et mål om faglig udvikling og højere kvalitet i behandlingen af en række somatiske sygdomme. Antallet af sengepladser er reduceret, en større del af behandlingen er ambulant eller er flyttet til primærsektoren, og indlæggelsestiden er faldet.

Eftersom antallet af henvisninger af patienter til sygehusene er steget gennem årene, mens behandlingstilbuddene på sygehusene er blevet stadigt mere specialiserede, betyder det, at flere patienter med relativt almene og generelle problemstillinger mødes af specialister med højt specialiseringsniveau.

Kombinationen af sygehusenes specialisering og centralisering (inklusiv intern arbejdsdeling) samt lægers intuitive interesse for faglige fordybelse medfører over tid, at mange erfarne speciallæger har et specialiseret arbejdsfelt.

Væksten i sygehusansatte læger har langt overgået væksten af læger uden for sygehusene. Samtidigt flyttes opgaver fra sygehusene til primærsektoren hvor praktiserende læger og praktiserende speciallæger overtager arbejdsopgaver, der tidligere lå i sygehusregi. Der stilles ligeledes i større grad krav og forventninger til kommunernes opgavevaretagelse som fx med kommunale akutfunktioner og forebyggende indsatser. Denne udvikling stiller krav til den lægelige videreuddannelse om at uddanne speciallæger, der har kompetencer og viden til rådighed på tværs af sektorer, og at uddannelsen og opgavevaretagelsen mellem sektorer følges ad.

Der vil stadig være stort behov for specialiseret udredning og behandling på sygehusene i fremtiden, og en hovedudfordring for den lægelige videreuddannelse er at udvikle kompetencer, der både understøtter en tiltagende specialisering og et sundhedsvæsen, der varetager behandling af de almindeligste og hyppigste sygdomme og samtidigt kan tilbyde sammenhængende sundhedstilbud til ældre og multisyge patienter. Det stiller krav til videreuddannelsen om et øget fokus på de forskellige kompetenceniveauer og efteruddannelsen.

Hvor specialiseringen på sygehusene gør, at der kan tilbydes behandling af høj kvalitet i de enkelte ydelser, er der risiko for, at den samlede behandling på tværs af specialer og afdelinger ikke er optimal, hverken i forhold til værdi for patienten eller ressourceforbrug. Hvis de forskellige ydelser skal være værdiskabende mod et fælles mål, kræver det at de forskellige sundhedsfaglige indsatser koordineres og styres. På nuværende tidspunkt kan den enkelte patient opleve at blive behandlet af mange forskellige speciallæger, der i et vist omfang behandler uafhængigt af hinanden, hvilket kan være medvirkende til, at ansvaret for patientforløbet bliver uklart (VIVE 2018). Specialiseringen og de fragmenterede patientforløb medfører risiko for betydelig organisatorisk ineffektivitet med unødvendige henvisninger, (gen)indlæggelser, abrupte forløb og suboptimal behandlingseffekt (Regeringen 2017).

Videreuddannelsen bør derfor give fremtidens speciallæger viden om andre dele af sundhedsvæsenet, der gør dem i stand til at tage ansvar for en større del af patientens problemstillinger samt et større fokus på patientforløb frem for enkeltstående patientkontakter og problemstillinger.

5.3. Øget aktivitet og mindsket robusthed i sundhedsvæsenet

Udviklingen over de seneste 20 år i patientrettigheder, særligt udrednings- og behandlingsgarantien og de maksimale ventetider for behandling af livstruende hjerte- og kræftsygdomme, samt produktivitetskrav og forskellige incitamenter i finansieringen af sundhedsvæsenet har været med til at drive den øgede aktivitet og produktivitet i sundhedsvæsenet. Sidenløbende er der sket en markant forbedring af behandlingskvaliteten blandt andet indenfor kræft og hjertesygdom.

Opgaven for sundhedspersonalet, herunder lægerne, er at kunne arbejde kvalificeret og effektivt og ikke miste blikket for de overgange og sammenhænge der er i forløbene for patienterne. I dialog med den enkelte patient og kollegaer skal lægen kunne foretage en prioritering af udrednings- og behandlingsaktiviteter. De komptencer skal videreuddannelsen udvikle hos lægen.

Der er stor aktivitet i alle dele af sundhedsvæsenet, og dermed også mange potentielle læringssituationer i det kliniske arbejde for alle læger i videreuddannelsen. En stor del af videreuddannelsen er selv at dygtiggøre sig og tage ansvar for egen læring, men dette forudsætter, at uddannelsesstedet planlægger, så komplekse læringssituationer gennemføres, når det er hensigtsmæssigt og tilrettelægges med supervision, kompetencevurderinger, vejledersamtaler mv. Læring, uddannelse og kompetenceudvikling og patientbehandling hører sammen. Der er uddannelsessteder, hvor den organisatoriske robusthed er svækket fx ved mangel på personale, hvilket betyder at man ikke er i stand til at få det optimale ud af de læringstituationer, der er i patientbehandlingen. Det kan være på afdelinger, hvor det er vanskeligt at fastholde personale i nøglefunktioner blandt speciallæger, plejepersonale m.fl.

Manglende organisatorisk robusthed på afdelingerne kan potentielt have negative konsekvenser for den lægelige videreuddannelse og ses blandt andet på akutmodtagelserne og i psykiatrien. Der er ofte sammenfald mellem afdelinger med et udfordret uddannelsesmiljø og afdelinger der har svært ved at rekruttere og fastholde personale, hvorfor der risikerer at opstå en negativ, selvforstærkende proces som også kan påvirke behandlingskvalitet og aktivitet. Derfor indebærer løsningen af denne udfordring også et stærkt ledelsesmæssigt fokus på både videreuddannelsen og behandling på flere niveauer, dvs både afdelingsniveauet hos ledelsen, uddannelsesansvarlig overlæge, andre speciallæger, men også på sygehusledelsesniveau og regionalt og nationalt niveau.

5.4. Ulighed i sundhed

Der er social ulighed i risiko i forekomsten af sygdom og i forhold til konsekvenserne af at være syg i Danmark. Det har omkostninger for det enkelte individ, og medfører både øget sygelighed, dårligere livskvalitet og en kortere levetid.

Den sociale ulighed i sundhed betinges blandt andet af forskelle i borgernes adgang til og udbytte af sundhedsydelserne i sundhedsvæsenet (se også afsnit 4.2.6). Der er social ulighed i risikoen for at blive syg, men der er også social ulighed i behandlingsforløb, konsekvensen af sygdomme og brugen af sundhedsfremmende tiltag (Sundhedsstyrelsen 2020D).

Det har betydning for hvordan sundhedstilbud bør struktureres og organiseres. En måde at imødekomme patienternes forskellige sundhedskompetence på (se beskrivelse i 4.2.6) er at tilrettelægge sundhedstilbud og systemer, så informationer og ressourcer gøres tilgængelige for alle borgere,

Forskningen peger på, at de sundhedsprofessionelles kompetencer til at håndtere de komplekse problemstillinger som patienter med lavere socioøkonomisk status ofte har, er en vigtig komponent i at begrænse den sociale ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Og flere sundhedsprofessionelle oplever ikke at være rustede til at håndtere disse problemstillinger (Sundhedsstyrelsen 2022A).

Den lægelige videreuddannelse kan blandt andet imødekomme denne udfordring ved at fremtidige læger får større indsigt i, hvordan deres patienters sundhedskompetence indvirker på parametre som sygdomsforståelse, kommunikation, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet. Denne viden kan integreres i og forbedre interaktionen mellem læger og patienter, ligesom i samarbejdet med øvrige sundhedsprofessionelle, foruden lægen vil kunne hjælpe patienterne med at videreudvikle deres sundhedskompetence.

For når patienter føler sig set og forstået af den sundhedsprofessionelle og mødes ligeværdigt styrkes deres relation, der opbygges tillid og der opnås potentielt en bedre behandlingscompliance. Udenlandske interventionsstudier har vist, at læger og medicinstuderende kan uddannes i forståelsen og betydningen af patienters sundhedskompetence, hvilket blandt andet har resulteret i øget brug af hensigtsmæssige mundtlige kommunikationsstrategier og at lægerne bliver bedre til at identificere patienter med lav sundhedskompetence (Køberl & Nielsen 2018). Sundhedskompetencen kan opnås ved at den indgår som en generel kompetence i videreuddannelsen, fx i de syv lægeroller.

5.5. Mentalt helbred og psykisk lidelse

Psykiske lidelser og dårligt mentalt helbred udgør et stigende problem for folkesundheden i Danmark. Næsten halvdelen af den danske befolkning vil få en psykisk lidelse i løbet af deres levetid. Den kraftige stigning i antallet af patienter med psykiske lidelser med behov for behandling og støtte over det seneste årti afspejles i en betydelig aktivitetsstigning i psykiatrien (se afsnit 4.3).

Overdødelighed hos mennesker med psykiske lidelser skyldes blandt andet en højere forekomst af somatiske sygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme, og her er samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken ikke alle steder tilstrækkelig.

De samlede anbefalinger i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til 10-årsplanen på psykiatriområdet er at psykiatrien skal prioriteres, så patienter med psykiske lidelser kan få en sammenhængende, tværfaglig og helhedsorienteret indsats af høj faglig kvalitet (se i øvrigt afsnit 4.2.6).

Den lægelige videreuddannelse kan bidrage til at løse nogle af disse udfordringer. Da de fleste mennesker med psykiske lidelser løbende er i kontakt med andre dele af sundhedsvæsenet, skal sundhedspersonalet generelt have et basalt kendskab til psykiske lidelse. I videreuddannelsen drejer det sig primært om de specialer, hvor lægerne varetager patientbehandling og i særlig grad de specialer, hvor der er hyppig og tæt kontakt med patienter med psykiatriske problemstillinger, fx almen medicin, akutmedicin, neurologi og geriatri samt andre intern medicinske og kirurgiske specialer. Samtidigt er det vigtigt, at uddannelseslæger i de psykiatriske specialer både har og opretholder relevante medicinske kompetencer, der understøtter identificeringen og behandlingen af somatisk sygdom blandt patienter med psykiatriske lidelser.

Fælles uddannelsesindhold og fokuserede ophold på tværs af psykiatri og somatik kan således medvirke til at nedbryde nogle af de barrierer, der er for forebyggelse og behandling af somatisk sygdom hos psykisk syge mennesker, ligesom det kan forbedre opsporing og udredning af psykisk sygdom hos patienter med somatiske sygdomme. Kompetencer, der øger lægernes muligheder for at tilbyde differentierede sundhedsindsatser med et fokus på patienternes ressourcer, og særligt udsattes patienters situationer, vil kunne bidrage til at forbedre kvaliteten af den behandling, patienter med både psykiske og somatiske sygdomme modtager.

Den mentale mistrivsel udfordrer særligt det primære sundhedsvæsen, hvor der er behov for at ruste lægerne med kompetencer, så de kan bidrage til at styrke området med ensartede og evidensbaserede tilbud af høj kvalitet i primærsektoren, herunder i kommunerne.

5.6. Primærsektoren

Flere ældre og udviklingen i multisygdom gør, at de alment praktiserende læger og kommunerne får en større opgave med forebyggelse, tidlig opsporing, pleje og behandling af patienter med kroniske sygdomme samt at understøtte behandling tæt på patienten. Udviklingen i behandlingsformer og med kortere sygehusindlæggelser og en større andel ambulant behandling medfører en yderligere forøget aktivitet i det primære sundhedsvæsen, hvor primærsektoren blandt andet som følge af strukturreformen allerede har fået flere og mere komplekse opgaver.

I et 20-års perspektiv forventes denne udvikling at fortsætte og primærsektoren får således fortsat en central rolle for sundhedsvæsenets fortsatte funktionalitet. En væsentlig udfordring bliver at øge kapacitet, kvalitet og ensartetheden på tværs af landet. De øgede behov for indsatser mod mental mistrivsel medfører også ændrede sundhedsopgaver for primærsektoren.

Der er behov for et tæt samarbejde i primærsektoren for at løse opgaverne, ligesom der er behov for et godt samarbejde på tværs af sektorer. Sundhedspersoner i primærsektoren og på sygehusene skal have kompetencerne til at indhente (og give) viden til hinanden.

Centraliseringen og specialiseringen af behandlingen på sygehusene har medført en række politiske tiltag for at patienter, der ikke har behov for specialiseret behandling, i højere grad behandles i primær sektor. Visse opgaver, der tidligere lå hos sygehusene, ligger nu i praksissektoren. En række af opgaveflytningerne er implementeret på baggrund af aftaler mellem de praktiserende læger og regionerne. Derudover har organiseringen af de praktiserende læger ændret sig, så der løbende er blevet færre solopraksisser og samtidigt flere flerlægepraksisser og sundhedshuse. Det er en udvikling, der er understøttet politisk.

De strukturelle udfordringer for primærsektoren er uensartet lægedækning for almen praksis men også i forhold til øvrige praksisformer, herunder psykologpraksis i nogle områder af Danmark. Udfordringerne betyder, at personer i nogle områder risikerer at stå uden egen læge, og at der i områder af Danmark kan være lang ventetid hos praktiserende speciallæger og psykologer.

Videreuddannelsen af speciallæger i almen medicin bør tilpasses, så den alment praktiserende læge opnår kompetencer, så nye opgaver kan varetages i primærsektoren. Derudover bør alle speciallæger have indsigt i hvordan sundhedssystemet er opbygget, hvor der kan hentes viden og hvordan viden bedst formidles samt hvordan et samarbejde mellem sektorerne og forskellige type af speciallæger bedst etableres til gavn for patienterne.

5.7. Lægelivet og det lægelige arbejdsmarked

I Danmark og globalt er der en større efterspørgsel på fleksibilitet og mere frihed hos arbejdstagerne. Det er en tendens, der også ses hos læger i Danmark, hvor arbejdsforhold som fx arbejdstider og kollegialitet/sparringsmuligheder mv. har større betydning i dag end tidligere. Hvor karrierevejen tidligere typisk var lineær fra speciallægeanerkendelse til "slutstilling" på en afdeling/ i egen praksis indtil pension, må det forventes, at flere læger i fremtiden vil ønske at have dynamiske arbejdsliv delt op i arbejdsfaser afbrudt af uddannelses- og læringsfaser og med skift af faglige områder.

Karrieremuligheder og indtægt vil fortsat være motiverende faktorer i fremtiden. Men andre faktorer såsom work-life balance, arbejdsmiljø og faglige udviklingsmuligheder vil spille ind, når lægerne træffer beslutninger om deres arbejdsliv. Internationalt anerkendes det, at udbrændthed (burn-out) og omsorgstræthed (compassion fatigue) er reelle og voksende problemstillinger i forbindelse med at

kunne fastholde og rekruttere sundhedspersonale. Covid-19-epidemien understregede behovet for at sundhedspersonale har rammer og kompetencer til at fastholde deres egen sundhed og være robuste (resiliente) (Frenk et al. 2022) (Health First Europe 2022).

Endvidere vil forhold uden for arbejdslivet have en betydning. Det kan fx være, om partneren kan få arbejde i samme geografiske område. Det kan være mulighederne for at være forælder med små børn, eller om arbejdet kan forenes med interesser og engagement i civilsamfundet. Det kan også være forpligtelser i forhold til at kunne passe pårørende, eller at lægen selv har sygdom eller funktionsnedsættelser, der begrænser arbejdsevnen. Lægerne bliver derudover fagligt mere mobile og mindre "tro" over for deres fagområde og arbejdsplads.

Den lægelige videreuddannelse bør tilpasses den forventede udvikling og i højere grad muliggøre fleksibilitet, så lægerne kan skifte fagligt spor og arbejde og uddanne sig med forskellig hastighed. Det betyder også, at den lægelige videreuddannelse skal give lægerne et fundament af kompetencer, der kan suppleres med yderligere kompetencer inden for et sundhedsfagligt område, og som ligeledes gør et skift til et andet område muligt.

5.8. Den teknologiske og faglige udvikling

Den teknologiske og faglige udvikling accelererer. Medicinsk viden generes i tiltagende større omfang, og formidles hurtigt via digitale medier, ligesom viden forældes tilsvarende hurtigere. Udviklingen skaber en stigende subspecialisering inden for varetagelsen af en række lægevidenskabelige områder. Samtidigt sker der en massiv teknologisk udvikling inden for en række områder, der hver især har potentiale til at forandre gældende behandlingsparadigmer og ændre lægens rolle.

Det giver en betydelig udfordring ved tilrettelæggelsen af videreuddannelsen, da udelukkende tilføjelse af mere specifik viden og flere kompetencer ikke synes at være en farbar vej. Det bliver derimod vigtigt at definere de koncepter og kompetencer, der definerer kernen og fundamentet for et speciale. Speciallæger vil i stigende grad have behov for 'just-in-time learning', dvs. at indhente konkret afgrænset viden, når behovet opstår. Den lægelige videreuddannelse skal bidrage til, at speciallægerne løbende kan transformere deres viden, ligesom strukturelle forhold skal understøtte det, så fx læger i almen praksis let kan indhente specialistviden fra sygehuset, og sygehusets læger får lettere adgang til ekspertviden fra de højt specialiserede funktioner.

Fremadrettet forventes blandt andet genomisk medicin (genomics) og digitale teknologier (fx apps, sensorer, robotics) at kunne forebygge og forudse et stigende antal sygdomme, og brugen af disse vil blive endnu mere udbredte i behandlingen (NHS 2019). Teknologierne muliggør, at patienten i højere grad kan behandles hjemme eller tættere på hjemmet. Der ligger en stor opgave med at kunne omsætte og udbrede de nye teknologier til praksis i sundhedsvæsenet, som også kan påvirke organisering af hvilke enheder og faggrupper, der leverer forskellige sundhedsydelser.

Alt andet lige vil det ændre kompetencebehovene hos sundhedspersonalet og fx øge behovet for digitale kompetencer (evne til at anvende ny teknologi), omstillingsparathed og omstillingsevne. Derudover bør lægerne opnå kompetencer i videreuddannelsen, så lægen har forudsætninger for at agere etisk forsvarligt i de nye dilemmaer, som nye behandlingsmuligheder og teknologier skaber. Fungere som "broen" til patienten og være med til at gøre de nye teknologiske udviklinger klinisk relevante.

Den teknologisk udvikling forandrer rammerne for lægernes arbejde. Kendte trends er fx digitalisering af patientjournaler, billedundersøgelser, patientprøver, mulighederne for digitale konsultationer, telemedicin og digitale videokonferencer. Det vil være hensigtsmæssigt, at de forskellige systemer og redskaber er intuitive at anvende for lægerne i praksis, fordi det ikke bør være et mål i videreuddannelsen, at speciallægerne skal lære tekniske kompetencer for at kunne anvende eller udvikle teknologi. Lægerne skal derimod opnå kompetencer, der gør, at de kan inddrage og bruge de nye værktøjer i deres arbejde effektivt og sikkert samt forstå begrænsninger mv.

Informationssamfundet, især internettet, har stillet viden til rådighed for patienterne, der tidligere primært var forbeholdt lægerne. Det giver potentiale for at inddrage patientens viden og for patientuddannelse i behandlingen, men det udfordrer også lægen, som skal have kompetencerne til dette møde.

Den teknologiske udvikling giver endvidere en mulighed for i højere grad at inddrage simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse.

5.9. En øget aktivitet uden for det offentlige sygehusvæsen

Der er i øjeblikket en stigende behandlingsaktivitet hos private sundhedsvirksomheder, der står for ca. 1,5 pct af omsætningen i sundhedsvæsenet (Sundhed Danmark 2022). Regionerne køber en række rutineundersøgelser og behandlinger, primært kirurgisk behandling, på private klinikker og speciallægepraksisser. Dette drives blandt andet af patientrettigheder og regionale forpligtelser med hensyn til udredning og behandling, som er blevet forstærket i forlængelse af Covid-19-epidemien.

Inden for nogle specialer har der over tid været en bevægelse, hvor flere basale ydelser flyttes fra sygehusvæsenet til praksissektoren.

Da de private klinikker/sygehuse ikke har uddannelsesforpligtelse og da de på nuværende tidspunkt kun i begrænset omfang bidrager til den lægelige videreuddannelse, mindsker det uddannelseskapaciteten, også fordi speciallæger flytter deres arbejdstid fra det offentlige sundhedsvæsen til det private sundhedsvæsen.

Der er ligeledes over de sidste tyve år sket en stigning i private sundhedstilbud, som ikke er offentligt-finansieret, hvilket først og fremmest skyldes en stor stigning i antallet af personer med private sundhedsforsikringer, særligt gennem deres arbejdspladser. Sundhedsydelserne, der finansieres via de private sundhedsforsikringer, er primært behandling hos fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og psykiatere og i mindre omfang til operationer[50]. Inden for de senere år er der tilkommet private sundhedstilbud inden for områder, hvor de ikke tidligere er set, fx private vagtlægetilbud og mulighed for online konsultationer med læger, psykologer, diætister mv.

Det kan være en udfordring for videreuddannelsen, hvis de arbejdssteder, der gør det muligt at lære de målbeskrevne kompetencemål, ikke indgår. Derfor bør det overvejes at inddrage fx flere speciallægepraksisser i videreuddannelsen, i det omfang aktivitetsudviklingen giver anledning hertil.

