

Indhold

| | | |
|------------------|--|----|
| Kapitel 1 | Indledning og baggrund for Speciallægekommissionens arbejde. | 9 |
| 1.1 | Baggrund for Speciallægekommissionens nedsættelse. | 9 |
| 1.2 | Speciallægekommissionens kommissorium. | 10 |
| 1.3 | Kommissionens sammensætning. | 11 |
| 1.4 | Speciallægekommissionens arbejde. | 12 |
| Kapitel 2 | Sammenfatning af kommissionens anbefalinger | 17 |
| Kapitel 3 | Udviklingen i Danmark i årene 1973-1999. | 34 |
| 3.1 | Speciallægekommissionen af 1973 | 34 |
| 3.2 | Udviklingen i specialestrukturen | 36 |
| 3.3 | Ændringer i speciallægeuddannelsen | 38 |
| 3.3.1 | Turnusuddannelsen | 38 |
| 3.3.2 | Videreuddannelsesreformen 1990. | 38 |
| 3.3.3 | Faststillingsreformen. | 41 |
| 3.3.4 | Forskeruddannelsesreformen. | 43 |
| Kapitel 4 | Specialestruktur og speciallægeuddannelse i andre lande. | 45 |
| 4.1 | Internationale arbejdsmarkedsregler. | 46 |
| 4.2 | EU's rådgivende udvalg for lægeuddannelse | 48 |
| 4.3 | Specialiseringen i andre lande | 52 |
| 4.4 | Vurdering af specialeudviklingen | 54 |
| 4.5 | Speciallægeuddannelsen i andre lande | 55 |
| 4.6 | Speciallægeuddannelsens organisation i andre lande | 58 |
| Kapitel 5 | Forudsætninger for Speciallægekommissionens overvejelser og forslag | 60 |
| 5.1 | Den sundhedsfaglige udvikling | 61 |
| 5.2 | Igangværende og kommende strukturændringer inden for sundhedsvæsenet | 62 |
| Kapitel 6 | Den fremtidige speciallægeuddannelses mål og opbygning. | 68 |
| 6.1 | Indledning. | 68 |
| 6.2 | Den nuværende speciallægeuddannelse | 68 |
| 6.2.1 | Opbygning | 68 |
| 6.2.2 | Problemer | 70 |

| | | |
|------------------|---|-----------|
| 6.3 | Kommissionens overvejelser vedr. den fremtidige speciallægeuddannelse | 71 |
| 6.4 | Speciallægeuddannelsens mål: Speciallægekompetencen . . . | 73 |
| 6.5 | Uddannelsesstillinger | 75 |
| 6.6 | Den fremtidige speciallægeuddannelses opbygning | 77 |
| 6.6.1 | Turnusuddannelsen | 78 |
| 6.6.2 | Introduktionsuddannelsen. | 79 |
| 6.6.3 | Hoveduddannelsen | 80 |
| 6.7 | Den individuelle kompetenceudvikling | 83 |
| 6.7.1 | Gældende regler om overlægebedømmelse | 84 |
| 6.7.2 | Kommissionens overvejelser vedr. § 14-profileringen | 85 |
| 6.7.3 | Kommissionens anbefalinger vedr. § 14-bedømmelsen | 86 |
| Kapitel 7 | Den fremtidige specialestruktur og -uddannelse | 88 |
| 7.1 | Indledning. | 88 |
| 7.2 | Den nuværende specialestruktur | 88 |
| 7.3 | Krav til den fremtidige specialestruktur | 91 |
| 7.4 | Kommissionens overvejelser vedr. den fremtidige specialestruktur | 91 |
| 7.4.1 | Kriterier for anerkendelse af et speciale | 91 |
| 7.4.1.1 | Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang | 92 |
| 7.4.1.2 | Det lægevidenskabelige områdes specificitet. | 92 |
| 7.4.1.3 | Specialestrukturen i sammenlignelige lande | 92 |
| 7.4.2 | Grenspecialer versus fagområder. | 94 |
| 7.5 | Specialestrukturmodeller | 98 |
| 7.5.1 | Den eksisterende model (grund- og grenspecialer) | 98 |
| 7.5.2 | Enhedsmodellen. | 99 |
| 7.5.3 | Funktionsmodellen | 99 |
| 7.6 | Den fremtidige specialestruktur. | 99 |
| 7.6.1 | Det intern medicinske område | 99 |
| 7.6.1.1 | Internationale konsekvenser. | 104 |
| 7.6.1.2 | Forslag til struktur for intern medicin | 104 |
| 7.6.1.3 | Forslag til uddannelse inden for intern medicin | 106 |
| 7.6.2 | Det kirurgiske område. | 107 |
| 7.6.2.1 | Forslag til struktur for kirurgi. | 108 |
| 7.6.2.2 | Forslag til uddannelse inden for det kirurgiske område. | 109 |
| 7.6.3 | Det neurologiske område | 109 |
| 7.6.4 | Laboratorieområdet | 110 |
| 7.6.5 | De billeddiagnostiske specialer | 112 |
| 7.6.6 | De øvrige specialer | 113 |

| | | |
|-------------------|---|------------|
| 7.7 | Det videre forløb | 114 |
| Kapitel 8 | Uddannelsen til speciallæge i almen medicin. | 115 |
| 8.1 | Den nuværende uddannelse | 115 |
| 8.2 | Afgrænsning af specialet. | 116 |
| 8.3 | Den praktiserende læges opgaver. | 116 |
| 8.4 | Krav til den fremtidige uddannelse | 118 |
| 8.5 | Kommissionens forslag til den fremtidige speciallæge- uddannelse i almen medicin | 119 |
| 8.5.1 | Den kliniske uddannelse | 119 |
| 8.5.2 | De teoretiske kurser. | 121 |
| Kapitel 9 | Organisation og styring. | 123 |
| 9.1 | Indledning. | 123 |
| 9.2 | Nuværende forhold | 123 |
| 9.2.1 | Sundhedsstyrelsen | 124 |
| 9.2.2 | Specialistnævnet | 124 |
| 9.2.3 | Kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse | 125 |
| 9.2.4 | Amterne og H:S | 126 |
| 9.3 | Kommissionens overvejelser og forslag | 127 |
| 9.3.1 | Det centrale niveau | 128 |
| 9.3.2 | Det regionale niveau | 130 |
| 9.3.2.1 | De regionale videreuddannelsesråd. | 130 |
| 9.3.2.2 | Den klinisk-pædagogisk-udviklende funktion. | 132 |
| 9.3.2.3 | Postgraduate kliniske lektorer og professorer. | 133 |
| 9.3.2.4 | Sammenfattende om den regionale organisation | 135 |
| 9.3.3 | Det amtslige niveau (incl. H:S) | 135 |
| 9.3.4 | Sygehus- og afdelingsniveau | 137 |
| 9.3.5 | Almen praksisniveau. | 138 |
| Kapitel 10 | Speciallægeuddannelsens gennemførelse i den kliniske enhed. | 140 |
| 10.1 | Indledning. | 140 |
| 10.2 | Målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer. | 141 |
| 10.2.1. | Målbeskrivelser | 141 |
| 10.2.2. | Uddannelsesprogrammer | 142 |
| 10.3 | Den kliniske uddannelse på afdelingsniveau | 144 |
| 10.3.1 | Produktivitet og uddannelse | 145 |

| | | |
|-------------------|--|------------|
| 10.3.2 | Uddannelsen i fokus | 145 |
| 10.3.3 | Kontinuitet, arbejdstid og overenskomster | 147 |
| 10.3.4 | Arbejdstilrettelæggelse og arbejdsdeling | 149 |
| 10.3.5 | Konferencer | 151 |
| 10.3.6 | Undervisning | 151 |
| 10.3.7. | Uddannelse i ledelse og administration, kommunikation, samarbejde og pædagogik på afdelingsplan | 151 |
| 10.3.8 | Kursusaktivitet. | 152 |
| 10.3.9 | Færdighedslaboratorier. | 153 |
| 10.3.10 | Instruktionsbøger og referenceprogrammer | 154 |
| 10.3.11 | Vejledere og praksistutorer | 154 |
| 10.3.12 | Uddannelsesansvarlig overlæge og praksiskoordinator | 156 |
| 10.4 | Pædagogiske, holdningsmæssige og kulturelle forhold | 157 |
| 10.4.1 | Pædagogiske forhold. | 157 |
| 10.4.2 | Holdningsmæssige og kulturelle forhold | 159 |
| Kapitel 11 | Den teoretiske uddannelse og forskningstræning. | 161 |
| 11.1 | Den teoretiske uddannelse | 161 |
| 11.1.1 | Indledning. | 161 |
| 11.1.2 | Nuværende forhold | 162 |
| 11.1.3 | Kommissionens overvejelser og forslag vedr. den fremtidige teoretiske uddannelse | 165 |
| 11.2 | Forskningstræning. | 170 |
| 11.2.1 | Indledning. | 170 |
| 11.2.2 | Målsætning. | 171 |
| 11.2.3 | Rammer og indhold | 172 |
| Kapitel 12 | Evaluering og kompetencemåling i speciallæge- uddannelsen | 174 |
| 12.1 | Indledning. | 174 |
| 12.2 | Evaluering af den uddannelsessøgende. | 174 |
| 12.2.1 | Evaluering i Danmark | 174 |
| 12.2.2 | Evaluering i Vesteuropa og Nordamerika | 176 |
| 12.2.3 | Grundlaget for den fremtidige kompetencemåling | 177 |
| 12.2.4 | Den fremtidige kompetencemåling | 183 |
| 12.3 | Evaluering af den uddannelsesgivende afdeling | 185 |
| 12.3.1 | Evaluering i dag | 185 |
| 12.3.2 | Inspektorordning | 185 |

| | | |
|-------------------|--|-----|
| 12.3.3 | Den fremtidige evaluering af de uddannelsesgivende enheder | 187 |
| Kapitel 13 | Speciallægers efteruddannelse og professionelle udvikling . . | 190 |
| 13.1 | Indledning | 190 |
| 13.2 | Den lægelige efteruddannelse i andre lande | 191 |
| 13.3 | Den lægelige efteruddannelse i Danmark | 194 |
| 13.4 | Kommissionens overvejelser og forslag | 197 |
| Kapitel 14 | Lovgivningsmæssige, administrative og økonomiske konsekvenser | 200 |
| 14.1 | Lovændringer og administrative konsekvenser | 200 |
| 14.1.1 | Etablering af nationalt råd for lægers videreuddannelse | 200 |
| 14.1.2 | Etablering af regionale videreuddannelsesråd | 200 |
| 14.1.3 | Etablering af råd for lægelig videreuddannelse i amterne/H:S | 201 |
| 14.1.4 | Bekendtgørelser vedr. den lægelige videreuddannelse | 201 |
| 14.1.5 | Vejledninger og retningslinier vedr. den lægelige videreuddannelse | 202 |
| 14.2 | Økonomiske konsekvenser. | 203 |
| 14.2.1 | Generelle betragtninger. | 203 |
| 14.2.2 | Tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse. | 204 |
| 14.2.3 | Etablering af det nationale videreuddannelsesråd | 207 |
| 14.2.4 | Etablering af regionale uddannelsesråd. | 207 |
| 14.2.5 | Målbeskrivelser | 209 |
| 14.2.6 | Kompetencemåling | 209 |
| 14.2.7 | Inspektorordningen | 210 |
| 14.2.8 | Færdighedslaboratorier. | 210 |
| 14.2.9 | Forskningstræning. | 211 |
| 14.2.10 | Kurser i den lægelige videreuddannelse | 211 |
| 14.2.11 | Kurser i bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger | 212 |
| 14.2.12 | Kurser for vejledere og praksistutorer. | 212 |
| 14.2.13 | Uddannelsen i speciallægepraksis | 213 |
| 14.2.14 | Uddannelsen i almen medicin | 213 |
| 14.3 | Iværksættelse af kommissionens anbefalinger | 214 |
| Kapitel 15 | Mindretalsudtalelser | 216 |
| 15.1 | Sundhedsfaglig direktør Lone de Neergaard | 216 |
| 15.2 | Centerchef, dr.med. Karine Bech. | 218 |

| | | |
|---|---|-----|
| 15.3 | Overlæge, dr.med. Tove Nilsson | 219 |
| 15.4 | Professor, overlæge, dr.med. Jørn Nerup | 219 |
| Kilder | | 227 |
| Oversigt over modtagne henvendelser fra lægevidenskabelige selskaber, organisationer m.fl..... | | 231 |
| Rapport fra arbejdsgruppen vedr. målbeskrivelser for den lægelige videreuddannelse | | 237 |

1 Indledning og baggrund for Speciallægekommissionens arbejde

1.1 Baggrund for Speciallægekommissionens nedsættelse

Der er gennem de senere år fra flere sider udtrykt bekymring over kvaliteten i speciallægeuddannelsen, der er den videreuddannelse, som læger gennemfører efter universitetsuddannelsen.

Således gjorde Sygehuskommissionen i 1997 opmærksom på, at problemerne på uddannelsesområdet primært knytter sig til den lægelige videreuddannelse, hvor især de uddannelsessøgende lægers tilstedeværelse i dagtiden er på et niveau, som har rejst tvivl om mulighederne for at sikre en kvalitetsmæssigt forsvarlig uddannelsesvirksomhed.

Samtidig kan igangværende og kommende strukturændringer i sygehusvæsenet forudsætte tilpasninger eller ændringer i det bestående system af grund- og grenspecialer for at opnå den ønskede funktionalitet.

Sundhedsstyrelsen har således i et debatoplæg fra marts 1998 om befolkningsunderslagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning perspektiveret behovet for funktionelt samarbejde i sundhedsvæsenet, herunder især sygehusvæsenet. I debatoplægget præsenterer styrelsen begrebet "den funktionsbærende enhed", som varetager af basisbehandlingen i optageområdet, og rejser spørgsmålet, om den nuværende specialestruktur stadig er hensigtsmæssig i et sygehusvæsen med øget funktionel samordning.

Også i relation til den sundhedsfaglige udvikling, herunder fremkomsten af nye undersøgelses- og behandlingsmetoder, kan der være behov for en mere fleksibel tilpasning af specialestrukturen og af uddannelsesniveaue (specialiseringsgraden).