[50] www.forsikringogpension.dk/nyheder/2-15-mio-danskere-har-nu-en-sundhedsforsikring/

P
TRANSPORT
511-T13
9
THE NORTH FACE

6

Anbefalinger

6. Anbefalinger

I de foregående kapitler (kapitel 3 og 4) er beskrevet de store ændringer, der for 20 år siden blev indført med blandt andet enhedsmodel for specialer, en kompetencebaseret videreuddannelse og de syv lægeroller, som alle har været både rigtigt og vigtigt for at skabe fagligt dygtige speciallæger. Videreuddannelsen har understøttet udviklingen af det specialiserede sundhedsvæsen, hvor aktivitet og produktivitet er øget markant i de sidste årtier til gavn for patienter, med væsentlige overlevelsesgevinster og forbedringer af blandt andet behandling af kræft- og hjertesygdomme.

Over tid har opgaver og kompetencebehov ændret sig i sundhedsvæsenet. Flere større udfordringer peger på behovet for at justere uddannelsen til speciallæge. Udfordringerne omfatter blandt andet, det primære sundhedsvæsen der har fået flere og mere komplekse opgaver, udviklingen i befolkning og sygdomsbyrden og en fortsat betydelig social ulighed i sundhed og hurtig udvikling i viden og nye behandlingsformer (kapitel 5). Videreuddannelsen bør tilpasses, så den så relevant som muligt bidrager til at imødekomme patienternes behov i et nyt tyveårigt perspektiv.

Pejlemærkerne for revisionen af videreuddannelsen har været: faglighed, fleksiblitet og alsidighed. Målet med revisionen er, at fremtidige speciallæger skal være fagligt dygtige inden for deres speciale. Mange skal samtidig besidde alsidighed og brede kompetencer, der rækker til opgaver i beslægtede specialer samt bevare basale kliniske kompetencer relateret til det, de fleste patienter har behov for. Herudover er det vigtigt, at speciallæger har kompetence til at kunne arbejde tæt sammen med læger fra andre specialer, andre faggrupper og sektorer. Over et langt arbejdsliv i en samtid hvor opgaver og betingelser ændrer sig, skal der være fleksibilitet i rammerne for efter- og videreuddannelse og for den enkelte læges arbejdsliv.

I det følgende beskrives udfordringer, muligheder og anbefalinger inden for de centrale dele af videreuddannelsens rammer i form af formål, indhold, opbygning og styring. Alt indhold i kapitlet er Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvoraf noget sigter på at ændre elementer i videreuddannelsen og andet på at fastholde hidtidige elementer. For størstedelen af anbefalingerne gælder, at de retter sig mod alle 39 lægelige specialer. Anbefalinger vedrørende ændringer, der har betydelig principiel karakter, er fremhævet i bokse.

Anbefalingerne vil kunne realiseres inden for en kortere årrække. Det vil imidlertid kræve en indsats af blandt andet regioner, specialebærende lægevidenskabelige selskaber og Sundhedsstyrelsen. Den fulde effekt af anbefalingerne opnås over en længere årrække på grund af videreuddannelsens varighed.

6.1. Den fremtidige speciallægeuddannelses mål

Status
I 2003 blev målet for det kompetenceniveau, som en speciallæge skal besidde efter speciallægeuddannelsen (speciallægekompetence), udvidet og defineret bredere end blot de medicinske ekspertkompetencer. Paradigmet blev, at en speciallæge skulle mestre flere roller og egenskaber samt kunne undersøge og behandle 90 pct. af de patienter, der var inden for eget speciale på hovedfunktionsniveau. Dette niveau for speciallægekompetence er imidlertid ikke klart afgrænset, men fremstår i dag utydeligt og uensartet på tværs af specialer

Udfordringer og muligheder
Den nuværende beskrivelse af kompetenceniveauet for speciallægeanerkendelse er uhensigtsmæssig, da det ikke er tydeligt, hvilke opgaver og kom-

petencer der skal omfattes af de enkelte specialer. Endelig er den hidtige kvantificering af, at speciallæger skal have kompetencer til at behandle 90 pct af patienterne inden for eget hovedfunktionsniveau, uhensigtmæssig og vanskelig at operationalisere.

Det hidtidige mål for speciallægekompetence vægter varetagelse af opgaver inden for eget speciale højt. For at styrke speciallægens alsidighed og fleksibilitet skal speciallægeuddannelsen fremover også bidrage til, at speciallæger får kompetencer til at håndtere hyppigt forekommende problemstillinger på tværs af flere specialer. Derfor bør den direkte kobling mellem kompetencemålet med speciallægeuddannelsen og hovedfunktionsniveauet ændres.

Anbefaling
Fremadrettet skal der være ét kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse. Kompetenceniveauet definerer de nødvendige kompetencemål, der kræves for at kunne udføre specialets kerneopgaver og øvrige relevante opgaver i forbindelse med varetagelsen af eget speciales patienter. Det nye kompetenceniveau indebærer et opgør med ensidigt fokus på eget speciales opgavevaretagelse. Det skal være et centralt princip for speciallægekompetencerne, at de skal understøtte varetagelsen af patientforløb frem for enkeltstående patientkontakter.

Målet er, at speciallægen også efter gennemført speciallægeuddannelse fremadrettet skal kunne varetage specialets kerneopgaver. Derudover skal relevante opgaver i beslægtede specialer varetages, samt generalistopgaver og basale opgaver med henblik på at understøtte sammenhængende patientforløb og fleksibel opgavevaretagelse, se tabel 14 for oversigt. For specialer med mindre grad af direkte patientkontakt skal specialets kerneopgaver forstås som de almindelige lægelige opgaver inden for specialets område.

Tabel 14. Beskrivelse af opgaveniveauer for læger og speciallæger

Opgave	Beskrivelse
Specialets kerneopgaver	Speciallægen kan varetage de mest almindelige lægelige opgaver i forbindelse med de fleste patienter, der behandles inden for specialets område, på sygehus, i speciallægepraksis eller i almen praksis.
Opgaver i beslægtede specialer	Speciallægen kan varetage opgaver i beslægtede specialer, som er hyppige i forbindelse med varetagelsen af eget speciales kerneopgaver. Der er tale om opgaver, som med fordel vil kunne varetages af læger indenfor en gruppe af beslægtede specialer. Med beslægtede specialer menes specialer, hvor der er et opgavefællesskab, fx fælles patienter, procedurer/metodefællesskab eller andre relevante fælles kompetencemål eller opgaver.
Generalistopgaver	Lægen kan varetage generelle opgaver, der ikke hører til på specialistniveau, som skal løses dér, hvor patienten er.
Basale opgaver	Lægen lærer under KBU at varetage basale opgaver indenfor blandt andet vurdering, initial behandling, kommunikation, varetagelse af konsultation, udskrivelse og vagtfunktion.

Ved generalistopgaver forstås generelle opgaver, der ikke hører til på specialistniveau og kan varetages af læger og speciallæger fra flere specialer. Det er hensigten, at generalistopgaver skal kunne varetages i et omfang, der befordrer helhedsvurdering, hensigtsmæssig visitation, indledende diagnostik og behandling, men ikke nødvendigvis indebærer varetagelse af hele behandlingsforløbet. Generalistopgaver kan udover udredning og behandling af hyppige tilstande også omfatte kommunikation, administration og samarbejde herunder understøttelse af opgaver og forløb på tværs af somatik og psykiatri.

Ved opgaver i beslægtede specialer forstås opgavefællesskab mellem nogle specialer. Dette kan fx være i relation til patientgrundlag, procedure/metodefællesskab eller andre områder, hvor der er relevante fælles kompetencemål eller opgavefællesskab. Der vil ved både generalistopgaver og opgaver i beslægtede specialer være tale om opgaver, der optræder hyppigt i forbindelse med varetagelse af behandling af eget speciales patienter og kerneopgaver. Det forudsættes, at kompetencer til varetagelse af basale opgaver (opnået under KBU) og generalistopgaver vedligeholdes og udbygges under og efter speciallægeuddannelsen, hvor det er relevant. Specialernes respektive kerneopgaver vil blive defineret i kommende specialebeskrivelser (se anbefaling 4). Fokus i speciallægeuddannelsen bør hovedsageligt være på det hyppige og almindelige.

Kompetencer, ud over rollen som medicinsk ekspert, er også centrale for fremtidens læger. Det er blandt andet kommunikator, leder, samarbejder og sundhedsfremmer. Speciallægekompetencen skal derfor fortsat baseres på de syv lægeroller. Samtidig skal kompetencer inden for rådgivning, læring, supervision, sundhedskompetence, koordinering af patientforløb og patient- og pårørendeinddragelse styrkes. Kompetenceprofilen inden for de enkelte specialer vil derfor også skulle tilpasses med afsæt i de moderniserede lægeroller (anbefaling 7).

1. Kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse

Efter afsluttet speciallægeuddannelse skal speciallægerne have kompetencer inden for alle syv lægeroller i et omfang der gør, at de selvstændigt kan varetage hovedparten af:

1. specialets kerneopgaver
2. relevante opgaver i beslægtede specialer
3. kliniske generalistopgaver
4. basale opgaver

Det nye kompetenceniveau implementeres ved gennemgribende revision af alle målbeskrivelser (anbefaling 5) på baggrund af udarbejdede specialebeskrivelser (anbefaling 4), hvori specialets kerneopgaver og relevante opgaver i beslægtede specialer beskrives.

6.2. Opbygning af den lægelige videreuddannelse

Status
Den lægelige videreuddannelse har siden oprettelsen af den myndighedsgodkendte turnus og speciallægeuddannelserne i 1935 foregået i forbindelse med det kliniske arbejde i en nationalt styret struktur. I 1990'erne introduceredes stillingsklassifikation, målbeskrivelser og sammenhængende ansættelsesforløb. Siden 2003 har videreuddannelsen bestået af tre forskellige forløb: klinisk basisuddannelse samt henholdsvis introduktion- og hoveduddannelse. De enkelte uddannelsesforløb har været opbygget med kliniske ansættelser i sammenhængende ansættelsesforløb i stillinger, der på forhånd var godkendt til det specifikke uddannelseselement. Opbygningen af forløbene har været styret af kompetencemål beskrevet i målbeskrivelserne.

Status er, at der i den aktuelle KBU udvikles basale kliniske kompetencer, som ikke i tilstrækkelig grad fastholdes og videreudvikles i introduktions- og hoveduddannelsen, hvor der overvejende er et specialespecifikt fokus.

Udfordringer og muligheder
Udfordringen ved videreuddannelsens opbygning og indhold er, at den primært tilgodeser udviklingen af specialespecifikke kompetencer fremfor udvikling af generalistkompetencer. Samtidig understøttes kun i begrænset omfang fastholdelse og udvikling af basale og generelle kliniske kompetencer tilegnet i forbindelse med den kliniske basisuddannelse.

Videreuddannelsens indhold
Videreuddannelsen understøtter ikke i tilstrækkelig grad, at speciallæger opnår og vedligeholder en bredere speciallægekompetence til at behandle – blandt andre – de voksende grupper af mennesker med kroniske sygdomme, hvis behandling er kendetegnet ved ikke entydigt at høre til ét speciale. Det skyldes et begrænset fokus på dette i målbeskrivelserne, og at mange kliniske enheders organisering og arbejdsdeling har ændret sig i retning af at blive stadigt mere specialiserede med indsnævring i de enkelte speciallægers opgaver.

Transition og klinisk basisuddannelse
Næsten alle læger uddannet fra medicinstudierne fortsætter i den kliniske basisuddannelse. Det er samtidigt et vilkår, at overgangen fra den universitetsbaserede læring og rollen som studerende, til læring ved klinisk arbejde og rollen som læge, er udfordrende for mange. Det forventes, at den nyuddannede læge kan fungere i et travlt og komplekst sundhedsvæsen, samarbejde med andre faggrupper samt med patienten og de pårørende. Desuden skal lægen træffe beslutninger og inddrage kompetencer og viden tillært under grunduddannelsen.

En oplevelse af usikkerhed og manglende parathed skal derfor imødegås, for at der skabes et trygt uddannelsesforløb og et kompetencegrundlag for lægernes livslange virke og videreuddannelse. Der er derfor forsat behov for at give nyuddannede medicinske kandidater særlige rammer, uddannelse og læring i klinisk praksis.

Samtidigt kan det konstateres, at opbygning af medicinstudierne herunder kompetencemål, læringsmetoder, placering og omfang af klinisk træning varierer selvom alle uddanner gode kandidater.

Videreuddannelsens varighed
Varigheden af den lægelige videreuddannelse varierer internationalt mellem lande og afhænger blandt andet af tradition, speciale- og videreuddannelsesstruktur. Variationerne skyldes også, at der er stor forskel på sundhedsvæsenets organisering og arbejdsdeling mellem faggrupper samt rammer for uddannelse. I Danmark er der tradition for, at uddannelseslæger oplever at have en høj grad af selvstændighed i patientbehandlingen.

Det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse vil medføre, at speciallægerne skal have flere generalistkompetencer. Samtidigt vil kompetence til varetagelse af mindre hyppige og specialiserede opgaver være en del af efteruddannelsen for visse speciallæger.

Hertil kommer, at der naturligt sker en aflæring over tid, mens ny viden i lægefaget produceres i et stadigt stigende tempo og kræver løbende opdatering. Samtidig ændrer sundhedsvæsenets organisering og speciallægers opgaver sig løbende. Derfor er livslang læring et grundvilkår for alle læger og en forudsætning for velfungerende, sikker og effektiv patientbehandling.

Anbefalinger

Videreuddannelsens indhold

Speciallægerne skal generelt have flere generalistkompetencer, og mere viden på tværs af somatiske og psykiatriske specialer. Andelen af fælles kompetencemål på tværs af speciallægeuddannelserne vil afhænge af de enkelte specialer og deres kerneopgaver, patientsammensætninger mv. Som et princip skal der være en højere andel af fælles kompetencer mellem speciallægeuddannelserne, hvor det er muligt. Eksempelvis kan kompetence til at forebygge og diagnosticere somatisk sygdom styrkes i de psykiatriske specialer og vice versa som fx inden for kirurgi og intern medicin.

Videreuddannelsens opbygning

Videreuddannelsen skal fortsat baseres på læring ved klinisk arbejde, under ansættelse i kliniske enheder, i sammenhængende uddannelsesforløb og beskrevet i godkendte uddannelsesprogrammer. Ansættelsesstederne skal understøtte og sikre høj uddannelseskvalitet og klinisk læring under hensyn til patientsikkerhed og effektivitet.

Læring i klinisk arbejde suppleres med selvstudium, kurser, simulationstræning mv., når det er hensigtsmæssigt, fx når det ikke er muligt at tilegne sig kompetencen ved læring i klinisk arbejde, eller når hensyn til patientsikkerhed, læring eller ressourceeffektivitet taler for det.

Det er hensigtsmæssigt fortsat at have tre forskellige forløb:

- klinisk basisuddannelse
- introduktionsforløb (speciallægeuddannelsens trin I)
- hoveduddannelsesforløb (trin II) i et samlet forløb

Introduktionsforløbene giver mulighed for, at uddannelseslægerne kan afprøve et speciales arbejdsområde, og samtidigt kan specialets læger vejlede uddannelseslægen om karrieremuligheder.

Moduliseringen af speciallægeuddannelsen i henholdsvis introduktionsforløb og derpå følgende hoveduddannelsesforløb vurderes hensigtsmæssig og anbefales bevaret.

Ansøgning til hoveduddannelsesforløb sker på baggrund af godkendt introduktionsuddannelse. Ansættelse skal fortsat ske via ansøgning af opslåede videreuddannelsesforløb for at skabe et godt match mellem uddannelseslægens kompetencer og de muligheder og behov, der er på uddannelsesstedet.

Transition og klinisk basisuddannelse
Der er behov for, at forudsætningerne er på plads, når lægerne starter på videreuddannelsen. Der skal være en fælles forståelse af de kliniske kompetencer, som kan forventes, og som der skal bygges videre på. Målet er en standard, der er operationel for medicinstudierne, det vil sige for universitetsuddannelsen generelt og for udformningen af medicinstuderendes kliniske træning. Det kan fx være basale kliniske kompetencer vedrørende objektiv undersøgelse, journaloptagelse, livreddende førstehjælp, ABCDE-metode og medicinordination. Desuden skal der være erfaring med anvendelse af de syv lægeroller samt systemisk viden om relationen mellem lægers og andres faggruppers opgaver.

2. Klinisk kompetenceprofil for nyuddannede læger og bevarelse af klinisk basisuddannelse

På tværs af medicinstudierne skal nyuddannede læger opnå samme kliniske kompetencer, så de har et fælles udgangspunkt ved start på videreuddannelsen.

Derfor etableres en national standard for nyuddannede lægers kliniske kompetenceprofil for at tydeliggøre, hvilke opgaver lægen forventes at kunne varetage, når de påbegynder den klinisk basisuddannelse.

Den kliniske basisuddannelse anbefales bevaret som et etårigt sammenhængende forløb, ligesom alle nyuddannede læger fortsat skal have ret til at tilmelde sig klinisk basisuddannelse.

Det har i forbindelse med revisionen været overvejet, om den kliniske transitionsfase kunne være bedre placeret i slutningen af grunduddannelsen end med en efterfølgende klinisk basisuddannelse. Det er dog blevet vurderet, at transitionen inden for de nuværende rammer styrkes bedst igennem udviklingen af en klinisk kompetenceprofil som noget nyt og fastholdelse af klinisk basisuddannelse. Udenlandske lægers adgang til dansk autorisation vil være upåvirket heraf.

Uddannelses- og Forskningsministeriet har sammen med universiteterne ansvaret for indhold og kvalitet i universitetsuddannelsen, hvor de har forpligtigtielse til involvering af regioner og andre aftagere (aftagerpaneler). Regionerne har ansvaret for indhold og kvalitet i videreuddannelsen, hvor Sundhedsstyrelsen har det overordnede ansvar for rammerne for videreuddannelsen. Det foreslås at Sundhedsstyrelsen og universiteterne udarbejder en national standard. Uddannelses- og Forskningsstyrelsen inddrages i arbejdet

Sundhedsstyrelsen vil sammen med Styrelsen for Patientsikkerhed afklare, hvilken tilpasning der er nødvendig af regler og administrativ praksis ved selvstændigt virke med henblik på at understøtte international mobilitet.

Videreuddannelsens varighed
Videreuddannelsen skal understøtte, at de nødvendige, grundlæggende og generelle kompetencer udvikles og fastholdes i løbet at videreuddannelsen. Omdrejningspunktet for videreuddannelsen skal generelt være de hyppige patientforløb indenfor og på tværs af specialer/sektorer, som uddannelseslægerne har mulighed for at blive eksponeret for, i klinisk praksis.

Det forventes, at de seneste års uddannelsesfokus og kulturændring for så vidt angår uddannelsesstruktur, uddannelse og vejledning i klinisk læring, kompetencevurdering mv. gør det muligt at gennemføre videreuddannelsen effektivt. Dog skal der være opmærksomhed på strukturelle barrierer for videreuddannelsens effektivitet inden for nogle specialers område, såsom stigende pres på opgaveløsningen, flytning af opgaver til praksissektor og privathospitaler samt begrænsede speciallægeressourcer i dele af landet.

3. Videreuddannelsens varighed

Varigheden af den lægelige videreuddannelse skal vurderes for alle specialer for at matche det nye kompetenceniveau og understøtte et effektivt uddannelsesforløb, hvor læring sker, når det er relevant.

I principperne for en ny vurdering af specialernes varighed skal inddrages følgende forhold:

- Der skal være sammenhæng mellem uddannelsens varighed, kompetencemål i relation til specialets kerneopgaver og relevante opgaver i beslægtede specialer. Uddannelsesvarigheden skal revurderes for alle specialer i forbindelse med revision af målbeskrivelserne. Generelt skal videreuddannelsen ikke være længere.
- Der er en hastig udvikling af viden og nye behandlinger, som risikerer at forælde og overflødiggøre kompetencer. Kompetencer bør læres tæt på det tidspunkt, hvor de skal anvendes, hvorfor efteruddannelse og livslang læring bør indtænkes i videreuddannelsen.
- Det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse kan for nogle speciallægeuddannelsers vedkommende medføre ændringer af varigheden.
- Længden af de kirurgiske og intern medicinske speciallægeuddannelser blev fastsat ved integrationen af grenspecialerne omkring årtusindeskiftet, mens de senere udviklinger i specialernes kerneopgaver ikke har medført en genvurdering af længden af speciallægeuddannelser, hvorfor det bør ske i forbindelse med revision af målbeskrivelserne.

Generelt bør introduktionsforløbet fortsat vare 12 måneder af hensyn til at give tilstrækkelig indsigt til at danne grundlag for specialevalg.

Som udgangspunkt skal alle ansættelser i uddannelsesforløb være af minimum seks måneders længde. I særlige tilfælde kan kortere ansættelser – ned til tre måneder med henblik på opnåelse af konkrete kompetencer – være tilstrækkeligt.

* For almen medicin dog fortsat seks måneder såfremt den anden ansættelse under den kliniske basisuddannelse har fundet sted i almen praksis.

6.3. Speciale- og målbeskrivelser

Status
Målbeskrivelserne blev indført i 1990'erne som nationalt definerede kompetencemål i speciallægeuddannelserne. De specialebærende selskaber har siden – primært på eget initiativ og som interessearbejde – varetaget udviklingen og opdateringen af de enkelte målbeskrivelser. Sundhedsstyrelsens godkendelser af målbeskrivelserne har haft udgangspunkt i opfyldelsen af de formelle krav. Det har medført, at målbeskrivelserne har udviklet sig uden fast koordinering på tværs af speciallægeuddannelserne og uden entydig styring af, om kompetenceniveauet og kompetenceprofilen i den enkelte speciallægeuddannelse er hensigtsmæssig og rettet mod relevante opgaver.

Udfordringer og muligheder
De aktuelle specialebeskrivelser, der fremgår af specialevejledningerne, er generelt yderst kortfattede og ofte med næsten identiske formuleringer. Derfor fremstår specialernes særkende, kerneopgaver og opgavefællesskab med andre specialer ufuldstændigt.

En præcis beskrivelse af specialets kerneopgaver er vigtig for, at der i målbeskrivelsen kan fastlægges de kompetencemål, der er nødvendige for varetagelse af specialets arbejde i henhold til det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse. Hidtil har ansvaret for revision af de enkelte målbeskrivelser været overladt til de specialebærende selskaber. Typisk sker det uden inddragelse af andre specialer og direkte involvering af de perspektiver, som patienter og regioner måtte have. Udviklingen af specialernes uddannelser sker isoleret fra hinanden og er med til at forstærke opdeling og faggrænser, hvilket er uhensigtsmæssigt, når speciallægeuddannelserne skal kunne indfri ambitionen om det nye kompetenceniveau for fremtidens speciallæger.

Da speciallægeuddannelserne ikke er blevet koordineret på tværs, er fællesindholdet typisk yderst begrænset og ikke ensartet beskrevet, når det er til stede. Sidstnævnte er en barriere for fælles opgavevaretagelse og meritering.

Der er variation i anvendeligheden af målbeskrivelserne. Konkrete og operationelle målbeskrivelser mindsker risikoen for dekobling mellem målbeskrivelsernes intentioner og den aktuelle uddannelsespraksis. I de bedste målbeskrivelser er kompetencemålene konkrete med plads til den variation, der kan være i mulighederne for læring i klinisk praksis og med en præcis angivelse af velegnede kompetencevurderingsmetoder.

Anbefaling
Der er behov for en tydelig beskrivelse af specialernes kerneopgaver for at kunne udarbejde præcise målbeskrivelser, for hvilke kompetencer der skal opnås i de enkelte specialer. Specialebeskrivelsen skal således fastlægge specialets kerneopgaver på hovedfunktions-, regionsfunktions- og højt specialiseret niveau og opgaver i beslægtede specialer. I specialebeskrivelsen defineres og afgrænses, hvilke opgaver og dermed kompetencemål der skal opnås i speciallægeuddannelsen. Det anbefales, at Sundhedsstyrelsen får ansvaret for udarbejdelse af en skabelon for specialebeskrivelserne, og dernæst tilrettelægger en proces, hvor specialebærende selskaber og regioner bidrager.

4. Nye nationale specialebeskrivelser

De nuværende beskrivelser af specialer (i specialevejledningerne) er kortfattede og ufuldstændige. Der er behov for en tydeligere definition af hvilke opgaver der unikt løses af de enkelte specialer, og hvilke opgaver der kan løses af flere specialer.

I nye nationale specialebeskrivelser skal specialernes kerneopgaver og fællesopgaver med beslægtede specialer fastlægges. Det er principielt et nyt redskab, der vil definere, hvilke opgaver speciallægeuddannelsen skal kvalificere lægerne til, og det bliver et centralt udgangspunkt for både specialeplanlægning og målbeskrivelser.

5. Nye målbeskrivelser, der styrker fælles kompetencer

Et nyt format og en ny proces for udarbejdelse af målbeskrivelser er centralt for at etablere et nyt kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse og skabe flere fælles kompetencer på tværs af specialer.

Målbeskrivelserne skal udarbejdes med henblik på det nye kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse, hvorfor der i målbeskrivelsen skal fremgå kompetencer med hensyn til:

- Specialets kerneopgaver, hvor kompetencemålene vil være specialespecifikke
- Relevante opgaver i beslægtede specialer, hvor kompetencemålene vil være fælles med ét eller flere andre specialer
- Generalistopgaver, hvor kompetencemålene vil være fælles for flere/alle specialer

Målbeskrivelserne skal indeholde få, konkrete og helt centrale kompetencemål, som skal være operationaliserbare og målbare for uddannelse og kompetencevurdering i kliniske enheder. Kompetencemål og læringsstrategier vælges på baggrund af behovsvurdering.

Der skal angives obligatoriske kompetencevurderingsmetoder og forslag til læringsstrategier. Kursusrækken skal fortsat fremgå af målbeskrivelsen.

Figur 21. Illustration af sammenhæng mellem specialebeskrivelse, målbeskrivelse og specialeplan

Udarbejdelsen af nye specialebeskrivelser og målbeskrivelser må forventes at blive en omfattende opgave for involverede aktører ved første revision. Rammerne for processen består af:

- De nationale specialebeskrivelser udarbejdes før målbeskrivelser.
- Som en del af et nyt paradigme revideres målbeskrivelser af det specialebærende selskab i samarbejde med relevante specialebærende selskaber for beslægtede specialer samt med inddragelse af blandt andet ansættelsessteder/regioner og evt. patientorganisationer. Det skal foregå i en fastlagt proces, som Sundhedsstyrelsen forestår.
- Målbeskrivelsen for den kliniske basisuddannelse revideres i en proces som Sundhedsstyrelsen tilrettelægger, med rådgivning fra det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, for at inkorporere de ændringer som modernisering af de syv lægeroller giver anledning til.
- Sundhedsstyrelsen definerer med inddragelse af regioner og specialebærende selskaber de grupper af speciallægeuddannelser, hvor der er overlappende og tilgrænsende opgaver med udgangspunkt i patienternes behov.
- Udarbejdelse af specialebeskrivelserne og den første gennemgribende revision af målbeskrivelsen forventes at gøre målbeskrivelserne mindre tidskritiske, hvorefter fremtidige revisionsprocesser vil være af mindre omfang, hvor der eventuelt kan skabes mulighed for mindre justeringer med færre krav til proces og aktørinvolvering.
- Målbeskrivelserne skal justeres ved behov for væsentlige ændringer. Der etableres et paradigme for revision af målbeskrivelserne i faste intervaller. Fx ved at indføre tidsfrister for, hvornår en målbeskrivelse skal vurderes med henblik på revision.

Sundhedsstyrelsen vil sammen med det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse drøfte den mest hensigtsmæssige proces for udarbejdelse af specialebeskrivelser og målbeskrivelser.

Sundhedsstyrelsen godkender fortsat målbeskrivelser og understøtter revisionsprocesserne ved at angive skabeloner for målbeskrivelse og stiller ressourcer til rådighed for selskabernes arbejde i form af blandt andet vejledning, administrativ støtte og pædagogiske ressourcepersoner.

Aktuelt udarbejdes målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer, uddannelsesplaner og logbog i forskellige formater, der ikke er integreret. Det skal undersøges, hvordan der kan skabes en digital løsning, som understøtter administration og dokumentation af kompetencer (fra målbeskrivelse over uddannelsesprogram- og individuel uddannelsesplan til godkendelse i logbog). Det skal samtidig undersøges, hvilke omkostninger der vil være ved udvikling og drift af en sådan løsning.

Figur 22. Illustration af sammenhæng mellem specialebeskrivelse, målbeskrivelse, uddannelsesprogram og -plan

6.4. Uddannelsesfleksibilitet

Status
Mulighederne for at gennemføre uddannelsen til speciallæge fleksibelt og eventuelt skifte til et nyt speciale undervejs i karrieren er afgrænset af de rammer, som tillades af blandt andet dimensioneringsplan, forløbssammensætning og øvrige krav til uddannelsens opbygning. Reglerne for den lægelige videreuddannelse er omfattende, blandt andet for at tilgodese forskellige planlægningshensyn og for at sætte en fælles standard for kvalitet og patientsikkerhed. Det begrænser samtidig mulighederne for en meget individuel og lokal tilpasning af uddannelsesforløbet.

Udfordringer og muligheder
Nye behandlinger, ændringer i sundhedsvæsenets funktioner og den generelt øgede længde af lægernes arbejdsliv stiller krav til, at læger nemmere kan skifte arbejdsområde eller speciale. Samtidig er der en stigende interesse fra yngre læger i at kunne arbejde og (efter)uddanne sig med forskellig hastighed gennem livet.

Patienter, og samfundet generelt, har en interesse i, at uddannelseslæger under ét har fuldtidsarbejde for at imødekomme behovet for at levere sundhedsydelser. Samtidig er det væsentligt at kunne fastholde læger i faget igennem et langt arbejdsliv, og her kan mulighed for deltid i perioder være et element i en fastholdelsesstrategi. Der er behov for at få en mere systematisk opsamling af viden og erfaring med lægelig videreuddannelse på deltid, herunder betydningen for et efterfølgende karriereforløb. Helt overordnet er der ikke noget, der taler imod, at man kan blive en dygtig speciallæge på mindre end fuld tid med forholdsmæssig forlængelse af uddannelsen, men der skal ved planlægning af uddannelsesforløbet indtænkes forhold som hensynet til uddannelsesintensitet og betydning for arbejdstilrettelæggelse og behandlingskapacitet.

En udvidelse af de regionale muligheder for at oprette uddannelsesforløb vil potentielt give større fleksibilitet i planlægning og rekruttering samt flere valgmuligheder for kommende uddannelseslæger. Det kan blandt andet være hensigtsmæssigt for at øge den regionale uddannelseskapacitet.

Omvendt kan en øget brug af ad hoc godkendte uddannelsesstillinger svække værdien af Sundhedsstyrelsens nationale dimensioneringsplan og skabe uhensigtsmæssig ubalance på tværs af landet ved at underminere den nationale styring og prioriteringer ved hoveduddannelsesforløb, som også skal tage bredere hensyn. En oplagt risiko er, at store universitetssygehuse med stor uddannelseskapacitet og stor attraktion, kan vanskeliggøre rekruttering i andre dele af landet og til andre specialer, hvis rammerne for ad hoc godkendelser løsnes.

De nuværende regler sikrer at der er ensartede, fælles rammer for tilrettelæggelse og gennemførelse af videreuddannelsen, men de kan opleves som rigide af både uddannelseslæger og uddannelsessteder.

Anbefalinger
Videreuddannelsen er som hovedregel en fuldtidsuddannelse. Der skal dog være mulighed for – med arbejdsgivers accept – at gennemføre dele af den lægelige videreuddannelse på deltid for at kunne kombinere denne med anden, faglig relevant aktivitet, eller af særlige personlige forhold (herunder også faglige, helbredsmæssige, familiemæssige eller sociale forhold).

Det skal også – med arbejdsgivers accept – være muligt at kombinere videreuddannelse på nedsat tid med andre fagligt relevante aktiviteter såsom forskning, fagligt arbejde, uddannelsesopgaver eller lederuddannelse.

Kriterierne for vurdering af særlige personlige forhold ved godkendelse af uddannelse på deltid skal moderniseres og tydeliggøres, så der skabes en klar og fælles forståelse for muligheder og begrænsninger ved brug af deltidsuddannelse.

Der skal ved aftale om deltid være en uddannelsesfaglig vurdering af de uddannelsesmæssige konsekvenser i det konkrete forløb, som sammenholdes med uddannelsesstedets vurdering af konsekvenserne for den enkelte og for uddannelsesstedet.

Administrationen af reglerne for deltid sker regionalt og på de enkelte arbejdssteder.

Uddannelse skal fortsat finde sted i forud godkendte forløb, og der kan ikke foretages anerkendelse eller meritvurdering af kompetencer opnået gennem ansættelse i stillinger, som ikke indgår i et godkendt uddannelsesforløb. Hermed fastholdes hensynet til en central og virkningsfuld dimensionering af uddannelsesforløb fordelt efter geografi og specialer.

Minimums- og maksimumsratioen for antallet af opslåede introduktionsforløb fastholdes, men regionerne skal fortsat have mulighed for at kunne opslå introduktionsforløb udover maksimum i det omfang, der er behov, og der kan findes økonomi hertil. Det giver mulighed for, at flere uddannelseslæger kan opnå kompetencer i uddannelsesstillinger, som dermed også kan meriteres. Siden 2021 har der været mulighed for, at ubesatte hoveduddannelsesforløb i den enkelte videreuddannelsesregion kan konverteres til uddannelsesforløb i andre specialer (såkaldte fleksforløb). Det fastsættes i dimensioneringsplanen, hvor stor en andel af den samlede dimensionering, fleksforløb kan udgøre.

Ved specialeskift skal der i større udstrækning være mulighed for meritering for allerede gennemførte uddannelseselementer og opnåede kompetencer. Fremover vil målbeskrivelserne i højere grad indeholder fælleskompetencer, der kan meriteres.

Derudover skal det være muligt at oprette individuelle forløb, som ved erstatningsansættelse, når en større andel af tidligere speciale kan meriteres. Det vil være relevant for den mindre gruppe af færdiguddannede speciallæger, for hvem det er afgørende at få formel anerkendelse af et yderligere speciale. Muligheden kan være med til at fastholde en speciallæge i lægearbejde. Ved at give regionerne mulighed for at etablere disse forløb – som ved øvrige typer erstatningsansættelser – kan det ske fleksibelt udenfor dimensioneringsplanen og uden krav om opslag.

En øvre ramme for merit fra et færdiggjort speciale til et nyt speciale, defineres blandt andet af EU-reglerne om, at det højest er muligt at få fritagelse for 50 procent af den supplerende speciallægeuddannelse under forudsætning af, at gennemførte uddannelseselementer modsvarer uddannelseselementerne i det supplerende speciale.

Uddannelseslæger, der undervejs i en speciallægeuddannelse ønsker at skifte speciale, gives fortsat mulighed for merit, således at kompetencer opnået som en del af et godkendt uddannelsesforløb, kan overføres og evt. forkorte et uddannelsesforløb i et andet speciale. Merit giver ikke uddannelseslægen en særlig adgang til nyt introduktions- eller hoveduddannelsesforløb, der skal besættes som vanligt. Herved tilgodeses hensynet, til at dimensioneringsplanen fortsat skal være styrende, for hvilke og hvor mange hoveduddannelsesstillinger der opslås.

Hensynet til effektiv læring i sammenhængende forløb og uddannelseskvalitet begrunder fastholdelse af to-stedskrav, krav om delansættelser af minimum seks måneder, to ansættelser af mindst 12 måneders varighed, og ophold på afdelinger med henholdsvis hovedfunktion og højt specialiseret funktion (se evt. afsnit. 3.2).

6. Fleksibilitet og merit

Rammerne for at oprette og gennemføre videreuddannelsesforløb skal give mulighed for nytænkning og effektiv kapacitetsudnyttelse.

For at styrke uddannelsesfleksibilitet og udnytte uddannelseskapacitet fastholdes regionernes mulighed for at oprette introduktionsforløb udover maksimum.

Samtidig gives fortsat mulighed for at anvende fleksforløb indenfor en i dimensioneringsplanen nærmere angiven ramme.

Ved specialeskift skal der være mulighed for merit for allerede gennemførte uddannelseselementer og opnåede kompetencer.

Endelig gives mulighed for en mere udstrakt brug af ad hoc godkendte individuelle uddannelsesforløb for speciallæger, der ønsker ny yderligere specialeanerkendelse. Regionalt skal der kunne oprettes individuelle forløb, når en større andel af tidligere speciale kan meriteres. Det skal gøres muligt inden for rammerne af ad hoc godkendelse/erstatningsansættelse således, at disse uddannelsesforløb ikke indgår i dimensionering og ikke skal opslås. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for at tilpasse gældende regler.

6.5. Lægeroller

Status
De syv lægeroller blev indført for tyve år siden for at tydeliggøre, hvad lægefagligheden omfatter udover den traditionelle funktion som medicinsk ekspert. Siden har lægerollerne også fungeret som begrebsapparat i den kliniske hverdag samt i det strukturelle fundament for videreuddannelsens målbeskrivelser og inspektorordningen. Beskrivelsen af de syv lægeroller stammer i den nuværende form fra 2013 (Sundhedsstyrelsen 2013A).

Udfordringer og muligheder
For at være relevante skal lægerollerne fremstå dækkende og tidssvarende. De skal moderniseres og videreudvikles for at afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet og forventningerne til lægerne.
En undersøgelse af patienters ønsker til fremtidens lægers kompetencer (se bilag 15) viser blandt andet, at kompetencer som empati, kommunikation, fælles beslutningstagning og samarbejde ønskes styrket. Ligesom det kan være hensigtsmæssigt at sundhedskompetence styrkes og indgår mere formelt i de syv lægeroller.

Specialebærende selskaber oplever, at det kan være vanskeligt at definere, opstille mål for og vurdere komplekse kompetencer[51]. I målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer kommer der derfor meget naturligt et meget stort fokus på målbare forhold inden for lægerollen som medicinsk ekspert/lægefaglig, mens der savnes opmærksomhed på de øvrige kompetencer og roller.

[51] LVU 1-16:"Målbeskrivelsesarbejdet i specialeselskabernes perspektiv"

Anbefalinger
Det vurderes, at lægerollerne er velegnede til at fastholde opmærksomhed om samt have et sprog for det fælles grundlag i de lægefaglige kompetencer på tværs af specialer.

Det nuværende antal af roller vurderes at være hensigtsmæssige og praktiske, fordi det på en gang afbalancerer hensynene til bredde og fokus i lægers funktioner.

Lægerollerne skal fortsat være normative og rammesættende for fremtidens læger og for den lærende organisation i sundhedsvæsenet. De syv lægeroller skal derfor indgå i afgrænsningen af anerkendelsen som speciallæge, så det fremover forudsættes, at lægen efter afsluttet hoveduddannelsesforløb har opnået kompetencer, der underbygger alle syv lægeroller.

Der skal desuden være en rød tråd i anvendelsen af lægerollerne allerede fra medicinstudiet og op gennem hele den lægelige videreuddannelse (se også anbefaling 2).

Lægerollerne moderniseres forud for revision af målbeskrivelserne (anbefaling 5) i en proces som det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse forestår.

Den etablerede praksis med anvendelse af de syv lægeroller som struktur for opbygning af ansøgning og cv ved jobansøgning er blevet en de facto standard, som dog savner formelt ophæng, og ikke er blevet udviklet eller tilpasset. Der er behov for at afklare værdien heraf og afstemme forventninger til en eventuel fortsat anvendelse.

7. Modernisering af de syv lægeroller

De syv lægeroller definerer roller og kompetencer, alle læger skal mestre. Beskrivelsen af lægerollerne skal moderniseres, så de rummer den udvikling, der er sket. Det forventes fremadrettet, at læger og speciallæger kan tilgodese befolkningens behov. En ny definition og beskrivelse af lægerollernes skal ske inden for en ramme, hvor lægerollerne bibeholdes med hensyn til antal og overordnet struktur af rollernes indbyrdes afhængighed og inddeling på individ-, gruppe- og samfundsniveau af den enkelte rolle.

Forventninger til anvendelsen af de syv lægeroller i forbindelse med jobansøgning o.lign. afklares af regioner og lægelige organisationer.

6.6. Specialestruktur

6.6.1. Kriterier for specialer

Status

Speciallægekommissionen i 2000 fandt, at et speciales størrelse og omfang, dets specificitet samt specialestrukturen i sammenlignelige lande skulle være kriteriet for specialet. Siden har der været udtrykt ønske om oprettelse af specialer fra forskellige faglige miljøer, herunder allergologi, palliativ medicin, retsmedicin og akutmedicin. Oprettelsen af akutmedicin viste, at der skal tages hensyn til mange forhold – faglige, organisatoriske, fagpolitiske – og at oprettelsen kan have konsekvenser for andre specialer og for sammenhæng og koordinering mellem specialer og i opgavevaretagelsen.

Udfordringer og muligheder

De nuværende kriterier har fokus på indholdet i, og størrelsen af, det lægefaglige specialområde, mens specialets rolle i, og betydning for løsningen på aktuelle og fremtidige sundhedsbehov ikke er et kriterium. Kriteriet "specificitet", det vil sige specialets egenart, er væsentligt men også upræcist. Begge disse udfordringer skal adresseres i opdaterede kriterier for specialer.

Anbefaling

Specialekriterierne giver en ramme for beskrivelse af specialer, herunder afgrænsningen af:

1. specialets kerneopgaver
2. den lægelige indsats (lægeydelsen) i specialets arbejde
3. hvilke lægefaglige kernekompetencer, som er nødvendige for at kunne varetage den lægelige indsats/kerneopgaverne,
4. en beskrivelse af det faglige grundlag for den kliniske aktivitet, der sikrer kvalitet og udvikling af det kliniske arbejde.

I afgrænsningen af specialer kan snitflader og overlap til andre lægevidenskabelige områder beskrives. Der vil derfor også ved vurdering af et speciale blive lagt grundstenen til specialets specialebeskrivelse (anbefaling 4).

8. Nye kriterier for specialer

Specialets betydning for befolkningens sundhedsbehov skal indgå som kriterium for etablering eller bevarelse af specialer.

Konkrete vurderinger af specialer skal fremover ske ud fra følgende kriterier:

- Det lægevidenskabelige område udgør en tydelig og fagligt afgrænset enhed.
- Området skal have en vis størrelse med hensyn til (potentielle) speciallæger og patienter/forløb mv., således at der kan forudsættes aktivitet i hele landet og at den faglige udvikling og forskning kan varetages.
- Området understøtter løsningen af befolkningens og patienternes behov for sundhedsydelser.
- Området findes som speciale i sammenlignelige lande.

6.6.2. Den samlede specialestruktur

Status

Ved 2003-studieordningen blev den tidligere grenspecialestruktur nedlagt, og specialestrukturen baseredes derefter på ét niveau for speciallægeanerkendelse og et princip om "få og brede specialer". De enkelte specialer blev placeret i enhedsmodellen (se ordliste) fraset de intern medicinske specialer og de tidligere kirurgiske grenspecialer, som blev placeret i to nye funktionsmodeller (se ordliste). Tidligere grenspecialer, der ikke blev videreført som grundspecialer, blev placeret som faglige områder (se afsnit 2.3 Udvikling i den lægelige videreuddannelse).