Samlet er der således behov for at tage den nuværende specialeopdeling op til overvejelse, herunder at vurdere om den vidtgående grenspecialisering skaber for stive rammer for arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene, for afdelingsstrukturen og den funktionelle samordning samt for tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse.

På den baggrund nedsatte sundhedsministeren i juli måned 1998 Speciallægekommisionen med følgende kommissorium og sammensætning.

1.2 Speciallægekommisionens kommissorium:

“Kommissionen skal for det første undersøge, på hvilke områder der uden for og på sygehusene er behov for anerkendte lægelige specialer sammenholdt med en vurdering af andre lægelige arbejdsområder (såkaldte ekspertområder). Derved skal tilvejebringes et grundlag for en optimal specialestruktur til betjening af sundhedsvæsenet, herunder samspillet mellem sygehussektor og primærsektor.

Kommissionen skal i sine overvejelser tage udgangspunkt i den sundhedsfaglige udvikling og i de igangværende og forventede strukturændringer i sundhedsvæsenet, herunder særligt behovet for øget funktionel samordning. Samtidig skal kommissionen søge at skabe grundlag for, at der i videst muligt omfang kan anlægges helhedsbetragtninger i patientforløbet.

For det andet skal kommissionen stille forslag om, hvilke lægelige specialer der bør anerkendes, samt stille forslag om uddannelseskraav i disse specialer inden for rammerne af lov om udøvelse af lægegerning. Kommissionen skal i den forbindelse vurdere, hvilke specialer der fremover bør autoriseres af sundhedsmyndighederne, og hvilke specialer der bør være interesseområder/ekspertområder.

Ud over gældende EU-direktiver og nordiske konventioner om uddannelse og anerkendelse af speciallæger skal kommissionen i fornødent omfang være opmærksom på anbefalinger fra EU's rådgivende komité om lægers uddannelse (Advisory Committee on Medical Training) fra 1996.

Kommissionens opgave er at vurdere tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse. Kommissionen kan dog i fornødent omfang afgive forslag om tilrettelæggelsen af grunduddannelsen med henblik på gennemførelse af kommissionens forslag.

Kommissionen skal for det tredje stille forslag om ændringer af uddannelsessystemet, der sikrer effektivitet og kvalitet i videreuddannelsen til speciallæge. I den forbindelse skal kommissionen vurdere speciallægeuddannelsens normerede og faktiske varighed ud fra en betragtning om at sikre både effektivitet og kvalitet i uddannelsesforløbet.

I tilknytning hertil skal kommissionen vurdere, hvorledes en øget funktionel samordning i sygehusvæsenet kan give plads for udviklingen af forbedrede uddannelsesmiljøer, herunder for både sygehus- og primærsektor, samt mulighed for decentral forankring af den lægelige videreuddannelse i samarbejde med universitetshospitalerne.

Særligt skal kommissionen overveje og stille forslag til sikring af en optimal uddannelse i den enkelte kliniske afdeling, herunder nærmere vurdere spørgsmål vedrørende arbejdstilrettelæggelsen, uddannelsens organisering samt holdningsmæssige og kulturelle forhold i de afdelinger, der varetager uddannelsen.

Kommissionen skal videre vurdere, hvorledes kompetencemålingen af den kommende speciallæge mest optimalt foretages i uddannelsens enkelte faser.

Endelig skal kommissionen vurdere, i hvilken udstrækning en øget decentralisering af administrationen af speciallægeuddannelsen vil være hensigtsmæssig, dels af hensyn til den praktiske håndtering af de individuelle uddannelsesforløb, dels af hensyn til en smidiggørelse af den løbende tilpasning af uddannelseskapaaciteten til de aktuelle og kommende behov.

I det omfang kommissionens forslag ikke kan forventes at kunne realiseres inden for de nuværende økonomiske rammer, skal kommissionen nøje redegøre for de med forslagene forbundne udgifter og deres fordeling.

Kommissionen skal videre overveje, hvorvidt dens forslag kræver lovændring.

Det forventes, at kommissionen afslutter sit arbejde ved årsskiftet 1999 – 2000.”

1.3 Kommissionens sammensætning:

Speciallægekommisionen har haft følgende sammensætning:

Kontorchef, overlæge, dr.med. Karsten Bech, Sundhedsstyrelsen (fra 1.12.1999)

Centerchef, dr. med. Karine Bech, Specialistnævnet

Professor, dr. med. Henning Beck-Nielsen, udpeget af sundhedsministeren

Direktør Henning Bruun-Schmidt, Amtsrådsforeningen (fra 6.1.2000)

Sundhedsfaglig direktør Lone de Neergaard, Hovedstadens Sygehusfællesskab

Cheflæge Poul Jørgen Diederich (formand)

Kontorchef, overlæge Hans Peder Graversen, Sundhedsstyrelsen (til 30.11. 1999)

Dekan, overlæge, professor, dr. med. Mogens Hørder, Forskningsministeriet

Reservelæge Erik Jylling, Den Almindelige Danske Lægeforening
Direktør Kjeld Kjeldsen, Amtsrådsforeningen (til 6.1.2000)
Alment praktiserende læge Jørgen Lassen, Den Almindelige Danske
Lægeforening
Direktør Niels Mortensen, Amtsrådsforeningen
Professor, overlæge, dr. med. Jørn Nerup, Dansk Medicinsk Selskab
Afdelingschef Vagn Nielsen, Sundhedsministeriet
Overlæge, dr. med. Tove Nilsson, udpeget af sundhedsministeren
Kontorchef Peder Ring, Amtsrådsforeningen i Danmark
Afdelingslæge Runa Sturlason, Den Almindelige Danske Lægeforening
Sygehusdirektør Hans Christian Thyregod, udpeget af sundhedsministeren
Klinikchef Steen Tinning, Den Almindelige Danske Lægeforening
Lægefaglig direktør Helle Ulrichsen, Undervisningsministeriet

Den faglige og administrative sekretariatsfunktion er varetaget af
Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. I sekretariatet har indgået:
Kontorchef John Erik Pedersen, Sundhedsministeriet
Fuldmægtig Susanne Boch Waldorff, Sundhedsministeriet (til 30.11.98)
Specialkonsulent Søren H. Thomsen, Sundhedsministeriet (til 1.3.99)
Fuldmægtig Thomas I. Jensen, Sundhedsministeriet (fra 1.11.98)
Fuldmægtig Flemming Vesterø Jensen, Sundhedsministeriet (fra 1.4.99)
Overlæge, dr. med. Karsten Bech, Sundhedsstyrelsen (til 30.11.99)
Afdelingslæge Joan Ravnsbæk, Sundhedsstyrelsen (til 1.5.99)
Afdelingslæge Henning Beck, Sundhedsstyrelsen (fra 1.4.99)

1.4 Speciallægekommissionens arbejde.

Kommissionen holdt sit første møde den 30. september 1998. Der har været
afholdt i alt 23 møder med afsluttende møde den 25. april 2000.

Ved kommissionens 2. møde den 29. oktober 1998 blev det besluttet at nedsætte
3 arbejdsgrupper:

Arbejdsgruppe om den kliniske videreuddannelses praktiske gennemførelse
med overlæge, dr. med. Tove Nilsson som formand

Medlemmer:

Direktør Niels Mortensen
Lægelig direktør, dr. med. Ole Faber
Overlæge, dr. med. Ulrik Tage-Jensen

Klinikchef Steen Tinning
Alment praktiserende læge Ivar Østergaard
Klinisk assistent Mette Siemsen
Overlæge, dr. med. Ib Abildgaard Jacobsen
Overlæge, dr. med. Ole Hart Hansen
Overlæge, lic. med. Poul Erik Andersen
Kontorchef, overlæge Hans Peder Graversen
Sekretariat:
Kontorchef, overlæge, dr. med. Karsten Bech og fuldmægtig Thomas I. Jensen

Arbejdsgruppe om kompetencemåling af speciallægeuddannelsen
med centerchef, dr.med. Karine Bech som formand

Medlemmer:
Lægelig direktør Helle Ulrichsen
Afdelingschef Jens Krogh
Sygehusdirektør Steen Friberg
Afdelingslæge Runa Sturlason
Reservelæge Jens Winther Jensen
Overlæge Mogens Hüttel
1. reservelæge, dr. med. Henrik Sengeløv
Professor, overlæge, dr. med. Hans Wolf
Instituttleder Charlotte Ringsted
Alment praktiserende læge Jørgen Lassen.
Sekretariat:
Kontorchef, overlæge, dr.med. Karsten Bech og fuldmægtig Thomas I. Jensen

Arbejdsgruppe om decentralisering af speciallægeuddannelsen
med sygehusdirektør Hans Christian Thyregod som formand.

Medlemmer:
Sundhedsfaglig direktør Lone de Neergaard
Direktør Kjeld Kjeldsen
Overlæge Bent Brøchner Misfelt
Reservelæge Erik Jylling
Kvalitetschef Preben Cramon
Overlæge, dr. med. Erik Kristensen
Alm. praktiserende læge Roar Maagaard
Dekan, overlæge, professor, dr.med. Mogens Hørder
Overlæge, dr. med. Niels Ebbe Hansen

Overlæge, professor, dr. med. Torben Veith Schroeder
Kontorchef, overlæge Hans Peder Graversen

Sekretariat:

Afdelingslæge Joan Ravnsbæk (til 1.5.99), specialkonsulent Søren H. Thomsen (til 1.3.99), fuldmægtig Thomas I. Jensen og kontorchef, overlæge, dr. med. Karsten Bech.

Kommissionen afholdt den 23.-24. november 1998 et internatmøde med en række oplæg om den funktionsbærende enhed samt om specialeudviklingen i Europa og Nordamerika.

Ved kommissionens 5. møde den 16. marts 1999 blev det besluttet at nedsætte følgende 3 arbejdsgrupper:

Arbejdsgruppe vedr. turnusuddannelsen
med afdelingslæge Runa Sturlason som formand

Medlemmer:

Overlæge Jan Fallingborg
Administrerende overlæge Ole Skat Nielsen
Reservelæge Jens Winther Jensen
Alment praktiserende læge Roar Maagaard
Cheflæge, dr. med. Teis Andersen
Kontorchef, overlæge, dr. med. Karsten Bech
Overlæge Jørgen Lindhardt
Afdelingschef Jens Krogh
Overlæge H.D.(o) Karen Marie Lyng.
Observatør fra Foreningen af Danske Lægestuderende: Stud. med. Anne-Lise Vedersø.

Sekretariat:

Assisterende læge, ph.d. Birgitte Gade Koefoed og fuldmægtig Flemming Vesterø Jensen.

Arbejdsgruppe vedr. revision af den lægelige specialestruktur inden for de tværgående specialer klinisk biokemi, klinisk farmakologi, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk genetik og patologisk anatomi
med dekan, overlæge, professor, dr. med. Mogens Hørder som formand.

Medlemmer:

Overlæge, dr.med. Steen Sørensen

Professor, overlæge, dr.med. Henrik Enghusen Poulsen
Adm. overlæge, lic.et.dr.med Jens K. Møller
Overlæge, dr.med. Henning Sørensen
Adm. overlæge, Gert Bruun Petersen
Overlæge Henrik Starklint
1. reservelæge, dr.med. Allan Kofoed-Enevoldsen
Adm. overlæge, dr.med. Cai Frimodt-Møller
Alment praktiserende læge Karen Hansen
Overlæge Jørgen Georgsen
Sygehusdirektør Per Askholm Madsen
Centerdirektør, dr.med. Mogens Sandbjerg Hansen
Kontorchef, overlæge, dr. med. Karsten Bech
Sekretariat:
Fuldmægtig Flemming Vesterø Jensen, og
assisterende læge, ph.d. Birgitte Gade Kofoed

Arbejdsgruppe vedr. revision af den lægelige specialestruktur inden for de tværgående specialer diagnostisk radiologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin med direktør Kjeld Kjeldsen som formand. Arbejdsgruppen fik ved kommissionens 7. møde den 18. maj 1999 udvidet sit arbejdsområde med grenspecialet klinisk neurofysiologi.

Medlemmer:

Administrerende overlæge, dr.med. Anne Grethe Jurik
Overlæge Charlotte Strandberg
Overlæge Leif Hougaard Sørensen
Overlæge, dr. med. Birger Hesse
Overlæge, dr. med. Anders Fischer
Overlæge, dr.med. Niels Uldbjerg
Centerchef Morten Christy
Professor, adm. overlæge, dr. med. Johannes Jakobsen
Overlæge Andreas Johannsen
Vicedirektør Peter Mandrup
Lægelig direktør, dr. med. Jannik Hilsted
Adm. overlæge, professor, dr. med. Poul Fl. Højlund-Carlsen
Kontorchef, overlæge Hans Peder Graversen
Professor, overlæge, dr. med. Martin Lauritzen,
(indtrådt i arbejdsgruppen den 19. maj 1999)
Sekretariat:
Afdelingslæge Henning Beck, og fuldmægtig Flemming Vesterø Jensen.

Ved kommissionens 8. møde den 25. maj 1999 blev det besluttet at nedsætte en *arbejdsgruppe vedr. forskningstræning i speciallægeuddannelsen* med dekan, overlæge, professor, dr. med. Mogens Hørder som formand.

Medlemmer:

Direktør Kjeld Kjeldsen

Lægelige direktør Helle Ulrichsen

Reservelæge Jens Winther Jensen

Professor, dr. med. Jørn Nerup

Professor, dr. med. Henning Beck-Nielsen.

Sekretariat: Kontorchef, overlæge, dr.med. Karsten Bech og fuldmægtig

Flemming Vesterø Jensen

Ved kommissionens 9. møde den 15. juni 1999 blev det besluttet at nedsætte en *arbejdsgruppe vedr. udarbejdelse af vejledning/manual for udarbejdelse af målbe - skrivelser* med cheflæge Poul Diederich som formand.

Medlemmer:

Centerchef, dr. med. Karine Bech

Kontorchef, overlæge dr. med. Karsten Bech (fra 16.9.99)

Kontorchef, overlæge Hans Peder Graversen (indtil 16.9.99)

Afdelingschef Jens Krogh

Overlæge, dr. med. Tove Nilsson

1. reservelæge, dr. med. Henrik Sengeløv

Klinikchef Steen Tinning

Sekretariat:

Kontorchef, overlæge, dr.med. Karsten Bech (indtil 16.9.99), fuldmægtig Flemming Vesterø Jensen (indtil 16.9.99), fuldmægtig Thomas I. Jensen (fra 16.9.99), afdelingslæge Henning Bech og læge, ph.d. Henning Bundgaard.

Overlæge, dr.med. Hans Karle, der er tidligere formand for Specialistnævnet, har til brug for kommissionen udarbejdet en redegørelse om internationale relationer.

Fire kommissionsmedlemmer har afgivet mindretalsudtalelser, som findes i kapitel 15.

I forbindelse med kommissionens arbejde har kommissionen modtaget en række henvendelser fra de lægevidenskabelige selskaber m.v. (bilag med fortegnelse over modtagne henvendelser)

2 Sammenfatning af kommissionens anbefalinger

Dette kapitel vil trække nogle hovedlinjer op fra de vurderinger og forslag, som Speciallægekommissionen fremlægger i denne betænkning.

Kapitlet indeholder således ikke et udtømmende resumé af alle Speciallægekommissionens anbefalinger. Der henvises i stedet til de fremhævede anbefalinger i de enkelte kapitler.

Speciallægeuddannelsens kvalitet

Speciallægeuddannelsen er den videreuddannelse, som læger gennemfører efter universitetsuddannelsen. Speciallægeuddannelsen er overvejende en praktisk betonet klinisk uddannelse, men rummer også en teoretisk del.

Der er i de senere år blevet fremført kritik af, at den nuværende uddannelse ikke har en tilstrækkelig god kvalitet, og nogle har udtalt frygt for den fremtidige behandlingskvalitet.

Det er vigtigt, at speciallægeuddannelsen i Danmark hele tiden er ajour med den internationale udvikling og den lægevidenskabelige forskning, ligesom det er vigtigt, at den enkelte læge vedligeholder og udvikler sine kompetencer gennem hele sin karriere.

Der er i de senere år taget en række initiativer til forbedringer i speciallægeuddannelsen. Det gælder bl.a. klassificering af de stillinger, der kan anvendes i den lægelige videreuddannelse, indførelse af målbeskrivelser samt vejledning og evaluering af uddannelsen.

Kommissionen fremlægger i denne betænkning en række anbefalinger, der alle har til formål at forbedre kvaliteten i speciallægeuddannelsen.

Kommissionen anbefaler, at den fremtidige speciallægeuddannelse opbygges således:

- At den sikrer, at kommende speciallæger når et kompetenceniveau, der gør det muligt at nå en høj professionel standard, uden at den formelle uddannelses varighed herved forlænges.

- At den sikrer en løbende kompetenceudvikling hos den uddannelsessøgende læge.
- At den bibringer kommende speciallæger de nødvendige forudsætninger (holdninger, viden og færdigheder) for en fortløbende faglig og professionel udvikling.

Speciallægeuddannelsens mål

Målet med speciallægeuddannelsen kan beskrives som den kompetence, som samfundet ønsker, fremtidens speciallæger skal have.

Fremtidens speciallæger skal have en høj professionel standard og en stor medicinsk ekspertviden. Speciallægekompetencen er imidlertid i for høj grad blevet defineret ud fra et krav om snæver medicinsk ekspertviden. Der har været lagt for lidt vægt på elementer som samarbejde, kommunikation, undervisning, ledelse og administration, videnskabsteori og forskningsmetodologi samt holdninger og etik.

Kommissionen anbefaler derfor:

- At speciallægens generelle kompetence anskues som evnen til at mestre en flersidighed af roller og egenskaber, der ud over den medicinske ekspertfunktion omfatter pædagogik, ledelse, kommunikation, samarbejde m.v.

Modellen er nærmere beskrevet i kapitel 6.

Kommissionen anbefaler:

- At en speciallæge skal kunne påtage sig ansvaret for undersøgelse, primær behandling og visitation af alle uselekterede patienter, herunder alle akutte patienter inden for specialet, og at vedkommende selvstændigt skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af hovedparten (90 pct.) af de patienter, der inden for eget speciale henvises til afdelingen/den funktionsbærende enhed.
- At der skal være en klar overensstemmelse mellem den opnåede kompetence og målbeskrivelsernes krav til lægens kunnen ved uddannelsens afslutning.
- At autorisation som speciallæge skal kvalificere til fast ansættelse som speciallæge (f. eks. afdelingslæge).

Speciallægeuddannelsens opbygning

Den fremtidige speciallægeuddannelse skal opbygges således, at den ikke blot opfylder målet om en bredere speciallægekompetence. Opbygningen skal også sikre

den fremtidige faglige udvikling, og den skal være så fleksibel, at den fortløbende kan tilpasses sundhedsvæsenets og den sundhedsfaglige udvikling.

Uddannelsen skal derfor opbygges af en egentlig formaliseret speciallægeuddannelse, der omfatter en række obligatoriske elementer, samt en mindre formaliseret og individuelt tilrettelagt uddannelse.

Kommissionen anbefaler:

- At videreuddannelsen efter turnusuddannelsens afslutning skal opbygges i to dimensioner.

Første dimension omfatter den formaliserede og målbeskrevne uddannelse inden for et *speciale*, d.v.s. introduktions- og hoveduddannelsen. Uddannelsen er specialorienteret og består af obligatoriske elementer så som den specialespecifikke kliniske og teoretisk uddannelse samt uddannelse inden for områderne forsknings- træning, pædagogik, ledelse og administration samt kommunikation og samarbejde. Der vil være ét kompetenceniveau, der fører til speciallægeanerkendelse.

Anden dimension omfatter den mindre formaliserede og individuelle profilering eller faglige interessefølgelse, der som hovedregel finder sted efter erhvervelse af en speciallægeautorisation.

Kommissionen anbefaler:

- At den kliniske videreuddannelse (første dimension) opbygges af 3 elementer: *turnusuddannelse, introduktionsuddannelse og hoveduddannelse.*

Turnusuddannelsen skal aktuelt bevares som en blokansættelse bestående af 12 måneders ansættelse på relevante kliniske afdelinger og 6 måneders ansættelse i almen praksis. Uddannelsen bør placeres umiddelbart efter kandidateksamen, og eventuel ventetid må maksimalt være 6 måneder.

Turnusuddannelsen omfang og indhold bør revurderes, hvis der gennemføres en ændring af den kliniske træning under lægeuddannelsen ved universiteterne. Ligeledes bør uddannelsen revurderes, hvis der sker en oprustning af vagtklinikkerne i den primære sundhedstjeneste, og skadestuebetjeningen dermed ændres.

Introduktionsuddannelsens formål er at gøre det klart for såvel den uddannelsessøgende som afdelingen, om en speciallægeuddannelse inden for det pågældende speciale er den rette karrierevej for den uddannelsessøgende. Kommissionen anbefaler:

faler, at introduktionsuddannelsen bevares som en ansættelse af 12 måneders varighed, som ikke indgår i en blokansættelse.

Kommissionen anbefaler, at *hoveduddannelsen* opbygges som et samlet og integreret uddannelsesforløb, der som hovedregel skal omfatte tjeneste ved såvel en funktionsbærende enhed som en højtspecialiseret enhed, således

- At uddannelsen opbygges som et kontinuerligt uddannelsesforløb af 48-60 måneders varighed i princippet omfattende de uddannelseselementer, der i dag indgår i fase II, Fase III og sideuddannelsen, dog således at varigheden for de intern medicinske og de kirurgiske specialer kan være op til 72 måneder.
- At hoveduddannelsen i videst mulig omfang henlægges til og forankres ved en stamafdeling/enhed ved en funktionsbærende enhed.
- At der for hvert speciale udarbejdes en samlet målbeskrivelse for uddannelsen, og at målbeskrivelserne godkendes af de centrale sundhedsmyndigheder.
- At stamafdelingen/enheden har ansvaret for udarbejdelsen af et uddannelsesprogram for hele hoveduddannelsen og for fastlæggelsen af en uddannelsesplan for den enkelte uddannelsessøgende læge.
- At stamafdelingen/enheden udpeger en vejleder for den uddannelsessøgende, og at vejlederen får til opgave at fungere som mentor for den uddannelsessøgende under hele uddannelsesforløbet.
- At speciallægepraksis inddrages i speciallægeuddannelsen

Videreuddannelsens *anden dimension* omfatter den kompetenceudvikling, der hovedsagelig finder sted efter speciallægeuddannelsens afslutning.

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

Den individuelle kompetenceudvikling vil ofte være inspireret af de videnskabelige selskabers aktiviteter inden for det pågældende fagområde, ligesom den vil være påvirket af sundhedsvæsenets efterspørgsel efter lægelige ydelser og af den enkelte læges interesser.

Principielt påbegyndes den individuelle profilering ved videreuddannelsens start, fortsætter med stigende tyngde gennem hoveduddannelsen og varer til den erhvervsaktive karrieres afslutning.

Kompetenceudviklingen og efteruddannelsen forudsættes således at være livslang.

I henhold til lægelovens § 14 skal der, inden en stilling som overlæge på et sygehus eller anden behandlingsinstitution besættes, foretages en lægefaglig bedømmelse af ansøgeren i et fagligt bedømmelsesudvalg, nedsat af ansættelsesmyndigheden.

Med henblik på at få vurderet speciallægers samlede kompetence (incl. den anden dimension) anbefaler kommissionen, at ansættelse i en tidsubegrænset stilling inden for sundhedsvæsenet kun sker efter forudgående lægefaglig bedømmelse.

Kommissionen anbefaler endvidere, at der fortsat sker en lægefaglig bedømmelse i henhold til lægelovens § 14 forud for ansættelse som overlæge. Kommissionen fremlægger i kapitel 6 en række forslag til ændringer i den gældende vejledning om bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger.

Specialestrukturen

Danmark har i dag anerkendt 25 grundspecialer og 17 grenspecialer, dvs. i alt 42 specialer. Her ud over findes en række uformelle subspecialer og interesse- og ekspertområder.

Det er Speciallægekommisionens opfattelse, at der i dag ikke findes større lægefaglige områder, som falder uden for den eksisterende grundspecialestruktur med 25 grundspecialer. Den hastige sundhedsfaglige udvikling indebærer dog, at man til stadighed må være opmærksom på behovet for fremtidige ændringer i specialestrukturen

I den nuværende specialestruktur er der knyttet grenspecialer til 3 grundspecialer, nemlig intern medicin, kirurgi og neurologi. For de øvrige 22 grundspecialer er der ikke en autoriseret grenspecialestruktur, men der findes inden for en række specialer uformelle subspecialer, ekspertområder og interesseområder.

Det er vanskeligt at begrunde, at der i den nuværende specialestruktur kun er 3 grundspecialer, hvortil der er knyttet grenspecialer, idet en række uformelle fagområder inden for andre grundspecialer har en størrelse, omfang og specificitet, der ligeså vel kunne begrunde autorisation som grenspeciale.

Det er kommissionens vurdering, at den nuværende specialestruktur, d.v.s. en struktur bestående af såvel grund- som grenspecialer, ikke er tilstrækkelig fleksibel over for fremtidige strukturændringer.

Kommissionen har derfor overvejet spørgsmålet om grenspecialers og fagområders fremtidige placering i specialestrukturen.

Speciallægekommissionen anbefaler, at den fremtidige specialestruktur skal basere sig på specialer og fagområder. En sådan struktur vil gøre, at nye fagområder let dannes, når der er behov for det, og let visner bort, når dette måtte være nødvendigt. Hertil kommer, at strukturen er fleksibel og let kan tilpasses kommende sundhedsfaglige og strukturelle ændringer.

Kommissionen anbefaler

- At den nuværende opdeling i grund- og grenspecialer ophæves.
- At betegnelsen *speciale* anvendes om de grund- og grenspecialer, som kommissionen foreslår videreført som specialer, og at disse godkendes og autoriseres af de centrale sundhedsmyndigheder.
- At betegnelsen *fagområde* anvendes om de grenspecialer, som kommissionen ikke foreslår videreført som specialer, samt om eksisterende og evt. kommende subspecialer, interesseområder og ekspertområder, og at fagområder ikke godkendes og autoriseres af de centrale sundhedsmyndigheder.
- At der fremover er ét kompetenceniveau, der kvalificerer til fastansættelse i sundhedsvæsenet.

Kommissionen anbefaler, at følgende kriterier indgår i vurderingen af, om et lægefagligt område skal anerkendes som et speciale:

Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang

Det lægevidenskabelige områdes specificitet

Specialestrukturen i sammenlignelige lande

Specialestrukturen inden for intern medicin, kirurgi og neurologi

Kommissionens anbefaling om at ophæve strukturen med grund- og grenspecialer medfører, at der må tages stilling til den fremtidige specialestruktur inden for de grundspecialer, hvortil der i dag er knyttet anerkendte grenspecialer. Det drejer sig om grundspecialerne intern medicin, kirurgi og neurologi.

Det intern medicinske område

På grundlag af overvejelser om forskellige modeller for specialestrukturen anbefaler kommissionen:

- At grundspecialet *intern medicin* og de 11 tilknyttede grenspecialer ændres til følgende 9 specialer:

Intern Medicin: Geriatri
Intern Medicin: Hæmatologi
Intern Medicin: Infektionsmedicin
Intern Medicin: Kardiologi
Intern Medicin: Endokrinologi
Intern Medicin: Gastroenterologi
Intern Medicin: Lungemedicin
Intern Medicin: Nefrologi
Intern Medicin: Reumatologi

Strukturen forudsætter, at samtlige speciallæger inden for det intern medicinske område gennemgår en fælles intern medicinsk grunduddannelse (common trunk) af et sådant omfang, at de uanset speciale er i stand til at varetage dels det akutte medicinske beredskab og dels visitationen ved en funktionsbærende enhed. Det forudsætter endvidere, at de herudover gennemgår en specialespecifik uddannelse, der kvalificerer dem til at blive ansat som speciallæge (afdelingslæge) inden for det pågældende speciale ved hoveduddannelsens afslutning, samt at dette synliggøres ved, at specialerne inden for det intern medicinske område forsynes med præfixet *intern medicin*.