Specialestrukturen har vist sig at være stabil, og kun to nye specialer er siden indført. Balancen i strukturen er dog på flere områder blevet tiltagende udfordret. Den specialisering, som strukturen skulle give mulighed for, har uhensigtsmæssige sideeffekter i sundhedsvæsenet samt for lægernes generalistkompetencer og muligheder for opgavefællesskab. Enhedsmodellen har gjort uddannelserne til siloer, hvor de fælles kompetencer og opgaver er blevet nedprioriteret i en uhensigtsmæssig grad. Den intern medicinsk funktionsmodels "common trunk" er tiltagende blevet undermineret af de mange faktorer, der driver specialiseringen, og den kirurgiske funktionsmodels fællesskab,er reelt kun en kursusrække.

Udfordringer og muligheder

Der er aktuelt 39 lægelige specialer i Danmark. Ni grundspecialer under den intern medicinske funktionsmodel, fem grundspecialer under den kirurgiske funktionsmodel, fire kirurgiske specialer under enhedsmodellen og 21 øvrige specialer under enhedsmodellen. Princippet om få og brede specialer er ikke udmøntet konsekvent, og der er en række små og fagligt smalle specialer med få arbejdende speciallæger.

Lægeroller og arbejdsopgaver i sundhedsvæsenet, herunder varetagelsen af de ældre medicinske patienter, patienter med psykiatriske lidelser og generelle kliniske lægeopgaver, tilsiger generelt et større kompetencefællesskab og dermed mere fælles uddannelsesindhold i speciallægeuddannelserne, end der er aktuelt. Derudover har en lang række specialer et organspecifikt omdrejningspunkt, hvilket udfordrer fokus på varetagelse af forløb og samarbejde på tværs af specialer.

Trods disse udfordringer vurderes den nuværende struktur med ét niveau for speciallægeanerkendelse generelt at være fleksibelt og hensigtsmæssigt, når mange hensyn skal forenes.

Anbefaling

Specialestrukturen skal i sin nuværende udformning fastholdes med ét niveau – grundspecialet - for speciallægeanerkendelse. Generelt overskygger ulemper og afledte effekter fordelene ved oprettelse af nye specialer, hvorfor der skal udvises stor tilbageholdenhed med oprettelse af nye specialer i overensstemmelse med et overordnet princip om, at antallet af speciallægeuddannelser fastholdes på det nuværende niveau, og at få og brede specialer er mest hensigtsmæssigt.

I forbindelse med revisionen er specialestrukturen og sammenhæng mellem specialer afdækket med henblik på vurdering af behov for eventuelle ændringer i udvalgte speciallægeuddannelser. Det gælder for 1) laboratoriemedicinske specialer, 2) patologi og retsmedicin, 3) billeddiagnostiske specialer samt 4) samfundsmedicin og arbejdsmedicin. Konklusionerne er opsummeret nedenfor (og yderligere beskrevet i bilagsrapporten), og nedenfor fremgår anbefalingerne, der følger.

Ligeledes gives nedenfor anbefalinger vedrørende yderligere to forslag til nye specialer, palliativ medicin og allergologi, der har været behandlet som led i revisionen.

Laboratoriemedicinske specialer

Fællesområder og specialestruktur er afdækket for de laboratoriemedicinske specialers vedkommende, det vil sige specialerne: klinisk biokemi, klinisk immunologi, klinisk mikrobiologi, klinisk genetik og patologisk anatomi og cytologi (se bilag 21).

For klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi er den samlede vurdering, at opdelingen i den nuværende enhedsmodel er uhensigtsmæssig. Det er små specialer, hvor opgavevaretagelsen er knyttet til laboratoriedrift. Andre faggrupper vil typisk bidrage til at løfte rutinemæssige opgaver, der er defineret af laboratorimedicinske speciallæger.

Der vil i fremtiden være behov for relevant diagnostik på tværs af lægelige specialer og sektorer i sundhedsvæsenet. De mindre sygehuse, hvor der måske kun er en enkelt afdeling med et laboratoriemedicinsk speciale, kan være i risiko for at blive fagligt og driftsmæssigt sårbare. Det er derfor væsentligt, at styrke det tværfaglige samarbejde mellem de laboratoriemedicinske specialer.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en uændret struktur ikke vil imødekomme behovet for laboratorie-medicinske generalistkompetencer. Den nuværende organisering på området med ét speciale og én afdeling har svagheder, og en større sammenhæng via fællesmængde i speciallægeuddannelsen kan danne grundlag for en organisatorisk dynamik på området.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er et fællesindhold for klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi, hvor den lægelige indsats og de lægefaglige kernekompetencer i dag har et større overlap end tidligere, og hvor den organisatoriske udvikling ikke understøttes af den nuværende specialestruktur.

9. Oprettelse af funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for Klinisk biokemi, Klinisk immunologi og Klinisk mikrobiologi

Der er behov for flere laboratoriemedicinske generalistkompetencer og en styrkelse af den lægefaglige rådgivningsydelse.

Det anbefales, at der etableres en funktionsmodel for klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi med fælles adgangsgivende introduktionsstillinger og fælles uddannelsesindhold/kompetencemål i introduktionsforløb, hoveduddannelsesforløb og fælles kurser.

Funktionsmodellen skal danne grundlag for laboratoriemedicinske generalistkompetencer såsom evidensbaseret anvendelse af laboratoriemedicin, viden og analyseprincipper og metodeudvikling, laboratorieledelse og kvalitetssikring.

Sundhedsstyrelsen tager initativ til at igangsætte arbejdet.

Patologi og Retsmedicin
Afdækningen af fællesområder og specialestruktur for Patologisk anatomi og cytologi og Retsmedicin viser, at specialernes opgavevaretagelse har bevæget sig i forskellige retninger, og der vurderes ikke at være grundlag for en ændring af specialestrukturen (se bilag 22).

En række afdækkede forhold skal inddrages ved udarbejdelse af specialebeskrivelser og målbeskrivelser for de to specialer. Således udgør hospitalsobduktioner en yderst begrænset aktivitet på patologiafdelingerne. Det skal derfor vurderes, om det fortsat skal være en kerneopgave for specialet. Længden, indholdet og kravene til uddannelse for retsmedicinske uddannelseslæger på patologiafdelinger skal vurderes, så den bedst muligt understøtter kompetencemålene for retsmedicinske speciallæger. De retsmedicinske speciallæger varetager flere opgaver ved klinisk retsmedicin end tidligere, og disse funktioner skal gennemgås i en tværfaglig proces med relevante kliniske specialer herunder Gynækologi og Obstetrik og Pædiatri med hensyn til ansvar og samarbejde.

Billeddiagnostiske specialer
De afdækkede fællesområder og specialestruktur for billeddiagnostiske specialer – Radiologi og Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin – har ført frem til, at der vurderes ikke at være grundlag for en ændring af specialestrukturen (se bilag 23).

Der er potentiale for fælles uddannelsesindhold for så vidt angår brug af udstyr, der indgår i begge specialers arbejde. Teoretisk og praktisk viden om strålebeskyttelse, kompetencer til brug af billedarkiverings- og kommunikationssystemer, kvalitetssikring og viden om kunstig intelligens skal inddrages ved udarbejdelse af specialebeskrivelser og målbeskrivelser. Derudover har speciallægerne i de to specialer en enslydende lægerolle ved beskrivelse af ikke-tekniske områder, fx med hensyn til kommunikations- og samarbejdskompetencer ved MDT-samarbejde og kompetencer vedrørende information til patienter om forløb af undersøgelser og risici.

Samfundsmedicin og Arbejdsmedicin
Afdækningen af fællesområder og specialestruktur for Samfundsmedicin og Arbejdsmedicin giver ikke grundlag for at anbefale en større samordning af de to specialer (se bilag 24).

Imidlertid er der enighed om, at specialet Arbejdsmedicin skal moderniseres inden for den nuværende ramme med en styrkelse af den miljømedicinske profil, herunder med et navneskifte til Arbejds- og miljømedicin.

For så vidt angår samfundsmedicin har det ikke været muligt at opnå enighed om specialets udfordringer og konsekvenser af forskellige modeller for modernisering af specialet endsige retningen for en modernisering. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at en central udfordring for specialet er, at hverken målbeskrivelse eller uddannelsesforløb understøtter en stærk varetagelse af kliniske opgaver eller lægelige opgaver i styrelser. De samfundsmedicinske repræsentanter mener, at en af specialets styrker er, at kompetencerne kan appliceres bredt, alsidigt og fleksibelt.

Et mål med modernisering af specialet skal være, at det tydeligere fremgår for de uddannelsessøgende læger, hvilken uddannelse de får, og hvad den giver mulighed for, herunder hvad specialets kerneopgaver er, og hvad speciallægerne kan profilere sig inden for.

Det må forventes, at de forskellige vurderinger af Samfundsmedicin også vil gøre sig gældende i forbindelse med udarbejdelsen af den nationale specialebeskrivelse. Det anbefales derfor, at dette arbejde starter med yderligere afdækning af aftager behovet.

Palliativ medicin
Det er blevet vurderet, om Palliativ Medicin skal oprettes som et selvstændigt lægeligt speciale (se bilag 20).

Det vurderes, at de lægefaglige kerneopgaver, lægeydelsen og kernekompetencer indeholder et betydeligt overlap med en række kliniske specialer, herunder de intern medicinske specialer og Klinisk onkologi. Endvidere vil en række kernekompetencer i et speciale i Palliativ medicin være kompetencer, som i høj grad skal være tilstede hos alle læger, der hyppigt varetager behandling af patienter med palliative behov, herunder behandling i tidlig palliativ fase, forståelse af symptomer og udredning og behandling af disse hos patienter med fremskreden kræft, vurdering af behov og behandling og behandling af hyppig komorbiditet mv.

Derudover er der palliative indsatser, der kan være relevante på forskellige tidspunkter i en patients liv og i et behandlingsforløb. Derfor har området ikke har en entydig forløbsafgrænsning. Palliativ medicin har heller ikke en organspecifik eller teknisk afgrænsning, hvilket også vanskeliggør adskillelsen fra og snitflader til andre specialer.

Der er ikke fundet grundlag for at anbefale en oprettelse af et speciale i Palliativ medicin. Det er samtidig vurderet, at en oprettelse vil gå imod revisionens mål om alsidighed og fleksibilitet samt princippet om fastholdelse af det nuværende

niveau for specialer. Der kan profiteres på fagområdestrukturens fordele med hensyn til tværfaglighed og rekruttering af erfarne kliniske læger.

Allergologi
Det er blevet vurderet, om Allergologi skal oprettes som et selvstændigt lægeligt speciale (se bilag 20).

Det vurderes, at området vanskeligt afgrænses fra andre specialers område, herunder at udredning og behandling af allergologiske sygdomme varetages af en lang række specialer i den primær sektor og i sygehusvæsenet, at lægeydelsen ved den specialiserede allergologiske udredning ikke adskiller sig fra lægeydelsen på lavere niveau, og at uddannelse i allergologiske sygdomme indgår i forskelligt omfang i en række speciallægeuddannelser.

Det er på den baggrund vurderet, at allergologien er et oplagt fagområde, da det allergologiske område varetages af en lang række specialer i primære sektor og i sygehusvæsenet. At lægeydelsen ved den specialiserede allergologiske udredning ikke i sin natur adskiller sig fra lægeydelsen i forbindelse med allergologisk udredning i disse andre specialer. Der er derfor heller ikke grundlag for at anbefale en oprettelse af et speciale i Allergologi.

6.6.3. Intern medicin

Status
Specialestrukturen for intern medicin har siden 2003 været baseret på en funktionsmodel indeholdende en "common trunk". Formålet var at give uddannelseslægerne en bred intern medicinsk fællesuddannelse suppleret med en specialespecifik uddannelse. Et centralt formål var, at alle intern medicinske speciallæger skulle kunne varetage det intern medicinske akutte beredskab på de funktionsbærende enheder. Den demografiske udvikling, den organisatoriske udvikling med oprettelse af fælles akutafdelinger, et årelangt fokus på specialiseret hospitalsbehandling og en ændret opgavevaretagelse i retning af øget specialespecifik ambulant behandling, har imidlertid udfordret funktionsmodellen for intern medicin i dag.

Udfordringer og muligheder
Den intern medicinske funktionsmodel har store udfordringer, og den understøtter, i sin nuværende form og udmøntning, ikke behovet for speciallæger, der kan varetage intern medicinske generalistopgaver.

Den demografiske udvikling, sygdomsbyrdeprofilen hos indlagte patienter, kortere indlæggelser og behovet for sammenhæng mellem primær og sekundær sektor medfører samlet et stort behov for, at speciallægerne kan varetage en større del af patienternes hyppige problemstillinger. Det vil kunne give forløb med færre tilsyn, henvisninger og unødige overgange mellem enheder og sektorer. Behovet er ikke nyt, og ønsket om intern medicinske speciallæger med stærke generalistkompetencer er gammelt. Det må imidlertid erkendes, at ambitionen med "common trunk" fra Speciallægekommissionen i 2000 ikke er indfriet, og at de intern medicinske specialer med få undtagelser, herunder geriatri, har rykket balancen i uddannelserne og i specialernes arbejde med fokus mod det specialespecifikke. Interessen og kulturen omkring varetagelsen af den bredde intern medicinske opgave er generelt fortrængt i specialerne. Det har særligt været tydeligt i akutmodtagelserne, hvor de intern medicinske specialer generelt har været savnet samtidigt med, at flere af specialerne har trukket i retning af egne akutmodtagelser.

Andre forslag end styrkelsen af funktionsmodellen har været overvejet, herunder genetablering af et grundspeciale i intern medicin eller et grundspeciale i hospitalsmedicin. Det er dog vurderingen, at kun den foreslåede modernisering af funktionsmodellen forener de forskellige hensyn og afbalancerer fordele og ulemper (se bilag 19). En central præmis for en succesfuld forandring af funktionsmodellen i intern medicin – og speciallægeuddannelsen generelt – er at den organisatoriske udvikling understøtter træning af generalistkompetencer.

Anbefalinger

10. Modernisering af funktionsmodellen i intern medicin

Funktionsmodellen for intern medicin skal moderniseres med en markant styrkelse af fællesindholdet via specialebeskrivelser og målbeskrivelser. Alle nuværende specialer skal fortsat indgå i funktionsmodellen.

En moderniseret model skal udvikles på basis af:

- En afgrænsning af hvad der er fælles intern medicinske opgaver og hvad der er specialespecifikke opgaver på baggrund af aktuelle og forventede behandlingsbehov hos patienterne, med særligt fokus på varetagelse af behandling af patienter med flere samtidige medicinske sygdomme.
- En organisering, der understøtter, at de intern medicinske generalistkompetencer trænes sideløbende i hele speciallægeuddannelsen og bygger bro til målet om vedligeholdelse af kompetencerne efter speciallægeuddannelsen. Det anbefales derfor, at speciallægeuddannelsen som udgangspunkt starter og slutter i en enhed, hvor uddannelseslægen kan varetage brede interne medicinske opgaver.
- At speciallægeuddannelserne bør indeholde ophold af tilstrækkelig varighed på et akutsygehus for at opnå kompetencer indenfor behandling af akutte medicinske patienter.

Sundhedsstyrelsen tager initativ til at modernisere funktionsmodellen i intern medicin.

6.6.4. Det kirurgiske område

Status

Det kirurgiske område har gennemgået en tiltagende specialisering over tid. Nye behandlingsmuligheder og et ønske om centralisering og specialisering af behandlingen af en række sygdomme har drevet den udvikling. Plastikkirurgi, Thoraxkirurgi og Kirurgisk Gastroenterologi opstod i efterkrigstiden, og i 1982 blev de placeret som grenspecialer til Kirurgi sammen med Urologi og Karkirurgi. I 2003 blev grenspecialestrukturen nedlagt og den nuværende specialestruktur blev etableret med en funktionsmodel for fem grundspecialer[52]. Funktionsmodellen blev hurtigt udfordret af en organisatorisk og en faglig udvikling, og allerede i 2008 måtte den fælles kirurgiske introduktionsstilling opgives.

Den fælles uddannelse mellem de kirurgiske specialer er over tid reduceret til et fælles kursusindhold i hoveduddannelsen. Samtidig har den faglige udvikling betydet, at kirurgiske specialer deler nye teknikker, og at ikke-kirurgiske specialer i dag varetager samme teknikker og opgaver som kirurgiske specialer på en række områder. Denne udvikling har medført gode samarbejder, som det er set på det kardiovaskulære område med endovaskulære teknikker, der deles mellem kirurgiske, radiologiske og medicinske læger. Udviklingen har dog også været præget af faglige uenigheder, der har stået i vejen for en hensigtsmæssig brug af lægelige ressourcer, som det fx er sket på det brystkirurgiske område.

[52] Kirurgi, Karkirurgi, Thoraxkirurgi, Plastikkirurgi, Urologi

Udfordringer og muligheder
Det kirurgiske område består af større specialer såsom kirurgi og ortopædkirurgi, og mindre specialer såsom plastikkirurgi og neurokirurgi. Mens de mindre specialers arbejde generelt er samlet på få sygehuse, og opgaverne er fokuseret på bestemte sygdomme/patientgrupper med en betydelig mængde specialiseret behandling, er de større specialer repræsenteret på flere sygehuse og varetager uselekteret kirurgisk arbejde. Det kirurgiske område er præget af udtalt faglig profilering. Samtidig har de kirurgiske patienter flere og samtidige sygdomme. Basale og hyppige operationer flyttes ud af de offentlige sygehuse til speciallægepraksis og andre private aktører. Samtidigt sker en selektering på nogle områder, hvor patienter med lavest sygdomsbyrde opereres af private aktører.

Udfordringen er, at behandlingskompleksiteten øges, og at det i høj grad er ældre multisyge patienter med kirurgiske problemstillinger, der opereres af specialerne på de offentlige sygehuse samtidigt med, at der har været en tendens til tab af kompetencer og tradition blandt de kirurgiske læger for at varetage patienternes samtidige medicinske problemstillinger. Konkret vil der, særligt indenfor de større kirurgiske specialer, afhængigt af sygdomsprofilen/komorbiditetsbyrde hos specialets kernepatienter, være behov for en styrkelse af generalistkompetencer til at varetage behandlingen af hyppige medicinske sygdomme hos egne patienter, systemisk viden, sundhedskompetence, tværsektorielt samarbejde o. lign. i større omfang end nu.

At det var de fem kirurgiske specialer, der blev indlejret i en funktionsmodel, skyldes den tidligere grenspecialestruktur fra 1982, hvorfor det sparsomme fælles uddannelsesindhold primært omhandler opnåelse af kirurgiske kompetencer. Et aktuelt opgave- og metodefællesskab på en række områder mellem kirurgiske specialer og mellem kirurgiske og ikke-kirurgiske specialer understøttes ikke i tilstrækkelig grad af fælles kompetenceopbygning via målbeskrivelser og/eller kursusrækker. Der er identificeret flere eksempler på opgavefællesskaber, som kan lægges til grund for fællesuddannelsesindhold.

Flere kirurgiske specialers opgaver er centreret om kræftbehandling. Den grundlæggende metode til kræftudredning, og -behandling, det multidisciplinære samarbejde samt opfølgning-, rehabilitering- og palliation, kunne indgå som et modul på tværs af speciallægeuddannelserne. Fællesskab omkring de endovaskulære metoder kunne udgøre et element i speciallægeuddannelserne for karkirurgi, thoraxkirurgi, intern medicin: kardiologi og radiologi. Fællesskabet om medicinsk behandling af ældre multisyge patienter kunne indgå i en række kirurgiske specialer, hvor patientgrupperne typisk er ældre multisyge.

En fælles kompetenceopbygning vil – kombineret med organisatoriske og ledelsesmæssige tiltag – medvirke til mere fleksibel opgavevaretagelse og bedre samarbejde.

Anbefalinger

11. Flere fælles kompetencer i de kirurgiske speciallægeuddannelser

Behandlingskompleksiteten på de offentlige sygehuse øges og nogle basale indgreb varetages privat. Der er utilstrækkelige kompetencer til at varetage blandt andet ældre multisyge patienter med kirurgiske problemstillinger.

Det er et mål, at skabe en større fælles uddannelsesmængde mellem de kirurgiske specialer, herunder at den fælles uddannelsesmængde inddrager alle lægeroller og både kirurgiske og ikke-kirurgiske områder. Målet om flere generalistkompetencer, skal realiseres som en del af både introduktions- og hoveduddannelsen.

Derfor igangsættes en afdækning af opgavefællesskaber mellem de kirurgiske specialer samt fællesskaber med andre specialer. Her skal det blandt andet afklares, hvor der anvendes samme teknikker/procedurer, og den historiske og forventede fremtidige operative aktivitetsudvikling inddrages.

Afdækningen skal indgå som grundlag for:

- Forslag til fremtidige modeller for sammenhæng mellem speciallægeuddannelserne, herunder en styrkelse af generalistkompetencer både mellem de kirurgiske specialer og øvrige specialer.
- Modellerne skal være indenfor den nuværende specialestruktur, hvor der fastholdes ét niveau – grundspecialet - for speciallægeanerkendelse
- Nye specialebeskrivelser og målbeskrivelser for de fremtidige speciallægeuddannelser inden for de kirurgiske specialer.

Sundhedsstyrelsen tager initativ til igangsættelse af arbejdet.