Kommissionen anbefaler:

- At de tidligere grenspecialer hepatologi og medicinsk allergologi konverteres til fagområder.

Allergologiske lidelser er meget udbredte og ikke sjældent alvorlige. Forslaget om at konvertere grenspecialet medicinsk allergologi til et fagområde tager derfor ikke sigte på at nedprioritere området, tværtimod. Allergologiske lidelser har mange former og varetages af speciallæger med uddannelse i f.eks. almen medicin, pædiatri, medicinske lungesygdomme, dermatologi og arbejdsmedicin. Det er derfor vigtigt, at speciallæger inden for alle disse specialer har mulighed for at profilere sig inden for fagområdet.

Det vil endvidere være muligt at styrke allergologi som fagområde ved prioritering af forskning og udvikling på området.

Det kirurgiske område

For så vidt angår grundspecialet *kirurgi* og de 5 tilknyttede grenspecialer anbefaler kommissionen

- At grundspecialet kirurgi og det tidligere grenspeciale kirurgisk gastroenterologi sammenlægges under betegnelsen:

Kirurgi

- At grenspecialerne urologi, karkirurgi, plastikkirurgi og thoraxkirurgi konverteres til specialer under betegnelserne:

Urologi

Karkirurgi

Plastikkirurgi

Thoraxkirurgi

Det neurologiske område

For så vidt angår det neurologiske område er der til grundspecialet *neurologi* knyttet et grenspeciale, nemlig klinisk neurofysiologi. Kommissionen anbefaler:

- At grenspecialet konverteres til et fagområde, hvortil der kan være tilgang fra f.eks. neurologi, neurokirurgi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Laboratoriespecialerne

Laboratorieområdet omfatter specialerne klinisk biokemi, klinisk farmakologi, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk genetik og patologisk anatomi.

Specialerne har det fælles træk, at grundlaget for deres kliniske virksomhed i større eller mindre udstrækning er laboriebaseret. Ud fra en teknologisk betragtning kan de således opfattes som en samling af specialer med visse fælles træk. Ud fra en patientorienteret betragtning adskiller specialerne sig imidlertid ved de opgaver, de varetager, og de kliniske specialer, de arbejder sammen med. Nogle af specialerne er orienteret mod udredning og diagnostik, mens andre primært er orienteret mod behandlingsovervågning.

For alle specialerne gælder det, at det spektrum af kliniske problemstillinger, der varetages, sker i et samarbejde med kliniske specialer i et mønster, der ikke for nogen af specialerne er sammenfaldende.

Specialerne har forskellige kliniske relationer, og uddannelsen vil derfor også være forskellig fra speciale til speciale.

Kommissionen har ikke i sit arbejde fundet belæg for at ændre specialestrukturen. Dog anbefaler kommissionen:

- At man overvejer den fremtidige status for specialet klinisk farmakologi, men at en afklaring afventer resultatet af den evaluering, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd har iværksat vedrørende den videnskabelige og faglige udvikling ved landets tre farmakologiske centre.

De billeddiagnostiske specialer

Det tværgående billeddiagnostiske område omfatter specialerne diagnostisk radiologi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Kommissionen har overvejet, om de to specialer med fordel kunne samles i ét speciale.

Kommissionen finder, at der er store forskelle på de to specialer, og at fællesmængden af viden og kompetence er beskedent.

Kommissionen finder derfor, at den aktuelle specialestruktur er hensigtsmæssig, men anbefaler, at udviklingen inden for området følges nøje m.h.p. en evt. senere integration af de to specialer.

Almen medicin

Speciallægeuddannelsen i almen medicin retter sig hovedsageligt mod funktionen som alment praktiserende læge, der praktiserer for den offentlige sygesikring.

Den nuværende uddannelse i specialet efter turnusuddannelsen foregår i stor udstrækning i sygehusvæsenet, idet kun 1/2 år ud af den samlede uddannelsesvarighed på 3 1/2 år foregår i almen praksis.

Kommissionen finder, at uddannelsen i højere grad bør forankres i almen praksis og fremlægger derfor i kapitel 8 et forslag til en ny opbygning af uddannelsen til speciallæge i almen medicin. Forslaget medfører en udvidelse af uddannelsesperioden med 1 1/2 år, og der sker en styrkelse af den del, der foregår i almen praksis fra 1/2 år til 2 1/2 år.

De øvrige specialer

De øvrige specialer i den gældende specialestruktur er grundspecialer, hvortil der ikke er knyttet grenspecialer.

Kommissionen finder, at disse specialer alle kan indpasses i den model for speciallægeuddannelsens mål og opbygning, som kommissionen anbefaler.

Kommissionen har i sit arbejde ikke fundet belæg for at foreslå ændringer i specialestrukturen for disse specialer. Dog skal det bemærkes, at kommissionen ikke har kunnet gennemføre en grundig vurdering af disse specialers forhold inden for den afsatte tid for kommissionens arbejde.

Kommissionen anbefaler:

- At det nationale videreuddannelsesråd, jf. nedenfor, vurderer specialestrukturen inden for de øvrige specialer i forbindelse med den kommende revisionen af målbeskrivelser og uddannelsesbestemmelser. Samtidig anbefales det, at udviklingen inden for såvel det lægevidenskabelige som det medico-tekniske område følges med henblik på at vurdere behovet for tilpasninger af specialestrukturen.

Organisation og styring

Det overordnede ansvar for den lægelige videreuddannelse skal fremover uændret være placeret hos Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, der fastsætter de overordnede krav til indholdet i samt dimensionering og tilrettelæggelse af såvel turnus- som speciallægeuddannelsen.

For at styrke grundlaget for den centrale styring og overvågning af den lægelige videreuddannelse foreslår kommissionen:

- At der etableres et nationalt videreuddannelsesråd, samtidig med at det nuværende specialistnævn og kontaktforum for lægelig grund- og videreuddannelse nedlægges.

Da specialistnævnet er hjemlet i lægelovent, kræver forslaget, at loven ændres.

For at styrke den decentralisering af speciallægeuddannelsen, der er en følge af kommissionens forslag til den fremtidig speciallægeuddannelse, anbefaler kommissionen:

- At der etableres en regional organisation for lægelig videreuddannelse.

Den regionale organisation skal dels bestå af et regionalt videreuddannelsesråd, dels af en klinisk-pædagogisk-udviklende funktion.

Den regionale klinisk-pædagogisk-udviklende funktion har til formål at styrke den kliniske uddannelse. Funktionen skal udbrede kendskabet til voksenpædagogiske metoder, der kan anvendes i den kliniske videreuddannelse og udvikle nye indlæringsmetoder, der er anvendelig i den kliniske videreuddannelse. I tilslutning til funktionen anbefaler kommissionen, at der i hver region ansættes regionale post-graduate kliniske lektorer inden for de specialer, der i den pågældende region indgår i den lægelige videreuddannelse.

En nærmere beskrivelse af forslaget fremlægges i kapitel 9.

Ansvar for at gennemføre den lægelige videreuddannelse i henhold til gældende love, bekendtgørelser og vejledninger påhviler amterne og H:S.

I alle amter og H:S er der nedsat videreuddannelsesudvalg, men der er ikke udarbejdet ensartede retningslinier for udvalgenes arbejde.

Kommissionen finder det vigtigt, at der også på det amtslige niveau findes et organ, der har til opgave at rådgive de udøvende myndigheder vedr. forhold af betydning for den lægelige videreuddannelse. Kommissionen finder, at alle interessenter bør have sæde i et sådant organ, og at der skal være ensartede retningslinier for et sådant.

I kapitel 9 fremlægges også en beskrivelse af ansvars- og kompetenceforholdene på det enkelte sygehus, den enkelte afdeling og i praksissektoren.

Speciallægeuddannelsens gennemførelse i den kliniske enhed

Den lægelige videreuddannelse gennemføres almindeligvis under ansættelse ved en kliniske enhed.

Det er kommissionens vurdering, at det kliniske arbejde på afdelingsniveau som hovedregel er tilrettelagt ud fra driftsmæssige hensyn, og at der kun undtagelsesvist fokuseres på den kliniske videreuddannelse, når arbejdet tilrettelægges.

Kommissionen finder, at der ved tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde skal tages større hensyn til uddannelsen, og at det bl.a. skal ske ved, at uddannelsen sik-

res et budgetmæssigt grundlag på lige fod med øvrige dele af driften, samt ved at der opstilles veldefinerede uddannelsesmål for den enkelte afdeling.

Den kliniske videreuddannelse skal baseres på operationelle målbeskrivelser, der skal angive det krævede indlæringsresultat efter et afsluttet uddannelsesforløb.

Målbeskrivelser skal endvidere:

- Udgøre grundlaget for udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer og for en fortløbende evaluering af uddannelsen.
- Udgøre en fælles standard for uddannelsen inden for de enkelte specialer og dermed medvirke til at sikre, at der ikke opstår kvalitative forskelle på speciallægeuddannelsen.
- Udgøre en del af grundlaget for de centrale sundhedsmyndigheders autorisation af speciallæger.
- Udgøre en del af grundlaget for udvælgelse af uddannelsesafdelingerne

Kommissionen anbefaler, at der inden for alle specialer udarbejdes konkrete og operationelle målbeskrivelser omfattende:

- En beskrivelse af de mål (herunder delmål) og de kompetencer, der indgår som bestanddele af målene.
- En beskrivelse af de overordnede processer (veje til målet), som findes optimale og ligeværdige.
- En anvisning af metoder til evaluering af alle de kompetencer, der erhverves i løbet af uddannelsen.

Målbeskrivelserne skal udmøntes i uddannelsesprogrammer, der beskriver de midler, den enkelte afdeling/kliniske enhed agter at anvende for at nå de i målbeskrivelsen opstillede mål.

Kommissionen anbefaler:

- At uddannelsesprogrammerne fremover indeholder en beskrivelse af såvel de specialespecifikke som de generelle kompetencer, den uddannelsessøgende skal opnå i løbet af uddannelsen.
- At programmerne derudover omfatter en beskrivelse af de læreprocesser, som skal tages i brug for at opnå disse kompetencer.
- At uddannelsens forskellige elementer (kliniske, teoretiske og færdighedsudviklende elementer) integreres, og at dette fremgår af uddannelsesprogrammerne.
- At de uddannelsesgivende stamafdelinger foretager den fornødne koordination af de individuelle uddannelsesforløb, og at dette afspejler sig i uddannelsesplanerne for de enkelte uddannelsessøgende læger.

Overenskomster, arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse

Kommissionen har drøftet spørgsmålet om overenskomsterne og arbejdstiden for de uddannelsessøgende læger.

Af hensyn til den kliniske uddannelses kvalitet er det afgørende, at den uddannelsessøgende er beskæftiget med relevant lægeligt arbejde og har mulighed for at komme i kontakt med en mere erfaren læge.

Det er også vigtigt, at den uddannelsessøgende får mulighed for at følge patientforløb.

Kommissionen vurderer, at yngre lægers overenskomst er så fleksibel, at overenskomsten ikke i sig selv er til hinder for en målrettet og uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse.

Kommissionen anbefaler:

- At den eksisterende arbejdstid tilrettelægges og udnyttes uddannelsesmæssigt optimalt, bl.a. således, at den uddannelsessøgende læge kan følge patientforløb.
- At ubelastede tilstedeværelsestimer ved vagt på tjenestestedet minimeres ved at svagt belastede vagter sammenlægges.
- At ubelastet rådighed ved vagt uden for tjenestestedet ikke afspadsres.
- At yngre lægers egentlige arbejdstid i afgrænsede uddannelsesfaser forlænges.

Kommissionen finder det ikke sandsynliggjort, at yngre lægers gennemsnitlige egentlige arbejdstid er for kort til, at det med en uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse vil være muligt at nå det af kommissionen foreslåede kompetenceniveau i løbet af speciallægeuddannelsen.

Kommissionen advarer dog mod en reduktion af uddannelsessøgende lægers arbejdstid.

Uddannelse og arbejdstilrettelæggelse

Den kliniske uddannelse på afdelingsniveau må baseres på mesterlæreprincippet.

Det forhold, at den uddannelsessøgende udøver klinisk virksomhed sammen med den uddannelsesgivende læge, tillægges stor betydning, idet den uddannelsesgivende læge foruden at virke som egentlig lærer har en vigtig funktion som rollemodel for læring af adfærd, holdninger og værdier.

En fortløbende kompetenceudvikling forudsætter, at den uddannelsessøgende læge relativt hyppigt er i kontakt med de uddannelsesgivende læger i relevante kliniske “krydspunkter”. Herved forstås bl. a., at tilrettelæggelsen af kliniske funktioner som stuegang, ambulatorievirksomhed, operativ virksomhed m.v. sker med henblik på, at den uddannelsessøgende sikres mulighed for at udføre disse arbejdsopaver under supervision. Det er således vigtigt, at der ved fordelingen af det lægelige arbejde tages de størst mulige uddannelsesmæssige hensyn, og at arbejds-tilrettelæggelsen og arbejdsdelingen stedse sigter mod, at sådanne “krydspunkter” opnås så hyppigt som muligt.

Der peges på, at deltagelse i problembaserede kliniske konferencer og undervisning inden for afdelingens/specialets kerneområder bør indgå som en naturlig del af det daglige arbejde, samt at emner som ledelse og administration, samarbejde og pædagogik bør indgå i uddannelsen gennem den uddannelsessøgendes deltagelse i disse aktiviteter i afdelingen.

For at supplere den kliniske uddannelse anbefaler kommissionen:

- At kliniske færdigheder i relevant omfang opøves i færdighedslaboratorier og i pædagogiske værksteder.

Det anbefales endvidere:

- At der udpeges en vejleder for alle uddannelsessøgende læger.