6.6.5. Akutmedicin

Status

Samlingen af sygehusenes akutte funktioner i de fælles akutmodtagelser og indførelsen af paradigmet "speciallægen i front" har gennem de sidste 10-15 år medførte store organisatoriske ændringer og nye kompetencebehov. Fagområdet i akutmedicin blev etableret i 2008, og efter års udfordringer med bemanding, arbejdsmiljø og robusthed i de fælles akutmodtagelser blev specialet akutmedicin oprettet i 2018. Oprettelsen af specialet akutmedicin skete på baggrund af flere års drøftelser, og der var ved oprettelsen uenighed om beslutningen i faglige miljøer, herunder om den faglige retning for specialet og snitflader til andre specialer, særligt kardiologi og anæstesi.

Udfordringer og muligheder

Der er forsat udfordringer i tilknytning til akutmodtagelserne og specialet akutmedicin særligt af organisatorisk karakter. Det gælder mærkbart rekrutteringen og fastholdelsen af læger. Flere akutmodtagelser fremstår ikke robuste, og arbejdsmiljøet og behandlingskvaliteten er nogle steder udfordret, hvilket kan være problematisk for hele sygehuset, da akutmodtagelsen har fået en nøglerolle ved viderevisitering og har et meget stort dagligt patient-flow.

Hvor fokus tidligere var på oprettelsen af de fælles akutmodtagelser, er udfordringen nu at skabe sammenhæng mellem akutmodtagelsen og resten af sygehuset, herunder fokus på samarbejde mellem

specialer/afdelinger. Det kræver speciallæger, der kan skabe og virke i samarbejde internt på sygehusene på tværs af specialer, og det forudsætter ledelse, der sørger for, at de fælles akutmodtagelser har tæt driftsmæssig tilknytning til resten af sygehuset.

Rekruttering og fastholdelse af speciallæger og uddannelseslæger i akutmedicin er udfordret, og uenigheder om specialets formål og faglige profil, der også var til stede ved oprettelsen af specialet, er stadig en udfordring.

Anbefalinger
Med flere ældre multisyge og forventet etablering af nærhospitaler og styrkede kommunale akutfunktioner, får de fælles akutmodtagelser og akutmedicin en større rolle med henblik på at understøtte sygehusenes samarbejde med primær sektor og kommuner. Speciallægerne skal have mere viden om og kompetencer til at understøtte samarbejdet med kommuner og primær sektor. Der er i den forbindelse et potentiale for fællesuddannelse, der understøtter varetagelse af de ældre multisyge patienter med almen medicin og geriatri.

Arbejdet med udfordringerne i det akutmedicinske speciale inddrager også de intern medicinske specialer og andre specialer, der i større omfang skal medvirke til, at ansvaret for ældre medicinske patienters forløb bliver enklere.

12. Det akutmedicinske speciale

Det er en udfordring at skabe robuste akutmodtagelser med sammenhæng til resten af sygehuset. Det kræver blandt andet speciallæger, der kan samarbejde og løse opgaver på tværs af specialer, sektorer og opgaveområder.

Der skal sættes en klar retning for specialet akutmedicin med det formål at styrke de fælles akutmodtagelsers sammenhæng og samarbejde med det øvrige sygehus, primær sektor og kommuner. Det skal ske ved at udarbejde nye speciale- og målbeskrivelser for specialet, hvor der tages højde for:

- Status på implementering af specialet akutmedicin og akutmodtagelsernes organisering.
- Tiltag vedrørende rekruttering og fastholdelse af speciallæger og læger under uddannelse i akutmodtagelser.
- Fokus på snitflader med øvrige specialer med akutte patienter, herunder psykiatriske, intern medicinske og kirurgiske specialer mht. fælles uddannelseselementer ift. fremtidig opgavevaretagelse og samarbejde på tværs.
- Et betydeligt uddannelsesmæssigt overlap mellem akutmedicin, geriatri, psykiatri og almen medicin om behandling af akut syge ældre patienter.
- Dimensionering af specialet – og eventuelt andre specialer – som konsekvens af forslagene og fremtidigt behov.

Sundhedsstyrelsen tager initativ til igangsættelse af arbejdet.

6.7. Lægelig efteruddannelse

Status
Efteruddannelse er den samlede livslange læringsproces, der følger efter speciallægeanerkendelsen. Den må nødvendigvis ses i sammenhæng med og som et supplement til den formaliserede videreuddannelse, der på forskellig vis bidrager til den samlede pulje af kompetencer til rådighed for sundhedsvæsenet.

Speciallægekommissionen i 2000 anbefalede, at begrebet "fagområder" skulle anvendes om de daværende grenspecialer og om de uformelle subspecialer, interesseområder og ekspertområder. Det var tiltænkt som en struktur, hvor der skulle være indgang fra forskellige specialer. Kommissionen fandt, at fagområdernne skulle placeres i en ikke-styret struktur uden anerkendelsesudstedelse efter uddannelse. Kommissionen anså det som en fleksibel og dynamisk struktur, hvor fagområderne let dannes når der er behov for det og let visner bort, når det er nødvendigt. Da specialestrukturen blev ændret ved 2003-studieordningen blev det aftalt, at de Lægevidenskabelige Selskaber godkendte og offentliggjorde fagområder på baggrund af de videnskabelige selskabers udarbejdelse.

Faglige selskaber har i varierende omfang sat rammer for speciallægernes efteruddannelse både via fagområdebeskrivelser og via formaliserede uddannelsesstrukturer udformet at de specialebærende selskaber.

Indholdet af den enkelte speciallæges efteruddannelse aftales mellem leder og medarbejdere under hensyn til både den enkelte speciallæges ønsker og afdelingens behov og drift.

Udfordringer og muligheder
Et aktuelt og fremtidigt stigende prioriteringsbehov øger behovet for målretning af efteruddannelsen ud fra et samfundshensyn, så læge- og uddannelsesmæssige ressourcer kan bruges optimalt. Samtidigt er der en tendens til, at speciallægers faglige profilering sker på bekostning af kompetencer til varetagelse af specialets kerne- og generalistopgaver. Denne udvikling er understøttet af de sidste to årtiers fokus på specialisering i sundhedsvæsenet. Tendensen understøttes yderligere af faglig prestige og fagprofessionelle kulturer, organisatoriske forhold, arbejdstilrettelæggelse og øget specialespecifik ambulant aktivitet.

Det stigende fokus på specialisering er en udfordring for sundhedsvæsenets robusthed. Det skal blandt andet imødegås ved at læger ikke blot uddannes til at kunne varetage specialets kerneopgaver, relevante opgaver i beslægtede specialer og generalistopgaver, men også vedligeholde og udvikle disse kompetencer som en del af den lægelige efteruddannelse. Efteruddannelsen har ud over et kvalitets- og ressourceperspektiv – også et fastholdelsesperspektiv.

Der er et stort og stigende antal fagområder, hvoraf hovedparten kun giver adgang via ét speciale. Fagområdeuddannelserne er beskrevet yderst forskelligt med hensyn til indhold og krav, og der er ikke indtryk af, at antallet udvikler sig efter patienternes behov. Speciallægekommissionens ambition fra 2003 for fagområder kan konstateres ikke at være indfriet.

Terminologien, der anvendes om lægelig efteruddannelse, er ikke entydig og har medført uklarhed om, hvad de forskellige niveauer og begreber dækker over. Det er væsentligt, at alle speciallæger holder sig fagligt ajour og løbende efteruddanner sig som led i en livslang læringsproces. Det har sundhedsvæsenet brug for af hensyn til kvaliteten af patientbehandlingen og tilpasningen til befolkningens behov og sundhedsvæsenets indretning over tid.

De overenskomstaftalte rammer for speciallægers efteruddannelse herunder overenskomster for regionalt ansatte speciallæger, puljestrukturer for alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger giver mulighed for en opprioritering af den lægelige efteruddannelse.

Der er udtalt forskelligartethed i den lægelige efteruddannelse på tværs af landet og på tværs af specialer. Hovedparten af de videnskabelige selskaber ser kun i begrænset omfang eller slet ikke efteruddannelse som en del af selskabets opgaver. Enkelte selskaber har etableret efteruddannelsesstrukturer parallelt med fagområdestrukturen, herunder med både subspeciale- og ekspertuddannelser.

Oprettelse af formaliserede efteruddannelsesstrukturer har været overvejet i forbindelse med revisionen. Der er enighed om, at den nuværende struktur for fagområder er for løs og ikke kan bibringe områderne prioritering i tilstrækkelig grad. Der er også enighed om at en ny struktur for fagområder kan have en væsentlig betydning for at tilvejebringe kompetencer til områder, der ikke ligger entydigt i et speciale.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at etableringen af en ny struktur for lægelige ekspertuddannelser med nationale uddannelseskrav, dimensionering og anerkendelsesudstedelse kan øge kompetenceniveauet og mindske regionale forskelle ved varetagelse af udvalgte specialiserede funktioner inden for en række områder. Derudover vil en ny struktur kunne skabe klarhed over kompetenceniveauet og være et redskab til at regulere antallet af speciallæger, der går ind i de respektive ekspertområder. Andre aktører har imidlertid ikke fundet en sådan struktur hensigtsmæssig eller begrundet.

Anbefalinger

Formålet med den lægelige efteruddannelse er at fastholde og videreudvikle speciallægers kompetencer, således at sundhedsvæsenet til enhver tid er baseret på høj kvalitet i behandlingen.

I figur 23 illustreres de forskellige typer efteruddannelse (grønne figurer) i forhold til speciallægeuddannelsen. Efteruddannelsen sker efter opnåelse af speciallægekompetence. Efteruddannelse kan være på alle niveauer, og kan være rettet mod vedligehold af generalistkompetencer. faglig profilering inden for specialet eller fx ledelse. For en mindre del af speciallæger kan den faglige profilering ske i form af en ekspertuddannelse. Derudover kan fagområdeuddannelse være fælles for læger fra flere specialer.

I figuren illustreres desuden de fire opgavetyper (blå bokse), som der under speciallægeuddannelsen skal opnås kompetencer inden for.

Figur 23. Lægelig efteruddannelse og faglig profilering

13. Efteruddannelse der styrker speciallægekompetencen

Efteruddannelse er en del af den overordnede strategiske planlægning for at sikre de nødvendige kompetencer for at imødekomme patienternes behov.

Alle speciallæger skal løbende vedligeholde og udvikle deres kompetencer. Der skal ske et paradigmeskifte i den lægelige efteruddannelse, som tilgodeser, at fremtidens speciallæger kan varetage specialets kerneopgaver, opgaver i beslægtede specialer, generalistopgaver og basale opgaver også i et længere tidsperspektiv. Formålet er at skabe bedre patientbehandling og patientforløb samt bedre brug af sundhedsvæsenets ressourcer.

Det er fortsat nødvendigt, at nogle speciallæger efteruddanner sig til ekspertniveau som led i deres faglige profilering inden for specialets opgaver, for at sundhedsvæsenet fortsat kan tilbyde behandling af høj kvalitet, herunder højt specialiseret behandling. Samtidig er det også nødvendigt, at nogle speciallæger efteruddanner sig inden for et fagområde i samarbejde mellem specialer.

Der er et betydeligt ledelsesmæssigt ansvar samt et kollektivt og individuelt ansvar hos speciallæger for at realisere denne ændring.

Det bør tilstræbes, at effekten af efteruddannelsesaktiviteten kan vurderes i klinisk praksis.

Generel efteruddannelse
Alle speciallæger – også speciallæger med fagområdeuddannelse, faglig profilering og/eller ekspertuddannelse – har ret og pligt til at vedligeholde og udvikle deres kompetencer for at kunne varetage patientsikker behandling af høj kvalitet. Efteruddannelsen skal medvirke til at specialægen efter endt videreuddannelse fortsat kan udføre specialets kerneopgaver, relevante opgaver i beslægtede specialer samt generalist- og basale opgaver. Den generelle efteruddannelse kan rette sig mod opgaver på alle funktionsniveauer. Det kan være relevant at foretage kompetencevurdering i forbindelse med nogle typer efteruddannelse.

Faglig profilering og ekspertuddannelse
Faglig profilering betegner erhvervelse af kompetencer inden for eksempelvis en del af et speciales opgaveområde eller inden for fx ledelse eller medicinsk pædagogik. Dette kan ske gennem interesse, arbejde, forskning mv. Da der kun eksisterer ét specialeniveau (grundspecialet), er begrebet subspecialisering fravalgt til fordel for "faglig profilering". Der er forskellig tradition for graden af faglig profilering inden for specialer. I nogle tilfælde vil en systematisk og formaliseret faglig profilering i et uddannelsesforløb resulterende i en ekspertuddannelse være relevant. Det anbefales, at regionerne inddrages i udpegningen af forslag til ekspertuddannelser. Beskrivelsen af de faglige profileringer kan blandt andet foretages af specialebærende selskaber.

De enkelte enheders og speciallægernes forventninger og ønsker til faglig profilering skal underlægges, hvad sundhedsvæsenet samlet set har behov for, for at imødekomme befolkningens udvikling i sygdomsmønstre og sundhedsvæsenets organisering. Den faglige profilering skal ske med direkte kobling til patienternes behov for behandling og muliggøre den nødvendige dygtiggørelse indenfor specialets opgaveområde. Der skal være tilstrækkelige specialist- og generalist kompetencer de rette steder, men specialisering efter speciallægeanerkendelse bør ikke ske automatisk. Samtidigt er det vigtigt at have fastholdelsesperspektivet for øje, idet dygtiggørelse inden for et afgrænset område – som led i en faglig profilering – kan være motiverende for den enkelte speciallæge.

Den faglige profilering på ekspertniveau blandt nogle læger er en central del af den faglige udvikling i specialerne og har medvirket til eksempler på banebrydende faglig udvikling også i Danmark. Det vil dog ikke være alle speciallæger, der forventes at opnå et ekspertniveau og fremstå som faglige fyrtårne inden for et område, De fleste speciallæger skal i højere grad være generalister inden for deres speciale.

Sundhedsstyrelsen vil følge udviklingen i efteruddannelse, herunder ekspertuddannelser.

14. Fagområdeuddannelser og fagområdekriterier

Fagområder skal fremadrettet betegne tværgående områder/kliniske funktioner, hvortil specialæger fra forskellige specialer kan rekrutteres til at varetage opgaver.

Følgende kriterier for fagområder skal bruges ved vurdering af, om et område mest hensigtsmæssigt placeres som et speciale eller som et fagområde:

- Fagområder er kendetegnet ved, at det er hensigtsmæssigt for varetagelsen af opgaverne, at der arbejdes tværfagligt.
- Fagområderne giver mulighed for at trække på og understøtte tværfaglighed ved at rekruttere erfarne og motiverede kliniske speciallæger fra forskellige specialer.
- Fagområdeuddannelser er markant kortere end speciallægeuddannelser, hvilket giver mulighed for at tilpasse kapaciteten af specialiserede kompetencer hurtigere end ved oprettelsen af et speciale.
- Et generelt hensyn til fleksibilitet i uddannelsesstrukturen, dynamiske karriereveje og hensyn til livsfaser samt en effektiv benyttelse af lægelige ressourcer, hvor fagområder giver mulighed for fleksibilitet.

Fagområder
Fagområdeuddannelse er formaliseret efteruddannelse indenfor et område/kliniske funktioner der går på tværs af to eller flere specialer som fx fagområdeuddannelsen i palliativ medicin.

Der er behov for at understøtte fagområder med struktur, herunder med beskrivelse af kriterier for fagområder, godkendelse af målbeskrivelse og fagområdeudstedelse fra sundhedsmyndigheder.

6.8. Gennemførelse af speciallægeuddannelse i kliniske enheder

Status
Historisk har den arbejdsbaserede læring altid været central i den lægelige videreuddannelse. Paradigmet har i de sidste tyve år været, at uddannelsen var kompetencebaseret, hvor der skulle opnås konkrete kompetencemål. Den reelle ramme for læring i hverdagen er omsætning af målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer til mål for den enkelte uddannelseslæge i den kliniske enhed, hvor det er et vilkår at tilrettelægge arbejdet med blik for både patientbehandling og uddannelse. Generelt prioriteres uddannelsesopgaven højt, og der er opbygget strukturer der understøtter den nødvendige ledelsesmæssige involvering, om end der er betydelige variation på tværs af specialer, hospitaler og afdelinger, og mulighed for at styrke strukturerne på hospitalsniveau. Uddannelse i kliniske enheder skal her forstås bredt, da uddannelse af nogle speciallæger også sker i fx stat og kommuner.

Udfordringer og muligheder
Ved hvert femte inspektorbesøg påpeges det, at arbejdstilrettelæggelsen på uddannelsesstedet er problematisk eller uhensigtsmæssig i forhold til videreuddannelsen af læger. Det er en udfordring, som påvirker kvaliteten af en del uddannelsesforløb.

Det er en forudsætning for kvalitet i uddannelsen i de kliniske enheder, at de rammesættende elementer, målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer, er tydelige og anvendelige. Her viser en analyse, at de uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at målbeskrivelsen for introduktions- og hoveduddannelsesforløb er en anvendelig ramme for uddannelsen i afdelingen, men at der er udfordringer med hensyn til anvendelse af uddannelsesprogrammer og systematisk kompetencevurdering (se bilag 12 og 13).

De uddannelsesansvarlige overlæger og almenmedicinske uddannelseskoordinatorer har en særlig rolle for løsningen af uddannelsesopgaven i daglig praksis, hvorfor det har betydning hvilke rammer, vilkår og kompetencer disse har. Siden 2012 er rammer og vilkår blevet bedre, men det er fortsat en udfordring at hver femte uddannelsesansvarlige overlæge ikke oplever at have tid til at løse deres opgaver inden for den aftalte tid. Samtidig har omkring halvdelen af de uddannelsesansvarlige overlæger kun i nogen grad en oplevelse af, at de har de tilstrækkelige medicinsk pædagogiske kompetencer (se bilag 14).

Uddannelsesvejledning varetages af hovedvejlederen, der har ansvaret for de formelle vejledningssamtaler og af de kliniske vejleder. Samlet set løfter vejlederne deres uddannelsesopgave i afdelingen, men der er en udfordring med at fastholde og videreudvikle et fortsat højt niveau i vejledningen til gavn for kvaliteten i videreuddannelsen.

Uddannelseslægerne tilbydes i varierende grad karrierevejledning. Det kan have betydning for, en række specialer og områder med ubesatte videreuddannelsesforløb, og der skal laves tiltag til at synliggøre og skabe interesse for disse uddannelsesforløb.

Den individuelle uddannelsesplan udarbejdes i høj grad for alle uddannelseslæger. Der er plads til forbedringer i forhold til at styrke kvaliteten og brugen af individuelle uddannelsesplaner.

Anbefalinger
Det er et bærende princip for den lægelige videreuddannelse, at den sker i tilknytning til lægeligt arbejde på de kliniske enheder (hospitaler, praksis mv.) og det er i hverdagen som ansat uddannelseslæge, at kompetencerne primært udvikles.

Her er det væsentligt, at ledelserne i sygehuse og almen praksis, herunder også de uddannelsesansvarlige overlæger, i samarbejde med ledelserne, tilbyder kvalitet i alle uddannelsesforløb, og at arbejdstilrettelæggelsen tager hensyn hertil. Regionerne skal løbende vurdere om rammer og ledelsesstruktur understøtter at uddannelsesopgaven kan varetages hensigtsmæssigt på alle uddannelsessteder, og skal i den forbindelse tage stilling til, hvilke ansvar, roller/funktioner og medicinsk pædagogiske kompetencer, der kræves for at understøtte de enkelte uddannelsessteder, og skabe samspil mellem afdelinger på store uddannelsessteder.

Det vurderes, at der ikke er behov for at formalisere opgaveansvaret for uddannelsesansvarlige overlæger yderligere med nationale krav til en funktionsbeskrivelse.

For at fastholde og videreudvikle niveauet i vejledningen til gavn for kvaliteten i videreuddannelsen skal der være mulighed for løbende kompetenceudvikling af vejledere. Det vurderes, at der ikke er behov for en national formalisering og beskrivelse af vejledningsopgaverne.

Den individuelle uddannelsesplan er hensigtsmæssig til at præcisere forventninger og individuelle tilpasninger af de konkrete uddannelsesforløb inden for rammerne af målbeskrivelse og uddannelsesprogram. Den fastholdes som et obligatorisk element, og uddannelseslægen har medansvar for, at den udarbejdes. Regionalt skal der igangsættes tiltag, som kan medvirke til at forbedre kvaliteten og øge anvendelsen af uddannelsesplanen så den får større værdi for den individuelle læring,

Uddannelseslæger bør kunne få hjælp til, hvordan deres potentiale bedst udfoldes inden for de behov, der er i sundhedsvæsenet. Uddannelsesgivere skal tilbyde differentieret karrierevejledning med hensyntagen til uddannelseslægernes behov, herunder hvor langt de er i videreuddannelsen. Der kan med fordel være en synliggørelse af områder og specialer med særligt gode uddannelsesmuligheder (de mindre søgte) for nyuddannede læger.

Det anbefales, at alle hovedvejledere og uddannelsesansvarlige overlæger skal have kompetencer til at kunne karrierevejlede, og der kan være perspektiver i regionalt samarbejde om nogle typer karrierevejledning, fx vejledning der adresserer work-life balance og overgangen fra videreuddannelse til speciallæge. Dette bør ske i samspil med eksempelvis fagforeninger og faglige selskaber.

6.9. Kompetencevurdering

Status
Med paradigmet om en målstyret og kompetencebaseret speciallægeuddannelse i 2003 blev det væsentligt at kunne vurdere og dokumentere lægens kompetenceopnåelse. Det blev indført at kompetencevurdering sker i klinisk praksis af fagligt og pædagogisk kompetente kollegaer og med anerkendte og velbeskrevne kompetencevurderingsmetoder, som skal fastslå om uddannelseslægen har opnået kompetencen og understøtte den fortløbende læringsproces.

Status er, at der en velfungerende praksis for kompetencevurdering på mange kliniske enheder, men flere enheder og specialer har potentiale til forbedring. Overordnet set er det endnu ikke lykkedes at implementere brugen af systematisk og professionel kompetencevurdering som en integreret del af den kliniske uddannelse bredt ud over landet og i alle specialer.

Udfordringer og muligheder
Det er en udfordring, at det ikke i tilstrækkelig grad lykkedes at implementere brugen af systematisk og professionel kompetencevurdering, som en integreret del af den kliniske uddannelse. Både inspektorbesøg og survey blandt de uddannelsesansvarlige overlæger viser, at der ikke er en hensigtsmæssig praksis for kompetencevurdering på tilstrækkeligt mange afdelinger (se afsnit 4.1.2 Uddannelse i kliniske enheder).

I flere specialer er der usikkerhed om, hvilke kompetencevurderingsmetoder der skal bruges, hvilket er en barriere for hensigtsmæssig implementering af kompetencevurdering på afdelingsniveau. Det gælder blandt andet i en række intern medicinske specialer (bilag 12).

Det varierer, i hvilket omfang specialerne er lykkedes med at sammensætte kompetencevurderingsprogrammer, der giver en vurdering af uddannelseslægen i et holistisk perspektiv. Nogle specialer har valgt at anvende en række forskellige redskaber, som kan gøre det uoverskueligt for uddannelseslægen og vejlederne, når man skal forstå og anvende den samlede portefølje. Konkret er det fx problematisk, at nogle specialer har så mange kompetencevurderinger per tidsenhed, at det samlet set ikke er foreneligt med de kliniske arbejdsforhold (bilag 12).

Specialer, der vælger at bygge deres målbeskrivelse op efter arbejdsfunktioner som fx varetagelse af stuegang/vagtfunktion – eller som patientforløb med fx "det planlagte kejsersnit" fremfor meget detaljerede kompetencer som "at kunne identificere sjældne alvorlige lungesygdomme hos børn" har nemmere ved at opbygge et kompetencevurderingsprogram med redskaber, der dækker flere lægeroller og elementer samtidigt.

Der er omfattende viden fra forskning og god praksis om brug af kompetencevurdering i dansk kontekst. Der findes en række validerede og anvendelige kompetencevurderingsredskaber, og der er betydelig viden og erfaring fra succesfuld implementering af systematisk kompetencevurdering, der kan spredes.

Anbefalinger
Det vurderes, at det nuværende paradigme med løbende, systematisk kompetencevurdering skal fastholdes og styrkes. Det er en målsætning at få udbredt systematisk og professionel kompetencevurdering.

Derfor skal der skabes en fælles forståelse af, hvorfor kompetencevurdering er vigtig for kvaliteten i den lægelige videreuddannelse, og at målbeskrivelsernes krav til kompetencevurdering forbedres. Her skal der være fokus på kvaliteten og helhedsperspektivet af det samlede kompetencevurderingsprogram frem for den enkelte metodes anvendelse.

Virksomme indsatser er:
- Medicinsk pædagogisk eksperthjælp til specialebærende selskaber og "uddannere" for blandt andet at styrke udpegning og anvendelse af obligatoriske, anerkendte metoder
- Præcisering af de uddannelsesansvarliges ansvar og roller ved implementering af kompetencevurdering
- Øget ledelsesfokus på alle niveauer, så rammer i klinisk praksis for kompetencevurdering er på plads og understøtter psykologisk sikkerhed og fælles feedbackkultur
- Digitalisering af kompetencevurderingsredskaber, der letter det administrative arbejde, styrker ensartet praksis og muliggør datafangst

Til vurdering af de kompetencer, der er angivet i målbeskrivelsen, skal anvendes anerkendte kompetencevurderingsmetoder, som skal være anvendelige på de kliniske enheder. Kompetencevurderingsprogrammet skal indeholde metoder til vurdering af kompetencer indenfor alle syv lægeroller, herunder professionalisme, kommunikation, samarbejde og ledelse.

Det er regionernes ansvar, at der er høj kvalitet i kompetencevurderingerne. Uddannelsesansvarlige overlæger og almen medicinske uddannelseskoordinatorer har, i samarbejde med pædagogisk udviklende funktion og uddannelsesgivende enheder, ansvaret for kvaliteten af kompetencevurderingerne. En del af ansvaret er at tilvejebringe rammer for at kompetencevurderingerne kan gennemføres som en prioriteret del af det kliniske arbejde.

Uddannelsesgiverne (vejledere og tutorlæger) har ansvaret for at gennemføre systematisk kompetencevurdering og feedback, og uddannelseslægerne har et medansvar for at efterspørge og anvende kompetencevurdering som et læringsredskab.

Der er ikke faglig begrundelse for at indføre specialisteksamen, som ikke vurderes til at kunne omfatte den kompleksitet og brede vifte af kompetencer og roller som en speciallæge skal mestre. Eksamen risikerer at blive et vilkårligt og snævert nedslag, hvor der i bedste fald vurderes viden og færdigheder, men ikke udøvelsen af komplekse kompetencer i klinisk arbejde. Der kan suppleres med systematiske og validerede test af viden og færdigheder for udvalgte kompetencer understøttende for og som som led i videreuddannelsen.

15. Systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb

Der skal være en markant forbedring i udbredelsen af systematisk kompetencevurdering, og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse aftaler én eller flere fælles nationale indikatorer, som ressourceffektivt kan anvendes, til at følge op på i hvilket omfang kompetencevurdering sker systematisk og professionelt. Samtidig stilles krav til valg af operationelle mål og kompetencevurderingsmetoder i målbeskrivelsen (anbefaling 5) og der iværksættes tiltag, der styrker udvikling af de medicinsk-pædagogiske kompetencer (anbefaling 18).

6.10. Kurser

Status

I mere end 50 år har kurser været en formaliseret del af den lægelige videreuddannelse som et obligatorisk supplement til den klinisk baserede læring, der sker i forbindelse med varetagelse af patientbehandling. De specialebærende selskaber har ansvaret for udvikling og gennemførelse af de specialespecifikke kurser, mens regionerne står for de generelle kurser (fx Akut-, Vejlednings- og SOL-1+3-kurserne). Sundhedsstyrelsen administrerer den statslige finansiering af de specialespecifikke kurser og afholder pr. 2024 SOL 2-kurset. Formål og læringsmål for de generelle kurser har grundlæggende været uændret siden 2003, og der kan stilles spørgsmålstegn ved om kursusrækken er tidssvarende.

Udfordringer og muligheder

Den nuværende kursusrække af generelle og specialespecifikke understøtter ikke i tilstrækkelig grad de overordnede ambitioner for revisionen om øget alsidighed, fleksibilitet og høj faglighed. Det er en central udfordring, at få kurser udvikles og afholdes på tværs af specialer og ikke understøtter et bredere fokus på patienten.

Der er behov for, at kursernes mål og indhold tilpasses og ses i forlængelse af de større ændringer, der ønskes i kompetencemål for uddannelserne samt moderniseringen af de syv lægeroller. Som optakt til revisionen har der været flere arbejdsgrupper og undersøgelser, der dokumenterer, at der er nye temaer og metoder, som med fordel kan prioriteres i de generelle kurser (se evt. kap. 4.1.4 Kurser og simulation). Desuden har curriculum på medicinstu-

dierne udviklet sig, og uddannelseslægernes forudsætninger er anderledes. I flere specialer er der supplerende kursusaktiviteter, som har betydning for prioritering og koordination med den obligatoriske kursusrække. Det er problematisk, hvis kurser ikke indtænkes med hensyntagen til det daglige arbejde og øvrige læringsforløb fra medicinstudie til speciallægeanerkendelse.

Der er et formelt krav om evaluering af kurser, men i praksis varierer det i hvilket omfang det sker og hvordan de foretages. Det er en udfordring at der ikke er en fælles standard som understøtter vurdering og løbende forbedring af kursuskvaliteten.

Det er kursuslederen som godkender kursusdeltagelse, og her varierer i praksis for godkendelse. Overordnet savnes tydeligere retningslinjer for hvilke typer af vurderinger der er nødvendige.

Det samlede omfang af kurser varierer mellem specialer. Som udgangspunkt må de specialespecifikke kurser maksimalt vare 210 timer. Det bemærkes, at samtlige specialer i dag udnytter hele rammen for specialespecifikke kurser, og at flere specialer derudover har kursusaktivitet (som formelt set ikke er obligatorisk). Samtidig er det en anerkendt udfordring, at det kan være vanskeligt indenfor den økonomiske ramme at anvende læringsstrategier, som er mere omkostningskrævende end traditionel undervisning i plenum.

Anbefaling

16. Tilpasning af specialespecifikke og generelle kurser

Få kurser udvikles og afholdes på tværs af specialer og de understøtter ikke et bredere fokus på patienten og de fremtidige behov. Derfor gennemføres en gennemgribende revision af både generelle og specialespecifikke kursers indhold, form, metoder og varighed ud fra følgende principper:

- Der skal være en struktureret tilgang til udvikling og gennemførelse af kursusaktiviteter.
- Nye og veldokumenterede metoder og læring som fx simulation skal anvendes for at kunne opnå effektiv uddannelse og god patientbehandling. Fælles nationale standarder for valg af metoder beskrives på baggrund af forskning, således at den mest effektive og patientsikre metode anvendes.
- Træning af procedurer, inden de udføres på patienter, bør fremmes.
- Varigheden af de generelle og specialespecifikke kurser skal – inden for en overordnet ramme - fastlægges efter en konkret vurdering af, hvor lang tid det vil tage at opnå specifikke kompetencemål med en bestemt læringsform.
- De mest effektive læringsformer skal prioriteres, og paradigmet bør være, at der foretrækkes en lidt kortere kursusrække af højere kvalitet.

Kurser skal fortsat være obligatoriske for, at uddannelseslægerne opnår de tilstræbte minimumskompetencer. Der gives mulighed for, at læger mere frit kan vælge mellem moduler/toninger af obligatoriske kurser.

Der skal anvendes en systematisk tilgang til udvikling af kurser (hvor fx kvalitetscirklen eller Kerns 6 trin[53] kan anvendes som metode), og hvor der sker en vurdering af, om kurserne er den rette og mest effektive læringsform med hensyn til kompetencemålene. Når der er dokumenteret effektive læringsformer, skal de fremadrettet anvendes.

Det vurderes, at arbejdet med revision af såvel målbeskrivelse som kursusrække fremadrettet forudsætter yderligere ressourcer til en professionalisering. De nye og større krav kan ikke løftes hensigtsmæssigt alene ved frivilligt engagement men kræver dækning af de reelle omkostninger.

Beskrivelsen af kursers varighed skal være mere ensartet, hvor der skal må være eksplicitte overvejelser om forventninger til uddannelseslægens forberedelse og efterfølgende opsamling.

Der skal være fælles retningslinjer på tværs af regionerne om praksis for eventuel placering af specialespecifikke kurser under introduktionsuddannelsen. I det omfang, der er tungtvejende lærings- og driftsmæssige hensyn, kan der i enkelte specialer under introduktionsforløbet indgå specialespecifikke kurser.

Det skal konsolideres, at kursusrækken skal afspejle alle lægeroller og ikke blot den medicinske ekspert, og kurserne bør vise sammenhæng mellem rollerne. Desuden kan nogle af kurserne med fordel være tværprofessionelle og tværfaglige.

Udbytte af kursusaktiviteten forudsætter forberedelse inden og opsamling efter kurset samt mulighed for at anvende tillært kompetence i det kliniske arbejde. For at styrke fokus på udvikling og anvendelse af kompetencer fra kurser, skal der være en vurdering af læring og ikke blot deltagelse, hvor det som minimum synliggøres hvad deltagerne har lært, og hvad de skal styrke. Tids- og ressourceforbrug til vurdering af læring skal stå i et rimeligt forhold til den tid, der anvendes på selve kurset. Hvis vurderingen sker som afslutning på kurset, foretages den af kursusleder og af vejleder, hvis det er en egentlig kompetencevurdering.

I flere lande er det udbredt, at universiteterne er involveret i gennemførelse af kurserne i videreuddannelsen. Det er der ikke tradition for i Danmark, hvor de specialebærende selskaber både historisk og aktuelt har en central rolle for kursusudvikling- og afholdelse. De regionale råd for lægers videreuddannelse skal fortsat have ansvaret for at udvikle og afholde de generelle kurser, og de specialebærende selskaber, skal stå for udvikling og afholdelse af de specialespecifikke kurser. Her kan der være behov for, at hovedkursusledere får et kompetenceløft, og at der defineres principper for, hvilke kvaliteter og kompetencer hovedkursusleder skal besidde.

Der er etableret simulationsfaciliteter centralt i alle videreuddannelsesregioner. De regionale centre skal fortsat medvirke til, at uddannelsen er forskningsbaseret, og de skal uddanne kompetente facilitatorer/instruktører. Der er perspektiv i, at flere specialer afholder kurser i de regionale simulationsenheder, således at der kan veksles mellem forskellige læringsmetoder og har mulighed for at integrere kompetencevurdering på kurset. En styrket implementering af simulationsbaseret træning i speciallægeuddannelsen bør foregå nationalt i et samarbejde med de regionale simulationscentre. Et nationalt samarbejde gør det muligt at optimere udnyttelsen af ressourcer, herunder udstyr, lokaler samt trænede facilitatorer. Det vil være ressourcebesparende at udvikle og dele koncepter, scenarier og kompetencevurderingsredskaber.

In situ simulationer (fx hjertestop- og traume teamtræning) skal fortsat trænes med det team, som man arbejder sammen med, hvorfor træningen foregå lokalt, enten i afdelingen eller i hospitalets simulationsenhed.

[53] Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach. 3rd ed. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2015.

6.11. Forskningstræning

Status
I forlængelse af at Speciallægekommissionen i år 2000 anbefalede, at speciallæger bør være i stand til at realisere og udvikle et vidensbaseret sundhedsvæsen, som hviler på overførsel af forskningsresultater til sundhedsvæsenets drift, blev der indført et kursus i forskningstræning. Kurset indgår som en del af hoveduddannelsen og udgør i alt 20 arbejdsdage, heraf 10 kursusdage. Formålet med forskningstræningen er jf. den gældende vejledning "at opbygge og styrke kompetencer til, at speciallægerne selvstændigt kan opsøge, vurdere og udvikle ny viden, samt til at speciallægerne kan anvende og formidle denne viden til vurdering af etableret indsats i sundhedsvæsenet". Antallet af læger, der har reel forskningsuddannelse er steget betydeligt siden, ligesom koblingen mellem forskningsmiljøer og det kliniske arbejde er styrket på en lang række områder.

Udfordringer og muligheder
Det vurderes, at opgaven med at overføre forskningsresultater til patientbehandling fortsat er vigtig, men sundhedsvæsenet og strukturerne omkring produktion, indsamling og kondensering af forskning og viden og omsætning til kliniske beslutninger har ændret sig markant over de sidste 20 år. Opgaven med at omsætte forskning til klinisk praksis er kun i få specialer en individuel opgave for den nyuddannede speciallæge, og formålet med forskningstræning skal afspejle denne udvikling.

Samtidig er det en udfordring, at titlen 'forskningstræning' signalerer noget mere vidtgående, end det er muligt at opnå indenfor den givne tidsramme. Fremfor at kunne planlægge randomiserede kontrollerede forsøg eller forberede et systematisk review, hvilket der ikke er behov for, at alle skal kunne, skal der i stedet sættes fokus på kontinuerligt at udvikle kvalitet og patientsikkerheden i behandlingen, samt at tænke innovativt i forhold til at forbedre arbejdsgange, hvilket kræver andre kompetencer og dermed et andet kursusindhold.

Anbefaling
De gode erfaringer fra flere specialer med et individuelt eller gruppebaseret projektarbejde fra egen organisation inddrages. Projektarbejdet kan tage direkte udgangspunkt i data, problemstilling mv. fra egen/tidligere organisation, arbejdsplads eller i arbejde under et videnskabeligt selskab.

Der kan i de specialer, hvor det er relevant i målbeskrivelsen tilføjes kompetencemål i forskning, som det fx er gjort i målbeskrivelsen for henholdsvis arbejdsmedicin og klinisk biokemi.

Ved udvikling af et nyt kursus skal desuden tages højde for sammenhæng og eventuelt overlap med indhold på medicinstudierne og med de generelle og specialespecifikke kurser. Der vil være mulighed for at få merit for kurset i det omfang tilsvarende kompetencer er opnået.

17. Forskningstræning erstattes af kursus i anvendelse af forskning og kvalitetsarbejde

Det obligatoriske kursus i forskningstræning skal erstattes af et nyt kursus, som har til formål at give uddannelseslæger generelle kompetencer i kritisk anvendelse af videnskabelig litteratur, forskning, kvalitetsarbejde og datadrevet viden i den kliniske hverdag, herunder også processerne for de kliniske retningslinjer.

Kurset (inklusiv mål og metoder) udvikles af en arbejdsgruppe under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Et nyt kursus skal have mulighed for også at kunne afvikles i specialespecifik ramme.

6.12. Organisering og styring

Status
En væsentlig del af ansvaret for organisering og styring af den lægelige videreuddannelse har siden speciallægekommissionens anbefalinger i år 2000 været placeret regionalt i de tre videreuddannelsesregioner, Øst, Syd og Nord. Denne organisering blev etableret for at understøtte effektiv uddannelse af høj kvalitet. Status er, at der er opbygget erfaring og administrativ kompetence til at tilrettelægge og gennemføre kompetencebaserede videreuddannelsesforløb, og at der på alle niveauer er behov for at understøtte og udvikle kompetencer til at løfte uddannelsesopgaven.

Udfordringer og muligheder
Organisering og styring af den lægelige videreuddannelse sker på et omfattende regelgrundlag og involverer mange aktører. De organisatoriske rammer skal understøtte, at der gennemføres uddannelsesforløb af høj kvalitet over hele landet. Imidlertid er der på flere uddannelsessteder og i flere specialer få uddannelsesfaglige nøglepersoner, der kan varetage kvalitetssikring- og udvikling af videreuddannelsen. Det har konsekvenser lokalt og regionalt, og det påvirker muligheden for at løse nationalt forankrede opgaver, fx revision af målbeskrivelser, med tilstrækkelig repræsentation og kompetence.

De regionale videreuddannelsesråd
I flere geografiske områder og specialer er der udfordringer med at rekruttere og fastholde uddannelses- og speciallæger, hvilket har konsekvenser for lægedækning og patientbehandling. Uddannelsesopgaven skal både med hensyn til kvalitet, rekruttering- og fastholdelse varetages hensigtsmæssigt i store og mindre regioner.

Det kan være vanskeligt at sørge for uddannelsesforløb af høj kvalitet i travle kliniske enheder, og tilrettelæggelsen forudsætter en tæt dialog om uddannelsesforhold- og muligheder med hensyntagen til uddannelseskapacitet og drift. Det kan være en udfordring at få balanceret repræsentation af alle regionale interesser. Konkret oplever Region Sjælland behov for, at de deres regionale perspektiv er fast repræsenteret i de specialespecifikke uddannelsesudvalg og prognose- og dimensioneringsudvalget.

Uddannelsesprogrammer
Uddannelsesprogrammerne er generelt anvendelige men nogle er for omfattende og andre for simple.

Der er en udfordring, når 40 pct. af de almenmedicinske koordinatorer og 25 pct. af de uddannelsesansvarlige overlæger vurderer, at uddannelsesprogrammerne kun i begrænset omfang omsættes til læring. Ligeledes viser inspektorrapporter, at uddannelsesprogrammerne ved cirka 10 pct. af besøgene vurderes som utilstrækkelige[54]. Der er således brug for at styrke kvaliteten og anvendeligheden af uddannelsesprogrammerne.

Den pædagogisk udviklende funktion
På vegne af de regionale råd skal en pædagogisk udviklende funktion udvikle undervisnings- og indlæringsmetoder og vejlede herom (jf. Bekendtgørelse om de regionale videreuddannelsesråd for læger). I praksis har den en mere overordnet rådgivende, koordinerende og udviklende funktion i forhold til at sikre og udvikle kvaliteten i den lægelige videreuddannelse. Opgaveporteføljen er bred for den pædagogisk udviklende funktion og konstruktionen for ansættelse og organisering er skrøbelig, da den er delt mellem regioner og universiteter. Samarbejdet med universiteterne om ansættelse af postgraduate kliniske lektorer, er omkostningsfuldt og den konkrete værdi for den medicinsk pædagogiske forskning og udvikling samt synergi mellem medicinstudiet og videreuddannelsen er ikke tydelig i alle regioner.

Uddannelsesansvarlige overlæger har generelt et højt kendskab til funktionen, men kun hver anden har det seneste år anvendt den, og kun hver tredje oplever funktionen som en støtte i deres daglige arbejde. Det er en udfordring, at formålet med funktionen ikke er mere præcist, og at den oplevede værdi på uddannelsesstederne ikke er større.

For nationalt forankrede opgaver (fx bidrag til målbeskrivelse) og for at understøtte udvikling af kvalitet og god praksis på tværs af regionerne ses det som en udfordring, at der kun i begrænset grad er et formaliseret landsdækkende samarbejde omkring den pædagogisk udviklende funktion.

[54] Gitte Eriksen, Kristine Sarauw Lundsgaard, 2022: "Transfer fra papir til læring i klinisk praksis - fokus på uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse".

Anbefalinger
Regionerne har ansvaret for videreuddannelse af læger. Det indebærer, at der regionalt skal sørges for de rette ressourcer, rammer og kompetencer.