Vejlederen har til opgave at bistå den uddannelsessøgende læge med råd og vejledning vedr. såvel det aktuelle uddannelsesforløb som det videre uddannelsesforløb. Kommissionen anbefaler:

- At vejlederens ansvar og kompetence fastlægges i en national standard for vejlederfunktionen, og at vejlederne sikres den fornødne uddannelse.
- At kurser i vejledning skal være obligatoriske for alle læger, og at det/de basale kurser placeres tidligt efter kandidateksamen.
- At der på alle uddannelsesgivende afdelinger udpeges en uddannelsesansvarlig overlæge, der sammen med afdelingens administrerende overlæge er ansvarlig for de uddannelsessøgende læger ved afdelingen.
- At den uddannelsesansvarlige overlæges arbejde baseres på en funktionsbeskrivelse, der udarbejdes på grundlag af en national standard.
- At der etableres en uddannelse for uddannelsesansvarlige overlæger, og at gennemførelse af en sådan uddannelse gøres til en forudsætning for ansættelse som uddannelsesansvarlig overlæge.

Kommissionen peger på, at holdninger hos såvel de uddannelsessøgende som hos undervisere (de erfarne læger) kan udgøre en barriere for videreuddannelsen.

Kommissionen mener, at der er brug for en holdningsændring, der indebærer en bred forståelse for og accept af, at sygehusvæsenets opgaver ud over undersøgelse, behandling og pleje af patienter også omfatter uddannelse, udvikling og forskning. En nedprioritering af uddannelse vil på sigt føre til dårlig behandlingskvalitet.

Teoretisk uddannelse og forskningstræning

Ud over den praktisk-kliniske uddannelse omfatter speciallægeuddannelsen også teoretisk uddannelse.

Kommissionen anbefaler:

- At speciallægekompetencen fremover defineres som evnen til at mestre en flersidighed af roller og egenskaber, hvori bl.a. indgår ledelse, pædagogik, kommunikation, samarbejde m.v.
- At der etableres obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse og administration, samarbejde og pædagogik.

Kommissionen finder, at speciallæger bør være i stand til at realisere og udvikle et vidensbaseret sundhedsvæsen og anbefaler derfor, at der i speciallægeuddannelsen indlægges et krav om obligatorisk forskningstræning.

Kommissionen fremlægger i kapitel 11 et forslag til en ramme for den teoretiske uddannelse og forskningstræning samt om indplaceringen i speciallægeuddannelsen. Kommissionen anbefaler en samlet ramme på 22 uger og anbefaler følgende fordeling:

| | |
|--|-------------|
| Obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse, administration, samarbejde og pædagogik | ca. 4 uger |
| Obligatoriske kurser i forskningsmetodologi samt forskningstræning | ca. 12 uger |
| Specialespecifikke teoretiske kurser incl. færdighedstræning | ca. 6 uger |
| I alt | 22 uger |

Evaluering og kompetencemåling i speciallægeuddannelsen

For at sikre kvaliteten i den fremtidige speciallægeuddannelsen er der klart et behov for at evaluere den kliniske videreuddannelse.

Kommissionen anbefaler derfor:

- At der fremover foretages en systematisk måling af kompetenceudviklingen hos uddannelsessøgende læger, og at denne har karakter af en fortløbende og konsekvenshavende formativ evaluering.

Ansvar for den fortløbende og konsekvenshavende evaluering placeres hos den uddannelsessøgendes vejleder og den uddannelsesansvarlige overlæge, og ansvaret i almen praksis placeres tilsvarende hos praksistutoren.

I kapitel 12 fremlægger kommissionen forskellige metoder til gennemførelse af evalueringen.

Ud over evalueringen af de uddannelsessøgende læger er det også vigtigt at fokusere på kvaliteten af uddannelsesindsatsen i de uddannelsesgivende afdelinger og praksis.

I 1997 blev der igangsat en inspektorordning med henblik på en kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse. Det sker igennem besøg af inspektorer (erfarne kolleger), der analyserer afdelingens varetagelse af videreuddannelsen.

Kommissionen anbefaler:

- At inspektorordningen gøres obligatorisk, således at den omfatter alle de afdelinger, der varetager videreuddannelse af læger, og at der sker en videreudvikling af inspektorordningen med en standardisering og systematisering af ordningen, herunder revision af ordningens manual og afklaring af inspektorernes forhold.

Med hensyn til specialet almen medicin anbefales, at uddannelseskoordinatorernes besøg i tutorpraksis og/eller tutorkollegers besøg udvides, således at der gradvist indføres en inspektorlignende ordning i dette speciale.

Speciallægers efteruddannelse

I kapitel 13 behandler kommissionen spørgsmålet om speciallægers efteruddannelse og professionelle udvikling. En høj professionel standard kan kun oprethol-

des, hvis alle speciallæger vedligeholder og videreudvikler de faglige kompetencer, de har opnået gennem speciallægeuddannelsen.

Kommissionen finder, at alle læger skal have mulighed for at deltage i en livslang, kontinuerlig uddannelse, og at den enkelte læge skal kunne dokumentere sin efteruddannelse. Kommissionen anbefaler:

- At det igangværende arbejde med at udvikle den lægelige efteruddannelse og systematisere dens indhold og omfang fortsættes.

Afslutning

I kapitel 14 behandler kommissionen de lovgivningsmæssige, administrative og økonomiske konsekvenser af anbefalingerne i betænkningen. Der fremlægges også et forslag til tidsplan for iværksættelse af anbefalingerne.

I kapitlet anbefaler kommissionen:

- At der afsættes særskilte ressourcer til forbedring af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse og til uddannelsen af alment praktiserende læger.

3 Udviklingen i Danmark i årene 1973-1999

Som baggrund for kommissionens overvejelser og anbefalinger redegøres i dette kapitel for udviklingen i speciallægeuddannelsen og specialestrukturen i Danmark siden 1973, hvor den forrige speciallægekommision blev nedsat.

3.1 Speciallægekommisionen af 1973

Sundhedsstyrelsen nedsatte den 14. december 1973 en speciallægekommision med repræsentation fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsens Specialistnævn, Den Almindelige Danske Lægeforening, Foreningen af Yngre Læger, Undervisningsministeriet og Dansk Medicinsk Selskab og med observatører fra Indenrigsministeriet.

Formand for kommissionen var overlæge, dr. med. Ernst Goldschmidt.

Kommisionen afgav sin betænkning om videreuddannelsen til speciallæge i 1977.

Hovedformålet med speciallægekommisionens arbejde var at skabe en bedre og mere tidssvarende uddannelse af speciallæger til det danske sundhedsvæsen.

De væsentligste elementer i kommissionens forslag var følgende:

Kommisionen foreslog dels at reducere antallet af formaliserede uddannelsesforløb fra 32 til 21 grundspecialer, og dels at der i tilslutning til nogle af grundspecialerne skulle etableres en række grenspecialer, hvis normale uddannelsesforløb skulle være en fortsættelse af uddannelsen i grundspecialet. Kommisionen fandt, at man herved kunne skabe et fleksibelt uddannelsessystem med den bedst mulige udnyttelse af de eksisterende ressourcer og et sent endeligt erhvervsvalg, samt at uddannelsesstrukturen ville gøre det let at indpasse nye fagområder i uddannelsessystemet.

Man anbefalede, at uddannelsen inden for alle specialer i princippet skulle være ens.

Første fase skulle udgøres af en almenuddannelse af 1 1/2 års varighed (turnusuddannelsen). Derefter skulle følge en hoveduddannelse i grundspecialet på 4 1/2 -

5 1/2 års varighed, bestående af en introduktion til faget af ca. 1 års varighed, et ophold på et landsdelssygehus inden for faget, en eventuelt supplerende uddannelse inden for relevante tilgrænsende fagområder og endelig en 1. reservelægetid på 18 måneders varighed.

Kommissionen fandt ikke anledning til at forkorte uddannelsens samlede varighed bl.a. på baggrund af udsigten til, at der skulle indføres en 40-timers arbejdsuge for læger.

Kommissionen fandt, at uddannelsen i et grenspeciale sædvanligvis skulle bygge på en anerkendelse i grundspecialet, og at den normalt skulle omfatte 2-3 års uddannelse ækvivalerende med de vejledende § 14 krav i grenspecialet (krav for at blive bedømt egnet til ansættelse i stilling som ledende læge).

Kommissionen ønskede desuden, at der indførtes nogenlunde ensartede kriterier for § 14-niveauet, som skulle omfatte 2-3 års 1. reservelægetid.

Vedrørende den teoretiske uddannelse blev der foreslået ændringer af noget varierende omfang for de enkelte specialer, men gennemgående med den konsekvens, at uddannelsen blev af større omfang end det da kendte (fra gennemsnitligt 120 timers teoretisk uddannelse til 260-300 timer). Den teoretiske uddannelse skulle falde i hele hoveduddannelsen med de mindst specialiserede kurser i introduktionsfasen, hovedparten af kurserne under ansættelse på universitetssygehus og de specialiserede kurser i 1. reservelægetiden.

Der blev foreslået en bedre koordination af den teoretiske uddannelse. Hensigten var en bedre udnyttelse af kursusøkonomien, en mere rationel udnyttelse af lærerkræfterne, øget tværfaglig kontakt, større differentiering i uddannelsen samt mulighed for stofoverførsel fra grunduddannelsen til videreuddannelsen.

Kommissionen fandt det af væsentlig betydning, at så mange uddannelser som muligt kunne gennemgås regionalt, d.v.s. inden for et landsdelssygehus' naturlige geografiske område for mest muligt at begrænse stillingsskift og flytning for de uddannelsessøgende.

Kommissionen foreslog, at der blev etableret blokansættelser omfattende større eller mindre dele af uddannelsesforløbene for at sikre den bedste udnyttelse af de forhåndenværende uddannelsesstillinger.

Spørgsmålet om forholdet mellem antallet af speciallæger og antallet af læger un-

der uddannelse ved sygehusene blev drøftet i betænkningen. Man konstaterede, at en del af 1. reservelægestillingerne, især ved sygehusvæsenets mindre enheder, ofte ikke kunne besættes med kvalificerede folk og ikke var nødvendige for uddannelsessystemet. Kommissionen foreslog derfor, at en del af disse 1. reservelægestillinger blev omdannet til § 14-vurderede faste speciallægestillinger. Hermed kunne der ske en forbedring af forsyningen med speciallæger, som var meget uens fordelt over landet.

Kommissionen foreslog, at der blev etableret speciallægeuddannelser inden for 2 nye områder:

- 1) almen medicin
- 1) samfundsmedicin med grenspecialet arbejdsmedicin.

Med henblik på en bedre organisation og styring af speciallægeuddannelserne blev der foreslået en ændret struktur af Specialistnævnet med væsentlig udvidelse med repræsentanter for Indenrigsministeriet, Sundhedsstyrelsen og sygehuskommunerne.

3.2 Udviklingen i specialestrukturen

1982-reformen og årene herefter

Da speciallægekommisionen i 1973 påbegyndte sit arbejde, omfattede specialestrukturen 32 selvstændige specialer.

I 10-året 1973 - 1982 skete der ingen ændringer af specialestrukturen og først i forbindelse med uddannelsesreformen i 1982 påbegyndtes implementeringen af Speciallægekommisionens forslag om ændringer af strukturen.

Man gennemførte kommissionens forslag om at reducere antallet af grundspecialer og oprettede i stedet en række grenspecialer, idet 4 kirurgiske og 6 medicinske grundspecialer konverteredes til grenspecialer og en række nye grenspecialer blev etableret, hvorved man nåede op på i alt 5 kirurgiske og 12 intern medicinske grenspecialer.

Der blev etableret et speciale inden for det samfundsmedicinske område (linjerne administrativ medicin og arbejdsmedicin, i 1987 suppleret med socialmedicin).

Der gennemførtes en integration af det neurologiske fagområde, således at der

oven på grundspecialet neurologi blev etableret to grenspecialer: neurokirurgi og klinisk neurofysiologi.

I 1990 udskiltes neurokirurgi som et selvstændigt grundspeciale, idet man dog bevarede det fælles teoriprogram for de neurologiske fag.

I 1982 besluttede man ligeledes at forøge varigheden af uddannelsen til almen medicin til 5 år inklusive turnusuddannelse, hvorimod kommissionens forslag om at anerkende almen medicin som et speciale først blev gennemført i 1994.

Speciallægekommisionen havde overvejet at samle laboratoriefagene uddannelsesmæssigt, men man kunne ikke nå frem til en enig indstilling herom, og i 1987 opgav man at videreføre en fælles undervisningsstilling inden for klinisk fysiologi og nuklearmedicin og klinisk kemi.

Specialistnævnet foranledigede, at uddannelsen inden for grundspecialet terapeutisk radiologi blev omstruktureret og fik en bredere funktion, hvilket i 1987 kom til udtryk i skift i betegnelse af specialet til onkologi. Hermed ønskede man at sikre en samling af behandlingen af kræftsygdomme i et speciale, selv om mange havde ønsket at etablere et grenspeciale i medicinsk onkologi.

I 1987 blev specialet tropemedicin lagt ind under infektionsmedicin og i 1990 ændredes betegnelsen for grenspecialet langtidsmedicin til geriatri.

I 1994 blev de samfundsmedicinske fag omstruktureret. I stedet for et speciale med 3 uddannelseslinjer etableredes to specialer: samfundsmedicin og arbejdsmedicin.

Endvidere blev børnepsykiatri udvidet til at omfatte ungdomspsykiatri.

I 1996 etableredes på basis af to uformelle ekspertområder grundspecialerne: klinisk farmakologi og klinisk genetik.

Status for specialestrukturen i 1999

Den i dag gældende specialestruktur er fastsat i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 af 27. juni 1996. Der er heri fastsat 25 grundspecialer og 17 grenspecialer. Grenspecialerne er knyttet til grundspecialerne intern medicin, kirurgi og neurologi.

3.3 Ændringer i speciallægeuddannelsen

3.3.1 Turnusuddannelsen

Allerede inden Speciallægekommissionen i 1977 havde afgivet sin endelige betænkning, etableredes den af kommissionen foreslåede turnusuddannelse.

Indholdet i turnusuddannelsen blev fastsat i Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 551 af 25. november 1976 om uddannelse til selvstændigt virke som læge.

Uddannelsen omfattede 6 måneders ansættelse på intern medicinsk afdeling, 6 måneders ansættelse på en kirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge, eller i det omfang det ikke var muligt, yderligere 6 måneders ansættelse på en klinisk sygehusafdeling.

I praksis blev det først muligt at få ansættelse som praksisreservelæge i 1983, hvor der imidlertid opstod en betydelig ophobning af ansøgere omkring universitetsbyerne.

Ordningen blev derfor ændret i 1984, således at de uddannelsessøgende læger blev fordelt til sygehuskommunerne efter et kombineret lodtræknings- og selvvalgssystem, og fra 1991 kunne alle læger tilbydes ansættelse som praksisreservelæge som led i turnusuddannelsen.

Formålet med uddannelsen var at give de nyuddannede læger en basal indføring i det kliniske arbejde i kirurgi, medicin og almen praksis. Uddannelsen skulle desuden tjene til at give den uddannelsessøgende et grundlag for valg af videreuddannelse til speciallæge eller almen praksis.

Turnusordningen er med enkelte justeringer videreført frem til i dag, hvor turnusuddannelsen består af en blokansættelse omfattende 6 måneders ansættelse ved en kirurgisk eller ortopædkirurgisk afdeling, 6 måneders ansættelse ved en medicinsk afdeling og 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge

3.3.2 Videreuddannelsesreformen 1990

Den 8. maj 1987 vedtog Folketinget lov nr. 246 om ændring af arbejdstilrettelæggelsen m.v. for underordnede sygehuslæger og om fornyelse og forlængelse af overenskomster for underordnede sygehuslæger m.fl., idet overenskomstforhandlingerne samme år var endt med konflikt.

I forbindelse med lovforslagets fremsættelse besluttede regeringen, at der skulle nedsættes et udvalg vedrørende tilrettelæggelsen af underordnede sygehuslægers kliniske uddannelse og arbejde.

Udvalget sammensattes af repræsentanter for Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Den almindelige Danske Lægeforening og sygehusejerne. Formand for udvalget var forvaltningschef Sten Christensen, som i februar 1989 blev erstattet af amtssundhedsdirektør Jørgen Iversen.

Udvalget havde som hovedopgave at tilvejebringe et grundlag for et uddannelses-system, der kunne sikre, at varigheden af det samlede uddannelsesforløb kunne reduceres væsentlig, uden at uddannelseskvaliteten af den grund blev forringet. I henhold til udvalgets kommissorium forudsattes det, at der inden for sygehusvæsenet blev gennemført en faststillingsreform, hvorved et stort antal uddannelsesstillinger omdannedes til faste stillinger på speciallægeniveau. Derudover forudsatte udvalget, at der blev etableret en tilnærmelsesvis balance mellem udbud og efterspørgsel efter lægelig arbejdskraft ved en regulering af kandidatproduktionen, og at alle læger i en sådan balancesituation kunne uddannes til speciallæger eller alment praktiserende læger.

Udvalget afgav i september 1989 betænkningen ”Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse”.

I betænkningen opstiller udvalget en model for tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse. I modellen indgår blokansættelser, målbeskrivelser og enkeltstillingsklassifikation af samtlige uddannelsesstillinger som grundlæggende elementer.

Udvalgets væsentligste forslag var:

- at samtlige uddannelsesstillinger klassificeredes til en veldefineret del af den lægelige videreuddannelse,
- at turnusuddannelsen, sygehusdelen af uddannelsen til almen medicin og den del af speciallægeuddannelsen, der ligger efter introduktionsuddannelsen, tilrettelægges som blokansættelser,
- at der skete en intensivering af uddannelsesaktiviteten på de enkelte afdelinger gennem en kombination af blokansættelser og etableringen af obligatoriske målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer samt gennem en løbende evaluering af den enkelte læges uddannelsesforløb,

- at Sundhedsstyrelsens godkendelse af de enkelte uddannelsesstillinger forudsatte, at der forelå færdigtudarbejdede uddannelsesprogrammer for disse,
- at ansvaret for tilrettelæggelsen af turnus-, introduktions- og almen-medicinuddannelsen placeredes hos de enkelte sygehuskommuner, og at ansvaret for tilrettelæggelsen af speciallægeuddannelsen placeredes i 4 geografisk adskilte regioner, hvor de enkelte sygehuskommuner forudsattes at samarbejde om uddannelsernes tilrettelæggelse.
- at antallet af undervisningsstillinger midlertidigt udvidedes, og at der etableredes en overgangsordning til det nye system, herunder en dispensationsrunde, for de læger, der tilnærmelsesvist opfyldte kravene til den kliniske uddannelse.

Udvalgets forslag indebar, at samtlige uddannelsesstillinger nu skulle klassificeres til en veldefineret del af den lægelige videreuddannelse, modsat tidligere, hvor det var den enkelte afdeling, der blev klassificeret til uddannelse.

Princippet om enkeltstillingsklassifikation var allerede kendt for så vidt angår stillinger til turnusuddannelsen og undervisningsstillinger, men blev nu foreslået som et generelt princip.

Ved blokansættelse mentes, at en underordnet læge som led i et og samme ansættelsesforhold skulle gøre tjeneste i flere enkeltstillingsklassificerede stillinger efter hinanden på flere afdelinger. Ansættelsesforholdet var på forhånd planlagt som et samlet, afsluttet hele med et bestemt sigte, f.eks. turnusuddannelse, speciallægeuddannelse eller uddannelse i almen medicin.

Udvalget foreslog ingen ændringer i specialestrukturen eller i uddannelsernes opbygning.

Gennemførelse af udvalgets forslag

Efter en overgangsordning og to dispensationsrunder iværksattes enkeltstillingsklassifikationen, og fra 1. januar 1997 var alle uddannelsesstillinger klassificeret.

Udvalgets forslag om en generel indførelse af blokansættelser indførtes gradvist og er nu indført i alle specialer, når undtages specialerne intern medicin og kirurgi. Baggrunden herfor er, at blokansættelse inden for disse specialer ville indebære, at den uddannelsessøgende allerede ved afslutningen af introduktionsuddannelsen skulle vælge evt. grenspeciale.

De videnskabelige selskaber udarbejdede i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen

målbeskrivelser for samtlige specialer og grenspecialer. Efter indstilling fra Specialistnævnet godkendte Sundhedsstyrelsen målbeskrivelserne, der blev udgivet i en samlet publikation i 1992.

Nogle af målbeskrivelserne er efterfølgende blevet revideret, og aktuelt er flere under revision. I revisionsarbejdet lægges der afgørende vægt på, at målbeskrivelserne bliver væsentligt mere operationelle end tidligere.

Efter anmodning fra Sundhedsstyrelsen blev der i 1991 igangsat forsøgsordninger med evaluering af den kliniske uddannelse.

I 1996 blev forsøgene evalueret på baggrund af redegørelser fra de amtslige videreuddannelsesudvalg. Evalueringen viste, at der dels var et behov for at få udarbejdet retningslinier for evaluering af den lægelige videreuddannelse med opstilling af specifikke krav til de involverede parter, dels et behov for at få opstillet retningslinjer for håndteringen af uddannelsessøgende læger med utilfredsstillende uddannelsesforløb.

Evalueringen medførte, at Sundhedsstyrelsen i foråret 1998 udgav "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse". Yngre lægers kliniske videreuddannelse skulle fra 1. juni 1998 evalueres efter de i vejledningen angivne retningslinier.

Evalueringen blev således obligatorisk, men effekten skønnes først at blive mærkbare efter 2-3 år.

3.3.3 Faststillingsreformen

Allerede i Speciallægekommissionens betænkning fra 1977 blev det foreslået, at en række 1. reservelægestillinger blev omdannet til faste § 14-vurderede speciallægestillinger.

Efterfølgende blev der bl.a. af Det Centrale Råd for Lægers Videreuddannelse udarbejdet forslag om gennemførelse af en faststillingsreform, som skulle indebære en konvertering af tidsbegrænsede uddannelsesstillinger til faste speciallægestillinger.

I betænkningen "Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse" konstaterede man, at antallet af uddannelsessøgende læger var steget betydeligt siden 1981-overenskomsten reducerede yngre lægers arbejdstid, og at forholdet

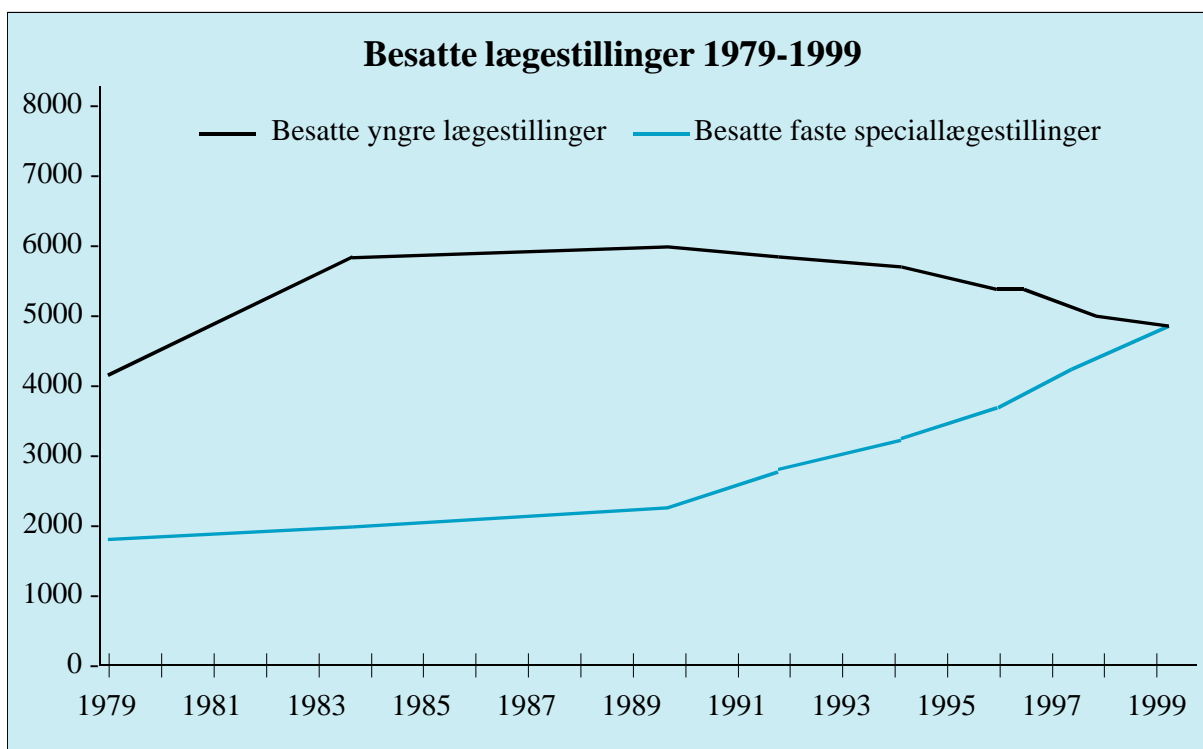
mellem uddannelsessøgende læger og faste læger havde ændret sig fra 1:1 til næsten 3:1. Hertil kom, at et stort antal tidsbegrænsede 1. reservelægestillinger var besat af allerede færdiguddannede speciallæger, der blokerede uddannelsessystemet.

I betænkningen anbefalede man derfor at konvertere alle de tidsbegrænsede stillinger, der ikke skulle anvendes til uddannelse, til faste speciallægestillinger.

I 1987 indgik Amtsrådsforeningen og Foreningen af Speciallæger aftale om vilkårene for ansættelse af vagtbærende overlæger, og i 1989 blev der indgået aftale mellem de offentlige arbejdsgivere og Foreningen af Yngre Læger om vilkårene for ansættelse af afdelingslæger.

Efter at de overenskomstmæssige og aftalemæssige forudsætninger for faststillingsreformen var blevet tilvejebragt i slutningen af 80'erne, påbegyndtes reformen.

I nedenstående figur ses udviklingen i forholdet mellem besatte yngre lægestillinger og besatte faste speciallægestillinger i sygehusvæsenet. De faste speciallæger omfatter afdelingslæger og overlæger, mens yngre lægestillinger omfatter tidsbegrænsede stillinger, der kan anvendes i videreuddannelsen.



Besatte lægestillinger fra 1979-1999; fordeling på yngre læger vs. faste speciallægestillinger.
Kilde: Sundhedsstyrelsens stillings- og vakanceregister.

I perioden fra 1979 til 1999 er antallet af faste speciallæger øget med næsten 3.000 - fra 1.878 i 1979 til 4.811 i 1999, og forholdet mellem faste speciallæger og yngre læger i tidsbegrænsede stillinger har ændret sig fra 1:3 i 1983 til 1:1 i 1999.

Antallet af yngre lægestillinger (tidsbegrænsede stillinger) er i samme periode øget med ca. 400 - fra 4.368 i 1979 til 4.779 i 1999.

3.3.4 Forskeruddannelsesreformen

Undervisningsministeriet iværksatte med virkning fra den 1. januar 1993 en forskeruddannelsesreform. Sigtet med denne nye ordning var at skabe et mere struktureret indhold i forskeruddannelsen i Danmark og dermed sikre dansk forskeruddannelses internationale kvalitet.

Med bekendtgørelse nr. 989 af 11. december 1992 blev der fastlagt skærpede krav til forskeruddannelsens tilrettelæggelse og indhold. Bekendtgørelsen fastslår, at uddannelsen skal have et forskningsmæssigt indhold, resulterende i en ph.d.-afhandling, men derudover også et uddannelsesmæssigt indhold, der sikrer at den forskningsuddannede har den fornødne bredde i sin forskningsmetodologiske og teoretiske baggrund.

Bekendtgørelsen angiver desuden, at den ph.d.-studerende i løbet af uddannelsen skal gennemgå et studieprogram omfattende kurser svarende til et halvt år, at den studerende skal indgå i et aktivt forskermiljø også ved ophold ved andre primært udenlandske forskningsinstitutioner, og at den studerende skal opnå erfaring med undervisningsvirksomhed eller anden form for aktiv vidensformidling.