18. Medicinsk pædagogisk understøttelse af uddannelsesopgaven

Der er behov for at udvikle og styrke den medicinsk pædagogiske understøttelse af uddannelsesopgaven. Regioner og de enkelte uddannelsessteder har ansvaret for at de nødvendige pædagogiske og uddannelsesledelsesmæssige kompetencer og rammer er til stede herunder også, at der er støttefunktioner (som den pædagogisk udviklende funktion) der kan medvirke til udvikling og kvalitet af videreuddannelsen.

Med henblik på at styrke den medicinsk pædagogiske understøttelse af uddannelsesopgaven igangsættes en national undersøgelse, hvor følgende temaer afdækkes:

- Modeller for og revurdering af videreuddannelsesregionernes samarbejde med universiteter og forskningsmiljøer.
- Vidensdeling mellem regioner med henblik på at skabe tættere landsdækkende samarbejde.
- Organisering og kompetencer der understøtter regionale perspektiver og fælles varetagelse af nationale opgaver, som fx udarbejdelse af målbeskrivelser
- Understøttelse af kvalitetssikring- og udvikling på uddannelsesstederne.
- Understøttelse og udbredelse af systematisk kompetencevurdering.

Regionale videreuddannelsesråd
De regionale videreuddannelsesråd for lægers videreuddannelse bevares, fordi de har et vigtigt lokalt kendskab til uddannelsesforhold og fungerer som et væsentligt forum, hvor lokale og regionale problemstillinger i forhold til uddannelsen kan tages op og håndteres. Det vurderes, at en centraliseret detailstyring af videreuddannelsen ikke er hensigtsmæssig, da det risikerer at reducere muligheden for fleksibelt at udnytte de forskellige uddannelsesmuligheder og løse de uddannelsesmæssige udfordringer lokalt. Sundhedsstyrelsen udstikker rammer for rådenes opgaver, sammensætning og kompetence.

For at regionerne bedst muligt kan forebygge og håndtere rekrutteringsudfordringer, er det vigtigt, at de er repræsenteret i de regionale og nationale råd og udvalg, hvor der indstilles og træffes beslutninger med betydning for tilrettelæggelsen og fordelingen af uddannelsesforløb på uddannelsesstederne.

Regionernes perspektiv skal være repræsenteret i Sundhedsstyrelsens Prognose- og Dimensioneringsudvalg og i de specialespecifikke uddannelsesudvalg i videreuddannelsesregionerne, og regionernes perspektiv skal fortsat være repræsenteret i de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse. Det vurderes, at regionerne fortsat skal have mulighed for at indgå samarbejder om tilrettelæggelse og gennemførelse af uddannelsesforløb. Samarbejdet kan ske på tværs af videreuddannelsesregionerne, og det forudsætter blandt andet, at der bliver bedre mulighed for at dele data og information om forløb.

Herudover skal der skabes et bedre overblik over udfordringer med at besætte uddannelsesstillinger på regionsniveau. Oplysninger om ubesatte forløb skal tilgodese behovet for at kunne se, hvordan uddannelseskapaciteten udnyttes regionalt.

Uddannelsesprogrammer
Uddannelsesprogrammerne er et vigtigt led i omsættelse af målbeskrivelsen til uddannelseslægernes læring i det enkelte uddannelsesforløb. For at kommende speciallæger opnår de kompetencer, som fremgår af målbeskrivelserne, skal uddannelsesprogrammerne udformes, så de kan omsættes til læring i praksis. Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med relevante aktører nationale retningslinjer for omfanget og indholdet af uddannelsesprogrammerne, herunder ansvarsforhold i forhold til udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og rettidig revision ved ændringer i målbeskrivelser og struktur.

Uddannelsessamarbejde med Færøerne og Grønland
For organiseringen og styringen af den lægelige videreuddannelse er det desuden en opgave at understøtte sundhedsvæsenerne på Færøerne og i Grønland med uddannelse af læger og speciallæger. Regioner og videreuddannelsesregioner bidrager til uddannelse af de uddannelsesgivende samt planlægning af konkrete uddannelsesforløb. Regelgrundlaget for arbejdet er dog ikke tilstrækkeligt klart, og det skal afklares, hvordan formalia og rammer understøtter en videreførelse af god praksis. Formålet med uddannelsessamarbejde mellem Færøerne, Grønland og Danmark er at understøtte, at lægerne er kompetente og har samme høje minimumsstandard, så borgere og patienter i hele rigsfællesskabet har adgang til kompetent lægefaglig behandling, og at mobilitet er mulig.

6.13. Evaluering, kvalitetssikring- og udvikling

Status
I betænkningen fra speciallægekommissionen i 2000 blev inspektorordningen for den lægelige videreuddannelse beskrevet som en vigtig ordning til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af videreuddannelsen. Speciallægekommissionen foreslog desuden indførelsen af en inspektorlignende ordning for den lægelige videreuddannelse i almen praksis som et væsentligt initiativ. I dag udgør inspektorordningen sammen med uddannelseslægernes slutevaluering af uddannelsesforløb et nationalt system for kvalitetssikring- og udvikling, som også anvendes i det regionale og lokale arbejde. Derudover anvendes i varierende grad supplerende redskaber og information i kvalitetsudviklingsprocesser i regionerne og på de enkelte uddannelsessteder.

Udfordringer og muligheder
Inspektorordningen fordrer en gensidig forpligtelse blandt de involverede aktører om at afsætte den nødvendige tid og de nødvendige ressourcer til at drive og udvikle ordningen. Det er en udfordring, at inspektorordningen ikke er formaliseret ved forankring i eksempelvis lov eller bekendtgørelse, hvilket gør ordningen sårbar i forhold til at sikre stabilitet i driften og udviklingen af ordningen.

Herudover er det en udfordring, at inspektorordningen ikke omfatter uddannelsesaktivitet i almen- og speciallægepraksis. Hver tredje uddannelsesforløb foregår i almen praksis- og speciallægepraksis, og det er således en væsentlig andel af videreuddannelsen, der ikke indgår i en formaliseret kvalitetssikring- og udvikling.

Tidligere forsøg på at designe en parallel til inspektorordningen for almen praksis er ikke lykkedes – primært fordi det tenderede til at blive meget ressourcekrævende. Hver uddannelsespraksis har typisk én til to uddannelseslæger ad gangen. Hertil kommer, at der i de små organisationer, som almen- og speciallægepraksis udgør, er særlige udfordringer med at opretholde anonymitet i potentielt offentligt tilgængelige rapporter i stil med inspektorrapporterne.

Regionalt og på de enkelte uddannelsessteder arbejdes med forskellige tiltag for at sikre en løbende kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse[55]. Det er en udfordring, at der er begrænset videndeling om regionsspecifikke tiltag til kvalitetssikring og -udvikling af videreuddannelsen.

[55] Eksempler: LVU 4-11: "Kvalitetsmonitoreringsmodel I VUR Nord" og AUH: "Årsrapport 2021 lægelig videreuddannelse"

Anbefalinger
Regionerne har ansvaret for kvalitetssikring og -udvikling af videreuddannelsen.

Sundhedsstyrelsen vil i beskrivelsen af rammerne for de regionale videreuddannelsesråds opgaver præcisere, at rådene skal vurdere og understøtte udviklingen af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse. I arbejdet skal information fra de nationale evalueringssystemer (inspektorordningen og uddannelseslaege.dk), suppleres med systematisk regionale og lokale informationer, og regionerne skal udveksle viden og erfaringer med kvalitetssikring og -udvikling. Derudover skal Sundhedsstyrelsen udarbejde en ny, fælles minimumsstandard for evaluering, som er ressourceeffektiv og kan understøtte vurdering og udvikling af kurser.

Der skabes en formaliseret forankring af Inspektorordningen, som skal bidrage til at robustgøre den.

For at løfte og udvikle kvaliteten i den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis etableres en ordning for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af uddannelsen i almen- og speciallægepraksis. Der kan søges inspiration i de etablerede kvalitetsklynger og arbejdes med peer-review samt procedure for identifikation og håndtering af problematiske uddannelsessteder (se bilag 26). Formålet er at skabe mere systematisk og struktureret evaluering, feedback og kvalitetsudvikling på disse ofte helt små uddannelsessteder, og dermed både gøre dem mere attraktive for kommende uddannelseslæger. Det kan samtidig styrke kompetenceudvikling og potentielt kvalitet i patientbehandling.

19. Kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis

Det er en udfordring for udvikling af kvaliteten i uddannelsen af speciallæger i almen medicin og de specialer, hvor speciallægepraksis indgår, at uddannelsesstederne ikke indgår i en mere struktureret, landsdækkende model for kvalitetssikring- og udvikling.

For at forbedre videreuddannelsen etableres derfor en ordning for kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis.

En ny ordning skal være ressourceeffektiv, og kan være inspireret at de eksisterende kvalitetsklynger i almen praksis og speciallægepraksis.

6.14. Prognose og dimensionering

Status
Historisk har der været en lang tradition for en styring af, hvor mange læger og speciallæger der uddannes. Sundhedsstyrelsen har ansvaret for at udmelde rammer for dimensioneringen af speciallægeuddannelserne, som regulerer antallet af uddannelsesforløb fordelt på specialer i de enkelte videreuddannelsesregioner. Der er flere hensyn til blandt andet uddannelseskvalitet og lægedæking, som skal afvejes ved dimensionering, hvorfor Sundhedsstyrelsen involverer flere udvalg og råd ved den landsdækkende dimensioneringsplan.

Udfordringer og muligheder
Der er flere udfordringer ved den nuværende model for dimensionering.

Det vurderes, at det er en begrænsning for arbejdet med det prognosebaserede grundlag/input for dimensionering, at der ikke også inkluderes prognoser af behovet for læger og speciallæger. Danmark er det eneste OECD-land, der alene anvender en udbudsprognose som grundlag for dimensionering af lægernes videreuddannelse[56].

Trods markant forøgelse af dimensioneringen af speciallægeuddannelsen har der de seneste fem til 10 år været et voksende gab mellem antallet af nyuddannede medicinske kandidater og antallet af uddannelsespladser i speciallægeuddannelsen. Siden 2015 og frem til 2020 (seneste data) har gabet mellem antallet af kandidater og antallet af hoveduddannelsesforløb svaret til i størrelsesorden 300 læger årligt. Hvis antallet af færdige kandidater og den nuværende dimensionering fastholdes vil gabet vokse med ca. 235 læger årligt.

I de senere år er varigheden af de nationale dimensioneringsplaner blevet kort, hvilket er en udfordring for implementeringen og hindrer langtidsplanlægning for videreuddannelsesregioner og de kliniske enheder. Regionerne skal almindeligvis have mindst et halvt år til at forberede implementeringen af nye dimensioneringsplaner, hvilket er en udfordring med hyppigere opdateringer af dimensionsplanerne.

Processen for udarbejdelse af dimensioneringsplanerne er omfattende og tidskrævende for de mange involverede, som skal bidrage til og kvalificere grundlaget. Udarbejdelsen af en dimensioneringsplan tage omkring et år, og forud udarbejdes en udbudsprognose, hvilket kan tage mellem ét og to år. Fremover ønskes dimensioneringen at være mere langsigtet (mindst fem år) med henblik på at give aktørerne rum for planlægning, og processen for udarbejdelse af dimensioneringsplanen afspejler varigheden af dimensioneringsplanen og behovet. Behovet ændres under normale omstændigheder ikke fra år til år, så mindre hyppige korrektioner vil være hensigtsmæssige.

Der er ikke en landsdækkende monitorering af behov for arbejdskraft og bevægelserne på arbejdsmarkedet for læger, som kan anvendes til en løbende justering af, hvilke uddannelsesforløb der skal igangsættes inden for rammerne af den overordnede dimensionering.

[56] Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. Ono, Lafortune og Schoenstein (2013)

Anbefalinger

20. Koordineret dimensionering og prognose

Det er hensigten, at der skal være en balance mellem antallet af nyuddannede læger fra universiteterne og antallet af uddannelsespladser i speciallægeuddannelsen. Derfor er der behov for koordination mellem optaget på medicinstudiet og den lægelige videreuddannelse, Både proces og grundlag for dimensionering skal styrkes med bedre data og metoder.

Det vurderes, at en central og national dimensionering af videreuddannelsen fortsat vil være mest hensigtsmæssig til at understøtte, at der uddannes det rette antal læger og speciallæger over hele landet.

Sundhedsstyrelsen skal udarbejde et fagligt oplæg som ramme for, hvor og hvor mange læger der uddannes i de enkelte specialer, der balancerer hensynet til, at der i fremtiden er tilstrækkeligt med læger og samtidig er knappe ressourcer til uddannelse og ansættelse af sundhedspersonale.

- Der udarbejdes forpligtende flerårige aftaler mellem regering og regioner om uddannelsesrammerne for at koordinere dimensioneringen af lægeuddannelsen og speciallægeuddannelsen med henblik på at uddanne det rette antal speciallæger
- Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen forslag til modeller for henholdsvis udbuds- og efterspørgselsprognose for speciallæger, der kan udgøre et grundlag for dimensionering af uddannelserne af læger og speciallæger.

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til dimensionering kan besluttes inden for en politisk fastsat ramme. Grundlaget for det faglige oplæg skal være en prognose, hvor der også indgår vurdering af behovet for speciallæger. Relevante aktører inddrages i udviklingsarbejdet.

Sundhedsstyrelsen skal udarbejde forslag til en styrket overvågning af arbejdsmarkedet for læger for at skabe et mere retvisende fundament for dimensioneringsplanerne og grundlag for drøftelse med blandt andet det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse om vurdering af behov for tilpasning, dimensionering og iværksættelse af understøttende indsatser i specialer og områder med lægedækningsproblemer.

6.15. Inddragelse af speciallægepraksis og andre aktører i videreuddannelsen

Status

Speciallægepraksis

Traditionelt har videreuddannelsen altovervejende fundet sted i det offentlige sygehusvæsen og almen praksis. Speciallægekommissionen anbefalede, at videreuddannelsen af hudlæger, øjenlæger og øre-næse-hals-læger skulle omfatte forløb i speciallægepraksis, da de varetog en væsentlig del af patientbehandlingen i det offentlige sundhedsvæsen. Her er det lykkedes at skabe en uddannelsesmodel, hvor mange praktiserende speciallægepraksisser ønsker at være uddannelsessted og fungere som tutorlæge. Derudover er der flere uddannelsesforløb i reumatologi i Videreuddannelsesregion Øst, hvori der indgår et halvt års ophold i speciallægepraksis.

Andre aktører

Andre aktører (fx private klinikker) har bortset fra enkelte pilotforsøg med forløb i blandt andet ortopædkirurgi ikke indgået i videreuddannelsen.

Udfordringer og muligheder

Flere typer af behandling varetages af speciallægepraksis, men også private klinikker. Det gælder fx nogle typer psykiatrisk udredning og behandling og nogle typer af basale, ukomplicerede og hyppige behandlinger (fx keglesnit, operationer af grå stær, brok, knæ og hofte), der udføres i speciallægepraksis og/eller private klinikker.

Der kan være en uudnyttet uddannelseskapacitet i denne del af sundhedsvæsenet, som kan inddrages i videreuddannelsen af læger. Der er imidlertid en ujævn geografisk fordeling af blandt andet speciallægepraksis, der bør tages højde for ved overvejelse om øget anvendelse af speciallægepraksis og andre aktører i videreuddannelsen.

Anbefaling

Videreuddannelsen skal bidrage til, at der uddannes kompetente speciallæger i hele landet, som kan arbejde i sundhedsvæsenet til gavn for borgerne. Et princip er, at ansvaret for og hovedopgaven med at videreuddanne læger er forankret i det offentlige sundhedsvæsen. Der skal være opmærksomhed på opgaveudviklingen i sundhedsvæsenet og dens mulige konsekvenser af, hvor kompetencerne kan opnås.

Læringspotentiale og uddannelseskapacitet skal være bestemmende for, hvilke uddannelsessteder, der indgår i videreuddannelsen. Videreuddannelsen kan i flere specialer drage nytte af mulighederne i speciallægepraksis. Det kan fx være gynækologi og psykiatri. Her kan fx speciallægepraksis indgå med en delansættelse (som fx øjenlæger i dag) eller et fokuseret ophold (som fx anæstesiologi).
I nogle specialer kan det være relevant, at alle uddannelseslæger har uddannelsesophold i speciallægepraksis, mens det i andre specialer kan være en del af uddannelsesforløbene, der har et ophold i speciallægepraksis

I det omfang speciallægepraksis skal bidrage mere systematisk til videreuddannelsen af speciallæger, skal det ske med klare krav og standarder for uddannelsesforløb og/eller ophold, for at tilgodese uddannelseskvalitet og patientsikkerhed. Dette skal også gøre sig gældende i forhold til videreuddannelse i private klinikker. Videreuddannelsen skal være af høj kvalitet, uanset hvor den gennemføres. Princippet om, at det er de Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, der vurderer og godkender uddannelsesforløb fastholdes.

Referencer og gældende regelgrundlag for den lægelige videreuddannelse

Referencer

American Diabetes Association 2014: "Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus", Dia-betes Care vol 37, Suppl. 1, 2014. Link: https://diabetesjournals.org/care/article/37/Supplement_1/S81/37753/Diagno-sis-and-Classification-of-Diabetes-Mellitus

Andreasen, Pernille mfl. 2017: "The employers' perspective on how PhD training affects phy-sicians' perfor-mance in the clinic.", Link: https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-08/a5332.pdf

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2016: " De længst uddannede lever 6 år mere end de ufag-lærte", Link: https://www.ae.dk/sites/www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_de-laengst-uddannede-lever-6-aar-mere-end-de-ufaglaerte.pdf

Arbejdsgruppe for det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. 2019: "Simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Simulationsbaseret-trae-ning-rapport-endelig-udgave---041119.ashx?la=da&hash=69AB12058F0E6C4735DD489768B3BF23CC15C560

Bo A, Friis K, Osborne RH et al. 2014: "National indicators of health literacy: ability to under-stand health infor-mation and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Da- nish adults". BMC Public Health 2014;14:1095., Link: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articl es/10.1186/1471-2458-14-1095

Danmarks Statistik 2021: " Nyt fra Danmarks Statistik, 17. februar 2021 - Nr. 50", Link: https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=38326

Dansk Hjertestopregister 2019: "Årsrapport Dansk Hjertestopregister 2019".

Dansk Hoftealloplastik Register 2018: "Dansk Hoftealloplastik Register - Årsrapport 2018"

Danske Regioner 2017: "Ansættelsesprocedure og forretningsorden"; Link: https://www.laegeuddannelsen.dk/CustomerData/Files/PFolders/1055-ans%C3%A6ttelse-i-uddannelsesforl%C3%B8b/1550_ansaettelses-procedure-og-forretningsorden-03032017.pdf

Health First Europe 2022: "Essential skills for a resilient and effective European health work-force", Link: https://healthfirsteurope.eu/publication/publication-essential-skills-for-a-resilient-and-effective-europe-an-health-workforce/

Epinion 2016: "Undersøgelse af den lægevidenskabelige ph.d.-uddannelse" Link: https://ufm.dk/publikatio-ner/2017/filer/epinion-undersogelse-af-den-laegevidenskabelige-ph-d-uddannelse.pdf

Erault M & Du Boulay B. 2000: "Developing the attributes of medical professional judgement and competence (Report to the department of Health)". Department of Health London, UK

Eriksen CU, Birke HS, Helding AL, Frølich A editors 2019: "Viden om organisatoriske og pati-entrettede indsat-ser ved multisygdom - Et systematisk litteraturstudie af nationale og interna-tionaleerfaringer med organise-ring af sundhedsvæsnet for mennesker med multisygdom"

Fadlon, I., Lyngse, F.P. & Nielsen, T.H. 2020: "Early career, life-cycle choices, and gender", National Bureau of Economic Research 2020;WP28245:11-01-2023.

Finanslov 2017: Aftaleteksten. 2017Link: https://www.regeringen.dk/nyheder/2016/finanslov-2017/finans-lov-2017-aftaleteksten/

Forskningsministeriet og Sundhedsministeriet 1999: "Medicinsk sundhedsforsknings vilkår og fremtid", Link: https://ufm.dk/publikationer/1999/medicinsk-sundhedsforsknings-vilkar-og-fremtid

Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Justeringer vedr. planlægning, samarbejde, IT, kvalitet og finansiering af sundhedsvæsenet m.v.): 2011/1 LSF 139. 2012Link: https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjTpoex7LHvAhXD-ioK-HaR7BgMQFjABegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.retsinformation.dk%2Fapi%2Fpdf%2F141170&usg=AOvVaw0IcJcZcFT01vRTUWxsV3YR

Frenk et al. 2022: " Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic", Lancet 2022; 400: 1539–56.

Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. 2010: "Competency-based medical education: Theory to practice", .Med Teach. 2010;32:638–645, Link: https://www.researchgate.net/publication/45387543_Competency-based_medical_education_Theory_to_practice

Friis K, Lasgaard M, Osborne RH et al. 2016:"Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens". BMJ Open 2016;6:e009627, Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26769783/

Frølich A, Olesen F, Kristensen 2017: "Hvidbog om MULTISYGDOM - Dokumentation af mul-tisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng", Link: http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf

Heeneman S et al. 2021: "Ottawa 2020 consensus statement for programmatic assessment – 1. Agreement on the principles." Med Teach 2021;43, Link: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0142159X.2021.1957088

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Cirkulæreskrivelse vedrørende iværksættelse af reformen for videreuddannelse af læger Samtlige sygehuskommuner, Den alm. danske Lægeforening m.fl. (jf. vedlagte udsendelsesliste) CIS nr 168 af 21/11/1989

Cirkulæreskrivelse vedrørende iværksættelse af reformen for videreuddannelse af læger Samtlige sygehuskommuner, Den alm. danske Lægeforening m.fl. (jf. vedlagte udsendelsesli-ste) (retsinformation.dk). 1989, 2023.