Ph.d.-bekendtgørelsen fastsætter fælles rammer for alle fagområder, mens det er overladt til det enkelte universitet selv at fastlægge supplerende og mere detaljerede bestemmelser.

Inden for det sundhedsvidenskabelige område kan ph.d.-uddannelsen gennemføres ved de sundhedsvidenskabelige fakulteter i København, Odense og Århus.

Selvom et ph.d.-forløb tager minimum 3 år, besluttedes det få år efter reformens ikrafttræden at evaluere denne, og Forskerakademiet afgav i 1998 en rapport om sundhedsvidenskabelig forskeruddannelse.

Rapporten bygger på en undersøgelse gennemført i vinterhalvåret 1996-97, og viser, at der på dette tidspunkt var indskrevet 923 læger som ph.d-studerende ved

den sundvidenskabelige forskeruddannelse, og at ca. 150 læger påbegynder ph.d.-uddannelsen hvert år.

Af rapporten fremgår det:

- At ca. 80 pct. af ph.d.-forløbene foregår inden for fagområder, der relaterer sig til kliniske fag, medens kun ca. 10 pct. af forløbene relaterer sig til prækliniske fag og knapt 10 pct. til ikke-medicinske fagområder.
- At ca. 85 pct. af de ph.d.-studerende allerede havde påbegyndt et klinisk videreuddannelsesforløb ved indskrivningen til ph.d.-studiet.
- At de ph.d.-studerende under studiet beskæftiger sig med patientrelaterede aktiviteter, der ikke er en del af ph.d.-uddannelsen, i et omfang i gennemsnit svarende til ca. 8 timer om ugen, og således i et vist omfang avancerer i det kliniske videreuddannelsesforløb under studiet.

Rapporten viser, at der er sket en markant stigning af antallet af ph.d.-studerende igennem de sidste år, og konkluderer, at ph.d.-uddannelsen havde udviklet sig til et omfang, der fremover ville binde betragtelige ressourcer.

Man finder det vanskeligt at vurdere, hvor stort det fremtidige behov for ph.d.-uddannede vil være og anbefaler, at man inden for hospitalssektoren snarest får afklaret, hvorledes ph.d.-kvalifikationen skal indplaceres i det kliniske karriereforløb.

Undersøgelsen viser ligeledes, at der ikke er de store forskelle på de tre fakulteters krav til indskrivning til, forløb af og afslutning på ph.d.-studieforløbene, og at ph.d.-afhandlingerne alt overvejende er på et acceptabelt niveau.

Rapporten anbefaler, at der snarest etableres en et-årig forskningsintroduktionsuddannelse, der dels kan indgå som en nødvendige og tilstrækkelige for videnskabelig basistræning i forbindelse med den kliniske speciallægeuddannelse, dels være et kvalifikations- og rekrutteringsinstrument til brug ved en tidlig identifikation og rekruttering af kommende ph.d.-studerende.

4 Specialestruktur og speciallægeuddannelse i andre lande

I henhold til kommissoriet skal Speciallægekommisionen i fornødent omfang være opmærksom på gældende EU-direktiver og nordiske konventioner om uddannelse og anerkendelse af speciallæger samt på anbefalinger fra EU's rådgivende komité om lægers uddannelse (Advisory Committee on Medical Training, ACMT) fra 1996.

I det følgende gennemgås disse forhold, og forhold vedr. specialestruktur og speciallægeuddannelse i sammenlignelige lande beskrives kort.

Speciallægebegrebet har global gyldighed, idet den lægelige specialisering afspejler den lægevidenskabelige udvikling inden for den vestligt orienterede medicin. Ser man bort fra den særstilling, kirurgien altid har haft i forhold til anden lægepraksis, har uddifferentieringen i praktisk lægevidenskab rødder tilbage i det 18. århundrede. Op gennem det 19. århundrede udskiltes flere discipliner ved etablering af specialhospitaller og -klinikker i f.eks. psykiatri, hud- og kønssygdomme, tuberkulose, øjensygdomme, øre-næse-halssygdomme, børnesygdomme og fysiurgi. Udviklingen tog fart i starten af det 20. århundrede, hvor kravet om formel godkendelse på grundlag af definerede uddannelsesbestemmelser opstod.

Associationen til formelle uddannelseskrav er nu så stærk, at et speciale i praksis bedst beskrives som et lægevidenskabeligt område med specifikke uddannelsesregler.

Den lægelige specialisering og organiseringen af speciallægeuddannelsen er forskellig fra land til land. Uddannelsesvarigheder og metoder inden for uddannelse og træning samt kompetencemåling viser ligeledes betydelige forskelle. Disse variationer kan især forklares ved forskelle dels i uddannelsestradition og dels i sundhedsvæsenets udbygning og organisation, ligesom personlige initiativer har øvet indflydelse på de nationale ordninger.

Alligevel er det overordnede mønster relativt ensartet, hvilket befordres af og selv befordrer den internationalisering, udveksling og mobilitet, der kendetegner den lægelige profession.

Det er kommissionens opfattelse, at det er vigtigt at vurdere tilrettelæggelsen af speciallægeområdet i Danmark i relation til forholdene og udviklingstendenserne

internationalt. Bevarelse og styrkelse af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen afhænger af, at lægevidenskaben kan høste erfaringer og viden fra den internationale udvikling inden for de forskellige specialer. Også den stigende betydning, som mobiliteten af den lægelige arbejdskraft har for udviklingen af det danske sundhedsvæsen, gør det nødvendigt at inddrage udenlandske erfaringer på området.

De internationale hensyn kommer tydeligst til udtryk i forholdet til de europæiske lande, hvor der findes en international regulering af det lægelige arbejdsmarked.

4.1 Internationale arbejdsmarkedsregler

Danmark er på lægeområdet omfattet af flere internationale arbejdsmarkedsaftaler og -regler, som er med til at sikre fri bevægelighed af den lægelige arbejdskraft. Aftalerne forudsætter ligeværdige uddannelser i de involverede stater, såvel hvad angår grunduddannelsen (universitetsuddannelsen) som videreuddannelsen.

Den Nordiske Arbejdsmarkedsaftale

Den første arbejdsmarkedsaftale for læger i Norden fra 1965 blev i 1977 udvidet til at omfatte speciallæger. Aftalen er revideret i "Overenskomst af 14. juni 1993 mellem Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige om fælles nordisk arbejdsmarked for visse personalegrupper inden for sundhedsvæsenet og veterinærvæsenet", og der pågår p.t. en ratificeringsproces, idet der i overenskomsten er foretaget nogle ændringer vedrørende andre personalegrupper.

Overenskomsten skal ses som en erkendelse af, at den nordiske aftale fandtes at være mere fordelagtig for nordiske statsborgere end EØS-aftalen (se nedenfor).

Ifølge aftalen har en læge, som er statsborger i et af de nordiske lande, og som har fået specialistanerkendelse i et af de kontraherende lande, ret til tilsvarende anerkendelse i et andet nordisk land under forudsætning af, at lægen har ret til selvstændigt virke som læge, og at det pågældende område i modtagerlandet er godkendt som speciale.

Der stilles ikke specifikke krav til uddannelsens varighed eller indhold.

EU-lægedirektivet

De første lægedirektiver i det Europæiske Fællesskab (nu Europæiske Union) (75/362/EEC og 75/363/EEC) trådte i kraft 20. december 1976. I september 1986

tilføjedes et ny direktiv (86/457/EEC) angående uddannelse af alment praktiserende læger. Bortset fra tilpasninger efter udvidelserne af EU og enkelte mindre tilføjelser er bestemmelserne i ”Rådets direktiv 93/16/EEC af 5. april 1993 om fremme af den frie bevægelighed for læger og gensidig anerkendelse af deres eksamensbeviser, certifikater og andre kvalifikationsbeviser” stort set uændrede fra vedtagelsen i 1975.

I tre direktiver fra 1998/99 er der foretaget små ændringer i listerne over specialefortegnelser efter en forenklet beslutningsprocedure.

Ifølge lægedirektivet skal medlemsstater anerkende de eksamensbeviser, certifikater og andre kvalifikationsbeviser for speciallæger, der udstedes til medlemsstaternes statsborgere af de øvrige medlemsstater, forudsat at specialet ifølge direktivets liste forefindes i modtagerstaten.

Lægedirektivet omfatter i dag 52 lægelige specialer, hvoraf 14 forefindes i alle 15 (artikel 5) og 38 i to eller flere (artikel 7) medlemsstater. Der er som anført kun foretaget enkelte mindre justeringer, siden direktivet blev til i 1975.

Af de 42 anerkendte specialer i Danmark (grund- og grenspecialer) er 30 i dag omfattet af EU-direktivets liste.

Sundhedsministeriet har i december 1999 anmodet Kommissionen om at foretage visse ajourføringer af tidligere foretagne ændringer af de danske specialebenævnelser.

Der stilles ifølge direktivet basale krav til medlemsstaterne vedrørende speciallægeuddannelsen:

- Den skal være baseret på gennemført grunduddannelse (universitetsuddannelse) i et medlemsland.
- Den skal omfatte teoretisk og praktisk undervisning.
- Den skal gennemføres på heltidsbasis (dispensation til deltidsuddannelse på grund af dokumenterede personlige forhold er mulig) under tilsyn af de kompetente myndigheder eller organer.
- Den skal finde sted på et universitet, på et undervisningssygehus eller efter omstændighederne ved anden godkendt institution.
- Den skal indebære den uddannelsessøgendes personlige deltagelse i institutionernes aktivitet og ansvar.

Den automatiske godkendelse af titler er begrænset til de specialer, der er opført i Artiklerne 5 og 7. Der er fastsat minimumskrav vedrørende uddannelsesvarighed (Artiklerne 26 og 27), idet der opereres med tre grupper på henholdsvis 3, 4 og 5 år.

Foruden den automatiske overførsel af titler er der også mulighed for individuel bedømmelse i henhold til EU-direktivets Artikel 8. Modtagerlandet er forpligtet til at tage hensyn til de uddannelseselementer - dokumenteret ved eksamensbeviser, certifikater eller andre kvalifikationsbeviser, som en ansøger har gennemført i en anden medlemsstat, ligesom det anbefales staterne at tage hensyn til uddannelseselementer opnået i ikke-EU-lande.

EØS-aftalen

Der er i Aftalen om det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde af 2. maj 1992 mellem EU og EFTA-landene indeholdt regler om et fælles arbejdsmarked og en gensidig anerkendelse af kvalifikationer. EØS-aftalen indebærer således, at EU-lægedirektivet har gyldighed for hele EØS-området. Efter Finlands, Sveriges og Østrigs tilslutning til EU har aftalen i praksis kun betydning i relation til Island og Norge.

Efter indgåelsen af EØS-aftalen valgte Schweiz alligevel at stå udenfor, og udveksling af titler har ikke kunnet finde sted. Der er dog for nylig indgået en bilateral aftale mellem EU og Schweiz om gensidig anerkendelse af titler.

4.2 EU's rådgivende udvalg for lægeuddannelse

I erkendelse af de ikke ubetydelige forskelle i lægeuddannelsen i medlemslandene i Det Europæiske Fællesskab etableredes samtidig med lægedirektiverne i 1975 og i henhold til Rådets afgørelse (75/364/EEC) et Rådgivende udvalg for lægeuddannelse - Advisory Committee on Medical Training (ACMT) - med det overordnede formål at fremme en høj, ensartet standard i såvel den lægelige grunduddannelse som speciallægeuddannelsen.

Hvert land har 3 medlemmer (+ 3 suppleanter), der repræsenterer henholdsvis professionen, de medicinske fakulteter og de kompetente myndigheder. De rådgivende udvalgs opgaver og sammensætning vurderes for tiden bl.a. i lyset af de mange nye landes forestående optagelse i EU.

ACMT har i årenes løb udarbejdet fire redegørelser på speciallægeområdet:

1. Report and Recommendations on the General Problems of Specialist Training, Commission of the European Communities (Bruxelles, 13. november 1979), dok. III/D/732/2/78.

Redegørelsen omhandler de almene aspekter af speciallægeuddannelsen og giver en række henstillinger vedrørende uddannelsens tilrettelæggelse og indhold samt angående de kompetente myndigheder. Der advares mod en ukritisk udvidelse af specialiseringen.

2. Second Report and Recommendations on the Training of Specialists, Commission of the European Communities (Bruxelles, 9. marts 1983), dok. III/D/107/5/82.

Redegørelsen gennemgår mere indgående de enkelte specialområders praksis og uddannelse. Den udvikler konceptet om "common trunk" og peger på værdien af en omgruppering af specialerne efter karakteren af specialernes funktioner. Der opstilles en liste over uddannelsesvarigheder i de enkelte lande, og der lægges op til en forlængelse af minimumskravene fra 3-5 til 4-6 år. Der gives en række henstillinger vedrørende bl.a. antallet af uddannelsessøgende, uddannelsens placering og de kompetente myndigheders ansvar. Med henblik på at fremme en generel høj standard foreslås udveksling af eksperter med henblik på deltagelse i udvælgelsesprocedurer for adgang til specialeuddannelser, inspektion af institutioner og eksaminationer.

3. Third Report and Recommendations on the Conditions for Specialist Training, Commission of the European Communities (Bruxelles, 4. marts 1986), dok. III/D/538/5/84.

Redegørelsen gennemgår for hver af de daværende 10 medlemsstater nogle forhold vedrørende uddannelsesbetingelserne, herunder (a) udvælgelsesprocedurer, (b) uddannelsens form og uddannelsesinstitutioner og (c) monitorering af uddannelsesforløb og slutevaluering af de uddannelsessøgende. Redegørelsen indeholder ikke nye henstillinger, men gentager de tidligere.

4. Fourth Report and Recommendations on the Conditions for Specialist Training, Commission of the European Communities (Bruxelles, 30. juni 1997), dok. XV/E/8306/4/96.