Indstilling vedr. oprettelse af et speciale i akutmedicin af 09/06/2017: Sagsnr. 2-1010-400/1 . 2017 Link: https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2017/Nyt-speciale-i-akutmedicin/Sundhedsstyrelsens-ind- stilling-til-sundhedsministerien-vedr,-d-,-etablering-af-et-nyt-speciale-i-akutmedicin-9,-d-,6,-d-,2017.ashx?la=da&hash=B3A751E20FCEF0D6143E5D1BDE9C72D5D5089597

Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. 2020: "Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år : forekomst, udvikling og forebyggelsesmulighe-der", Vidensråd for Forebyggelse. Link: https://vidensraad.dk/rapport/mental-sundhed-og-sygdom-hos-boern-og-unge-i-alderen-10-24-aar-forekomst-udvikling-og

Kandidatuddannelse i Medicin i Esbjerg fra 2022. 2022Link: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/irs_regional_sundhedsforskning/uddannelse/kandidatuddanelse_i_medicin_i_esbjerg

KOORDINERINGSRÅDET FOR IBRUGTAGNING AF SYGEHUSMEDICIN (KRIS). 2017Link: https://www.regioner.dk/kris

Kora 2013: "Forskning i kvalitet og patientsikkerhed i Danmark", Link: https://www.vive.dk/media/pure/9145/2049825

KU opretter ny lægeuddannelse i Region Sjælland. 23. marts 2022, Link: https://sund.ku.dk/nyheder/2022/03/ku-opretter-ny-laegeuddannelse-i-region-sjaelland/

Stefan Køberl & Jesper Bo Nielsen 2018: "Education of health care personal may reduce con-sequences of low health literacy", Ugeskr Læger 2018;180:V11170873, Link: https://ugeskriftet.dk/videnskab/uddannelse-af-personalet-kan-mindske-konsekvenser-af-lav-sundhedskompetence

Lockyer,Jocelyn mfl. 2017: "Core principlles of assessment in competency-based medical education", Medical Teacher Vol 39, no 6, 609-619.

Lundberg FE. 2020: "Trends in cancer survival in the Nordic countries 1990–2016": the NORDCAN survival studies. ACTA ONCOLOGICA 2020;59(11):1266.

Målbeskrivelse for børne- og ungdomspsykiatri. 2014 Link: https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser

Målbeskrivelse for de fælleskirurgiske uddannelseselementer inden for de 5 kirurgiske specia-ler (Karkirurgi, Kirurgi, Plastikkirurgi, Thoraxkirurgi og Urologi. 2008:10-01-2023.

Målbeskrivelse for den fælles grunduddannelse i intern medicinske specialer 2013.

Målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse. 2016 Link: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/KBU/Bekendtg%C3%B8relser-og-vejledninger/Maalbeskrivelse-for-KBU-version-2_1-30_06_2017_II.ashx?la=da&hash=8D291153F1E5FBC433AF0BB099DD6B7CB2E35EA6

Målbeskrivelse for psykiatri. 2016 Link: https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser

Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Almen Medicin. . 2013 Link: https://www.sst.dk/da/viden/uddannelse/uddannelse-af-speciallaeger/maalbeskrivelser

Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen. Den generelle del fælles for alle specialer, 3. Udgave. 2018Link: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallæger/Maalbeskrivelser/Specialll_ger-M_lbeskrivelse-Generel-august2014.ashx?la=da&hash=39709C8CFD5DBE35FAA871D071B0E37F-53684DE9.

Medicinrådet 2019: "Anbefalinger om tidligere KRIS-anbefalinger" Link: https://medicinraadet.dk/nyheder/2019/anbefalinger-om-tidligere-kris-anbefalinger

Medicinstuderende- og yngre lægers karrierevalg. 2013Link: https://www.vive.dk/media/pure/9108/2043918 Senest hentet: 6. april-2021.

Middellevetiden er steget. 2021Link: https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=32355 Senest hentet: 11-01-2023-2023.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014: "Status på den lægelige videreuddannelse.", Udarbejdet af den fælles arbejdsgruppe om lægers videreuddannelse. 2014

Moderniseringsstyrelsen 2015: "Cirkulære om protokollat om visse ansættelsesvilkår for vi-denskabeligt personale ved universiteter", Link: https://ida.dk/media/1452/stillingsstruktur-15_0.pdf

NHS 2019: "The Topol Review - Preparing the healthcare workforce to deliver the digital fu-ture", Link: https://topol.hee.nhs.uk/

OECD 2021: "Health at a Glance 2021: OECD indicators", kap. 7., Link: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en

Pedersen K. Møller 2005: "Sygehusstruktur: fortid, nutid og fremtid", Link: https://www.djoef-forlag.dk/ope-naccess/oep/files/2005/1_2005/1_2005_2.pdf

Rambøll 2011: "Evaluering af den kliniske basisuddannelse", Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/~/media/CB3949A1FD514FCE8BF32760BFC7E8CB.ashx

Regerings ekspertpanel 2008: "Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurde- ring I", Link: https://sum.dk/publikationer/2008/november/regionernes-investerings-og-sygehuspla- ner-screening-og-vurdering

Regerings ekspertpanel 2010: "Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurde- ring II", Link: https://sum.dk/publikationer/2010/november/regionernes-investering-og-sygehuspla- ner-screening-og-vurdering-ii

Regeringen 2016: "Patienternes kræftplan - Kræftplan IV", Link: https://www.regeringen.dk/media/2146/sum_patienternes-kraeftplan_web.pdf

Regeringen 2017: "Politisk aftale om bedre lægedækning af den 9. februar 2017" Link: https://www.regeringen.dk/media/2906/aftale-om-laegedaekning.pdf

Regeringen 2017: "Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020)". Link: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Kraeft/Kræftplaner/Kræftplaner-IV/Udmntningsaftale-om-Krftplan-IV-20172020-mellem-SUM-Danske-Regione.ashx?la=da&hash=FE7AE7D9F5C95BA2F5661B5F020826F607EC861E

Regeringen 2017:" Afrapportering – Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæ-sen", Link: https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf

Regeringen 2019: "En læge tæt på dig. En plan for fremtidens almen praksis. Regeringspubli-kation" Link: https://sum.dk/publikationer/2018/juni/en-laege-taet-paa-dig.

Speciallægekommissionen 2000: "Fremtidens speciallæge. Betænkning fra Speciallægekom-missionen: Betænkning nr. 1384". Link: https://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2000/speciallaege.ashx

Specialties, sub-specialties and progression through training the international perspective. 2011 Link: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/specialties-subspecialties-and-progression-through-training---the-international-perspective-45500662.pdf

Statens Institut for Folkesundhed 2019A: "Risikofaktorer for multisygdom", Link: https://www.regioner.dk/media/12496/risikofaktorer-for-multisygdom-sif.pdf

Statens Institut for Folkesundhed 2019B: "Multisygdom i Danmark", Link: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/multisygdom_i_danmark

Status på den lægelige videreuddannelse. Udarbejdet af den fælles arbejdsgruppe om lægers videre- uddannelse. 2014, Link: https://www.videreuddannelsen-nord.dk/siteassets/det-regionale-rad/dags- ordener-og-referater/2014/27.05.2014/dagsorden/bilag-5.4.1-status-pa-den-lagelige-videreuddannel- se-marts-2014.pdf

Sundhed Danmark 2022: "Branchestatistik 2021", Link: https://www.sundheddanmark.nu/talanalyse/sundhed-danmark/

Sundhedsministeriet 1997: "Betænkning om revision af lov om patientforsikring", Link: https://www.xn--betnkninger-c9a.dk/wp-content/uploads/2021/02/1346.pdf

Sundheds- og Ældreministeriet 2016: "De danske akutmodtagelser – status 2016" Link: https://sum.dk/Media/637643682170072749/De%20danske%20akutmodtagelser%20-%20status%202016.pdf

Sundheds- og Ældreministeriet 2017: "Lægedækning i hele Danmark: rapport fra Regeringens Lægedækningsudvalg"

Sundheds- og ældreministeriet 2017B: "Den nationale diabeteshandlingsplan" Link: Den natio-nale diabetes-handlingsplan | Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum.dk)

Sundheds- og Ældreministeriet 2018A: "Lægedækning i hele Danmark. Status på lægedæk-ningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning" Link: https://sum.dk/publikationer/2018/juni/foerste-status-paa-laegedaekning-i-hele-danmark

Sundheds- og Ældreministeriet 2018B: "Status på udmøntning af Kræftplan IV 2018" Link: https://sum.dk/Media/5/A/Status-paa-udmoentning-af-Kraeftplan-IV-2018-maj-2018%20(2).pdf

Sundheds- og Ældreministeriet 2020: "Lægedækning i hele Danmark. 2. Status på lægedæk-ningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning", Link: https://sum.dk/publikationer/2020/marts/anden-status-paa-laegedaekning-i-hele-danmark

Sundheds- og Ældreministeriet 2021:" Status på udmøntning af Kræftplan IV- 2020" Link: https://sum.dk/Media/A/0/Kræftplan%20IV%20-%202020.pdf

Sundhedsministeriet 1989: "Betænkning nr. 1183 - Lægers kliniske videreuddannelse og ar-bejdstilrettelæggelse", Link: https://www.elov.dk/media/betaenkninger/Laegers_kliniske_videreuddannelse_og_arbejdstilrettelaeggelse.pdf

Sundhedsministeriet, 1999 "Speciallægekommissionen - Kommissionens arbejdsgruppe 3.2 vedr. Kompetencemåling af speciallægeuddannelsen"

Sundhedsdatastyrelsen 2021: " Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren"; Link: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sundhedsvaesnet/produktivitet-i-sygehussektoren/produktivitet_sygehussektoren_rapport.pdf

Sundhedsstyrelsen 1977: "Betænkning 815 om videreuddannelsen til speciallæge, af special-lægekommissionen nedsat 1973", Link: https://www.xn--betnkninger-c9a.dk/wp-content/uploads/2021/02/815.pdf

Sundhedsstyrelsen 1978: "Den postgraduate kliniske uddannelseskapacitet og samfundets behov for læger" Link: https://www.elov.dk/media/betaenkninger/Den_postgraduate_kliniske_uddannelseskapacitet_og_samfundets_behov_for_laeger.pdf

Sundhedsstyrelsen 1993: "Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet"

Sundhedsstyrelsen 1996: "Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering. National strategi for medicinsk teknologivurdering".

Sundhedsstyrelsen 2001: "Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering"

Sundhedsstyrelsen 2007: " Styrket akutberedskab - planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2007/Publ2007/PLAN/Akutberedskab/StyrketAkutberedskab,-d-,pdf.ashx

Sundhedsstyrelsen 2007B: "Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering"

Sundhedsstyrelsen 2008: "National strategi for medicinsk teknologivurdering – bedre grundlag for planlægning og prioritering på sundheds-området". Link: https://www.sst.dk/~/media/748C19AFA161498BAE39C7BDAB81CF29.ashx

Sundhedsstyrelsen 2009: " Health literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner", Link: https://www.sst.dk/~/media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx

Sundhedsstyrelsen 2010: "Ansættelse i krigs- og konfliktområder som en del af speciallæge-uddannelsen", Link: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallæger/Vejledninger/Ansaettelse_-i_-kon-flikt_og_krigsomraader.ashx?la=da&hash=9F6828F4EC28E70A38575F2586AAB722BE1E4431

Sundhedsstyrelsen 2011A: "Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser", Link: https://www.sst.dk/~/media/F674C77308FB4B0CA00EB038F17E239B.ashx

Sundhedsstyrelsen 2011B: "Evaluering af den kliniske basisuddannelse. En aftagerundersø-gelse", Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/~/media/CB3949A1FD514FCE8BF32760BFC7E8CB.ashx

Sundhedsstyrelsen 2011C: "1996-uddannelsesordningens ophør med udgangen af 2012" Link: https://stps.dk/da/sundhedsprofessionelle-og-myndigheder/autorisation/soeg-anerkendelse-som-speciallaege-og-specialtandlaege/~/media/D3B32971963B4C86A3D675F781B8D885.ashx

Sundhedsstyrelsen 2012: "Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering" Link: https://www.sst.dk/~/media/3E138AD08ABC47FC9EE2313AFA059FF7.ashx

Sundhedsstyrelsen 2013A: "De syv lægeroller. 2013" Link: https://www.sst.dk/~/media/800F03AA071648DCB18F7D58CA8D66E2.ashx

Sundhedsstyrelsen 2013B: "Det danske syn på lægerollerne" Link: https://www.sst.dk/da/nyheder/2013/det-danske-syn-paa-laegerollerne

Sundhedsstyrelsen 2013C: "Kompetencevurderingsmetoder – en oversigt" Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/kompetencevurderingsmetoder---en-oversigt

Sundhedsstyrelsen 2015: "Specialeplanlægning – begreber, principper og krav." Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/specialeplanlaegning--begreber-principper-og-krav

Sundhedstyrelsen 2015B: "Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme" Link: Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme - Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen 2016A: "Bilag 1. Hvad er en national klinisk retningslinje (NKR)?" Link: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Sundhedsv%C3%A6sen/NKR/Hvad-er-en-national-klinisk-retningslinje-_NKR_.ashx

Sundhedsstyrelsen 2016B: "Inspektorordningen. Håndbog" Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Inspektordningen_Hbog2016fin.ashx?la=da&hash=82BEB4F7170DB9460905E3E1A62B2A9BF0C76405

Sundhedsstyrelsen 2016C: "Revision af målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse. Af-rapportering fra arbejdsgruppen til det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse"

Sundhedsstyrelsen 2016D: "Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Sygdomsbyrden-i-Danmark_2016.ashx?la=da&hash=6C5DF5B672D84689EFC4EB7BAB1C-94C687FE7C61

Sundhedsstyrelsen 2016E: "Sygdomsbyrden i Danmark – ulykker, selvskade og selvmord", Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/media/4C861545667644FB93B1A05ABC7B0464.ashx

Sundhedsstyrelsen 2017A: "Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil" Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017.

Sundhedsstyrelsen 2017B: "Kræftplan IV", Link: https://www.sst.dk/da/viden/kraeft/kraeftplaner/kraeft-plan-iv

Sundhedsstyrelsen 2017C: "Styrket indsats for mennesker med diabetes. Fagligt oplæg til en national hand-lingsplan 2017-2020", Link: https://www.sundhedsstyrelsen.dk/da/Udgivelser/2017/Styrket-indsats-for-men-nesker-med-diabetes-Fagligt-oplaeg-til-en-national-handlingsplan-2017-2020

Sundhedsstyrelsen 2017D: "Systematisk og struktureret kompetenceudvikling i kræftkirurgien. Forslag til en generisk model for en ekspertuddannelse af speciallæger"

Sundhedsstyrelsen 2017E: "Vurdering af et speciale i akutmedicin i Danmark", Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/vurdering-af-et-speciale-i-akutmedicin-i-danmark

Sundhedsstyrelsen 2018: "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjerte-sygdom" Sund-hedsstyrelsen 2019A: "Den kliniske basisuddannelse. Det lægelige videreuddannelses-system i sam- menlig-nelige lande"

Sundhedsstyrelsen 2019B: "Lægeprognosen 2018-2040. Udbuddet af læger og speciallæger" Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/L%C3%A6geprognose-2018-2040.ashx?la=da&hash=B64A451ED-51D2CFDD09976F3CD49DB045BCA0451

Sundhedsstyrelsen 2019C: "Multisygdom i Danmark", Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/multisyg-dom-i-danmark

Sundhedsstyrelsen 2019D: "Simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Simulationsbaseret-traening-rapport-endelig-udga- ve---041119.ashx?la=da&hash=69AB12058F0E6C4735DD489768B3BF23CC15C560

Sundhedsstyrelsen 2020A: "Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - Planlægnings-grundlag for de kommende 10 år." Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/anbefalinger-for-organise-ring-af-den-akutte-sundhedsindsats

Sundhedsstyrelsen 2020B: "Dimensioneringsplan 2021" Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Dimensioneringsplan/Dimensioneringsplan-for-speciallaeger-2021.ashx?la=da&hash=847EFC1C15633ED-35B0A38D78CC9562BD930847A

Sundhedsstyrelsen 2020C: "Kommissorium for Task Force for dimensionering af speciallæger af 07/02/2020"

Sundhedsstyrelsen 2020D: "Social ulighed i sundhed og sygdom", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgi-velser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx

Sundhedsstyrelsen 2020E: "Speciallægeuddannelsen. Dimensioneringsplan 2021", Link:-https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Dimensioneringsplan/Dimensioneringsplan-for-speciallaeger-2021.ashx?la=da&hash=847EFC1C15633ED35B0A38D78CC9562BD930847A.

Sundhedsstyrelsen 2022A: "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet_TILG.ashx

Sundhedsstyrelsen 2022B: "De specialespecifikke kurser - Håndbog for hoved- og delkursus-ledere"

Sundhedsstyrelsen 2022C: "Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofl 2021", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx

Sundhedsstyrelsen 2022D: " Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen - En vej til mere lighed", Link: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedskompetence/SST-Rapport_-Sundhedskompetence_TILG.ashx

Sundhedsstyrelsen 2022E: "Fagligt oplæg til en 10-årsplan Bedre mental sundhed og en styr-ket indsats til mennesker med psykiske lidelser", Link: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/fagligt-oplaeg-til-en-10-aarsplan

Sundhedsstyrelsen 2022F: " Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger", Link: https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Laegeprognose-2021-2045

Søgaard Advice 2014: "Hvor høje er sundhedsudgifterne i Danmark?"

VIVE 2013: "Ledelse af akutte patientforløb - Et projekt under Videncenter for Velfærdsledelse. 2013", Link: https://www.vive.dk/da/udgivelser/ledelse-af-akutte-patientforloeb-9788/

VIVE 2018: " Sammenhæng i patientforløb - Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvor-dan kan de bruges i praksis?", Link: https://www.vive.dk/media/pure/10770/2302286

VIVE 2019: "Modeller for tildeling af klinisk basisuddannelsesforløb. Analyse af fordele og ulemper" Link: https://www.vive.dk/media/pure/14059/2611305

VIVE 2020: "Fremtidens sundhedsudgifter - En analyse af sund aldring, 'steeping' og teorien om alder som 'red herring', Link: https://www.vive.dk/media/pure/14910/4099824

Weggemans, M. mfl. 2017:"The postgraduate medical education pathway: an international comparison" i GMS Journal for Medical Education, vol. 34 (5)

Wijnen-Meijer M, Burdick W, Alofs L, Burgers C, ten Cate O. 2013: "Stages and transitions in medical education around the world: clarifying structures and terminology." Med Teach. 2013 Apr;35(4):301-7

WFME 2015:"Continuing Professional Development of Medical Doctors WFME Global Stand-ards 2015.", Link: https://formacionenradiologia.files.wordpress.com/2018/09/wfme-2015-continuing-professional-development.pdf

WHO 2020" WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019", Link: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf

Gældende regelgrundlag for den lægelige videreuddannelse

Tema	Regelgrundlag
Autorisation	Autorisationsloven (LBK nr 731 af 2019)
	Bekendtgørelse om autorisation af læger, der er statsborgere i og/eller uddannet i lande udenfor EU/EØS (BEK nr 1372 af 2010) med ændringsbekendtgørelse nr 61 af 2016.
	Bekendtgørelse om autorisation af visse sundhedspersoner, der er statsborgere i og/eller uddannet i lande uden for EU/EØS (BEK nr 478 af 2013)
Nationale og regionale råd for lægers videre-uddannelse	Bekendtgørelse om opgaver og forretningsorden for det nationale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr 1006 af 2018)
	Bekendtgørelse om de regionale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr 1706 af 2006)
	Bekendtgørelse om sammensætning af det nationale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr 1005 af 2018)
KBU og selvstændigt virke	Bekendtgørelse om tilladelse til selvstændigt virke som læge (BEK nr 1247 af 2007)
	Bekendtgørelsen om lægers kliniske basisuddannelse (BEK nr 1256 af 2007)
	Vejledning om generelle kurser i den kliniske basisuddannelse (VEJ nr 9689 af 2017)
Speciallæge-uddannelsen	Bekendtgørelse om speciallæger (BEK nr 458 af 2019)
	Bekendtgørelse om uddannelse til speciallæger (BEK nr 96 af 2018)
	Vejledning om udarbejdelse og revision af målbeskrivelser i speciallægeuddannelsen (VEJ nr 9005 af 2012)
	Vejledning om uddannelsesprogrammer i den lægelige videreuddannelse, der følger af Bekendtgørelse om uddannelse til speciallæger (VEJ nr 9587 af 2008)
	Vejledning om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9586 af 2008)
	Vejledning om de specialespecifikke kurser i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9320 af 2012)
	Vejledning om generelle kurser i den speciallægeuddannelsen (VEJ nr 9153 af 2011)
	Vejledning om den obligatoriske forskningstræning i speciallægeuddannelsen (VEJ nr 9164 af 2014)
	Vejledning om deltidsansættelser i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9160 af 2014)
	Vejledning om erstatningsansættelser i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9287 af 2008)
	Vejledning om karrierevejledning i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 9588 af 2008)
	Vejledning om evaluering af uddannelsesstedet i den lægelige videreuddannelse (VEJ nr 10527 af 01/09/2015)
	Vejledning om overgangsordning for speciallæger i andet speciale og læger med erfaring i akutmedicin opnået inden etableringen af specialet akutmedicin (VEJ nr 9877 2018)
Anerkendelsesdirektivet og meritvurdering	Vejledningen om meritvurdering (VEJ nr 9481 af 2017)
	EU-direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005

Sundhed for alle ♥ + ●