Redegørelsen genfremsætter i systematiseret form henstillinger fra de første redegørelser (rapport nummer angivet i parentes):

Udvælgelse af kandidater

- Antallet af uddannelsessøgende skal afpasses efter uddannelseskapa­citeten, således at der kan tilbydes forsvarlig uddannelse. Metoderne skal tillade alsidighed, fleksibilitet og indvinding af nye erfaringer (1)
- Antallet af uddannelsessøgende skal reguleres i forhold til det fremtidige behov samt de uddannelsesmæssige ressourcer (2).

Uddannelsesformer og godkendelse af uddannelsescentre

Hvert land bør oprette en eller flere nationale institutioner for speciallægeuddannelse med det formål at

- fastlægge normer for og indhold i uddannelsen og føre tilsyn med overholdelsen heraf ved regelmæssige besøg på uddannelsescentre,
- samordne grunduddannelsen med speciallægeuddannelsen generelt og i de enkelte specialer,
- udføre alle opgaver i forbindelse med udstedelse af eksamensbeviser, certifikater eller andre kvalifikationsbeviser,
- optage forbindelser med de tilsvarende organer i de øvrige medlemsstater.

Et sådant organ bør sammensættes af repræsentanter fra uddannelsesinstitutioner og lægeprofessionen (1).

- Lønnet heltidsuddannelse, baseret på almindelig hospitalstjeneste, bør være normen (1).
- Hvis uddannelsen kan gennemføres på såvel universitetshospitaler som andre sygehuse, bør kandidaterne have mulighed for at indhøste erfaring inden for begge typer (2).
- Uddannelsen skal omfatte såvel teoretisk undervisning på højeste niveau som praktisk uddannelse i lægestillinger, herunder vagttjeneste, og aflønnes på passende vis (2).
- Den uddannelsessøgende må i stigende grad påtage sig et selvstændigt ansvar, efterhånden som han/hun bliver dygtigere og mere erfaren. Speciallægeuddannelsen bør omfatte en fælles del for beslægtede specialer (“common trunk”). Dennes varighed og indhold bør afpasses i forhold til den endelige specialisering, som foregår i den sidste del uddannelsen (2).
- Al uddannelse bør overvåges af en kompetent myndighed, som kan godkende uddannelsescentre eller i påkommende tilfælde tilbagekalde en sådan godkendelse på grundlag af regelmæssige tilsyn. Denne myndighed bør overvåge:

- Sygehusenes indretning (biblioteker, mødefaciliteter, teknisk udstyr, støtteafdelinger m.m.).
- Afdelingens virksomhed: arbejdets omfang udtrykt i patientenheder og liggedage (antal behandlede, antal senge, arbejdets tekniske niveau etc.).
- Lærerstabens størrelse, kvalifikationer og erfaring.
- Det af de uddannelsessøgende udførte arbejde samt deres fremskridt og indhøstede erfaringer (2).

Tilsyn med uddannelsessøgende og slutevaluering

Den kompetente myndighed bør kontrollere kvaliteten af den uddannelse, den enkelte uddannelsessøgende modtager, ved:

- Forudgående godkendelse af uddannelsesprogrammet.
- Fortegnelser over uddannelsescentre, der er godkendt til at gennemføre hele programmer eller nærmere angivne dele heraf.
- Tilsyn med den uddannelsessøgendes præstationer inden for programmet.
- Regelmæssige eksaminationer eller bedømmelser.
- Udveksling af rapporter med de kompetente myndigheder i andre medlemsstater, hvor en del af uddannelsen er modtaget (2).

Forslag om revision af lægedirektivet

På baggrund af den 4. redegørelse har ACMT stillet forslag om en revision af lægedirektivet. I forslaget har man samlet speciallægebetegnelserne i 75 hovedkategorier, som findes i to eller flere stater, og som vurderes at dække identiske eller meget beslægtede områder. 21 af disse betegnelser findes i alle stater og 54 i to eller flere.

Ved en gennemførelse af forslaget vil Danmark optræde med 41 af de her i landet godkendte 42 specialer. Eneste undtagelse er det medicinske grenspeciale hepatologi. Af de 41 danske specialer findes 15 grundspecialer og 6 grenspecialer i alle 15 lande og de resterende 20 betegnelser i 3 til 14 lande.

Ud over en revision af specialefortegnelser har ACMT stillet forslag om ændring af minimumskravene til uddannelsestid, således at den nuværende gruppe på 3 år forlænges til 4-5 år og hovedparten af den nuværende gruppe på 4 år forlænges til 5 år, samt at der indføres en gruppe på 6 år omfattende 10 specialer inden for den kirurgiske sektor.

ACMT's forslag indeholder endelig mere detaljerede krav med hensyn til special-

lægeuddannelsernes struktur, proces og indhold. Der er nu fremsat forslag om udbygning af direktivets Artikel 24, således at der indføres krav om et "struktureret uddannelsesprogram", om anvendelse af "common trunk", hvor det er hensigtsmæssigt, samt om at uddannelsen skal være "koordineret, superviseret og reguleret af en national autoritet". Der fremsættes tillige konkret forslag til et Annex til direktivet indeholdende detaljeret beskrivelse af henholdsvis den "nationale autoritet" og "det strukturerede træningsprogram".

EU-kommissionens stillingtagen til ACMT's samlede forslag til direktivændring kan tidligst forventes i løbet af 2000.

4.3 Specialiseringen i andre lande

EU området

Tabel 1 viser antallet af godkendte specialer i de 15 EU-lande. En gruppe på 8 lande (inkl. Danmark) har omkring 40 (37-45) betegnelser, en anden på 5 lande omkring 60 (49-67). Afvigende er Holland med 29 og Finland med 92, som i løbet af en årrække vil reducere antallet til 49 efter en ny speciallægeforordning, der trådte i kraft 1. januar 1999. 10 af de 15 lande opererer med grenspecialer.

TABEL 1**INTERNATIONAL ANERKENDELSE AF
MEDICINSKE SPECIALER****(ANTAL ANERKENDETE BENÆVNELSER)**

| | TOTAL | GRUND- SPECIALE | GREN- SPECIALE |
|---------------|--------------|----------------------------|---------------------------|
| EU | | | |
| BELGIEN | 38 | 28 | 10 |
| DANMARK | 42 | 25 | 17 |
| TYSKLAND | 58 | 41 | 17 |
| GRÆKENLAND | 37 | 37 | |
| SPANIEN | 43 | 43 | |
| FRANKRIG | 39 | 36 | 3 |
| ITALIEN | 49 | 49 | |
| IRLAND | 43 | 23 | 20 |
| LUXEMBOURG | 39 | 39 | |
| HOLLAND | 29 | 29 | |
| ØSTRIG | 67 | 45 | 22 |
| PORTUGAL | 45 | 45 | |
| FINLAND | 92 | 32 | 60 |
| SVERIGE | 60 | 60 | |
| STORBRITANIEN | 57 | 57 | |
| | | | |
| EØS | | | |
| NORGE | 43 | 30 | 13 |
| ISLAND | 50 | 29 | 21 |
| SCHWEIZ | 52 | 49 | 3 |
| | | | |
| USA | 102 | 36 | 66 |
| | | | |
| CANADA | 52 | 29 | 23 |

EFTA området

Specialiseringen i Norge svarer i det store og hele til forholdene i Danmark, medens der i Island ses en afspejling af det forhold, at mange islandske læger i efterkrigstiden har gennemført speciallægeuddannelse i USA og Europa. Schweiz har i alt 52 anerkendte specialer, heraf 3 grenspecialer. Desuden udstedes færdighedsbevis inden for visse aktiviteter (akupunktur, homøopati, sportsmedicin m.m.). Liechtenstein har kun registreret 22 specialer, og har ikke en selvstændig speciallægeuddannelse.

USA

I USA styres specialeudviklingen nationalt af American Board of Medical Specialities, som er en paraplyorganisation for de nuværende Boards. De 24 Boards udsteder specialistcertifikater i ialt 36 hovedspecialer og 66 grenspecialer. Som en ny udvikling finder der nu et samarbejde sted vedrørende grenspecialer, som i et vist omfang kan tildeles på tværs af hovedspecialer og på grundlag af forskellige uddannelsesforløb.

Canada

Speciallægeområdet er siden 1929 styret af Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) og for den fransktalende dels vedkommende af la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec. Der er i øjeblikket 53 anerkendte specialer fordelt på 30 grundspecialer og 23 grenspecialer. Svarende til de fleste intern medicinske grenspecialer kan en titel også erhverves af speciallæger i pædiatri. To grenspecialebetegnelser (Critical Care Medicine; Clinical Pharmacology) kan tildeles som overbygning i flere specialer.

RCPSC har nu besluttet, at der i fremtiden kun vil ske godkendelse baseret på examination og certification.

4.4 Vurdering af specialeudviklingen

Internationalt har specialeudviklingen trods en række specifikke forskelle fulgt et overordnet ret ensartet mønster. Nogle lande har tilladt oprettelse af specialer inden for områder, hvor andre har oprettet en uformel ekspertuddannelse. Begrebet grenspeciale anvendes i godt halvdelen af landene i EØS og i Nordamerika. Almen medicin er nu godkendt som speciale i 7 EØS-lande og i USA.

Nye godkendelser finder sted de fleste steder, men der er også set eksempler på kraftig opbremsning (tidligere Italien, nu Finland). Sverige gennemførte i midten af 1980'erne et kommissionsarbejde med det formål at foretage en væsentlig reduktion, men endte med en udvidelse til de nuværende 60 specialer. Der er nu igen overvejelser om en reduktion.

Det rådgivende udvalg for lægeuddannelse i EU har i mange år vurderet det optimale antal specialer til omkring 50.

Udviklingen i Danmark har de sidste knap 30 år ført til en øgning med 10 specialer, og siden den store reform i 1982 er der godkendt tre og nedlagt 1 speciale.

Den danske udvikling med nu i alt 42 specialer har således i international sammenligning været moderat. Hepatologi er kun anerkendt i Danmark. Den mest iøjnefaldende afvigelse i den danske specialeliste er børnekirurgi, som ikke er anerkendt som speciale i Danmark, men er godkendt i 15 EØS-lande. Andre fag er audiologi-foniatri og retsmedicin, som er godkendt i ca. halvdelen af EU-landene.

En gennemgang af de enkelte fags opståen har vist følgende tidsmæssige sekvens: Først en ny lægefaglig udvikling, dernæst etablering af nye funktioner/afdelinger i sygehusvæsenet og endelig den formelle godkendelse af ny betegnelse og uddannelsesregler. Specialistnævnet har som forudsætning for indstilling om anerkendelse af et speciale altid krævet et tilstrækkeligt antal kvalificerede udøvere af faget samt den tilstrækkelige uddannelseskapacitet.

4.5 Speciallægeuddannelsen i andre lande

I det følgende gennemgås i tematisk form nogle hovedlinier i speciallægeuddannelsen i de lande, som i samarbejds-mæssig henseende har størst betydning for Danmark.

Adgangsbetingelser

I kraft af anerkendelse af specialet almen medicin som betingelse for virke under sygesikringsaftalen indtager Danmark en særstilling, som betyder at det store flertal af læger, som arbejder i sundhedssektoren, vil gennemføre en speciallægeuddannelse. Af kandidater fra danske universiteter med 15 til 25 års anciennitet har mellem 85-90% opnået at få speciallægeanerkendelse.

I andre lande, også inden for Norden, vil tilladelse til selvstændigt virke som læge

(fuld autorisation, license) stadig være det tilstrækkelige uddannelsesgrundlag for et stort antal lægers adgang til at praktisere i sundhedssektoren. Siden 1995 stilles der dog i EU krav om mindst 2 års postgraduat uddannelse som forudsætning for gensidig godkendelse af praktiserende læger. Ratio mellem generalister og andre specialister varierer i EU fra omkring 15/85 i Danmark, Sverige og Tyskland til omkring 50/50 i Belgien, Finland, Frankrig og United Kingdom.

Starttidspunkt

International sammenligning af regler for speciallægeuddannelse vanskeliggøres af større eller mindre uklarhed om starttidspunkt for uddannelsen.

Otte EU-lande har en turnusordning af forskellig varighed (6-18 måneder) og sammensætning. I de øvrige lande kan speciallægeuddannelsen påbegyndes umiddelbart efter afslutning af kandidatuddannelsen, og tilladelse til selvstændigt virke som læge gives evt. først samtidig med speciallægeanerkendelse.

Uddannelsesvarighed

Overalt anvendes tidsmål, totalt og for de enkelte uddannelseselementer, som nøgleparameter ved angivelse af uddannelseskrav. Man er naturligvis opmærksom på de begrænsninger, der knytter sig til en tidsafgrænsning, men praktiske problemer ved anvendelse af registrering af antal gennemførte færdighedsudviklende procedurer, hvoraf kun nogle (operationer m.m) kan kvantificeres, gør tidsmål til en nødvendig og håndterlig målemetode.

Sverige indførte i uddannelsereformen af 1992 et skift fra tidsafgrænsning til målopfyldelse. Ideelt skulle speciallægeuddannelsen således styres af dokumentation for opfyldelse af specialets uddannelsesmål, hvilket i princippet indebar en mulighed for individualisering af tidsforbruget med kortere uddannelse for de talentfulde og energiske og længere uddannelse for de svagere. Ordningen er suppleret med et minimumskrav på 5 års uddannelse i alle specialer.

Traditionelt har de nordiske lande og det øvrige Nordvesteuropa (Tyskland, Holland og United Kingdom) haft relativt lange speciallægeuddannelser (5-8 år), mens varigheden som helhed er kortere i Sydeuropa (3-5 år). I Nordamerika er speciallægeuddannelsen som helhed lidt kortere end i Nordvesteuropa med varigheder på 3-7 år i USA og 4-7 år i Canada.

I Danmark har speciallægeuddannelserne en normeret varighed på mellem 5 og 8 år efter turnusuddannelsen.

Uddannelsesstruktur, uddannelsesprogrammer og inspektion

Tidligere kunne der foretages en opdeling i på den ene side det i Nordvesteuropa fremherskende mesterlæreprincip, kendetegnet ved ustruktureret uddannelse som et biprodukt til langvarig ansættelse i lønnede lægestillinger i sygehusvæsenet, og på den anden side det i Sydeuropa fremherskende universitetsbaserede videreuddannelsessystem med kortere uddannelsestid, mindre praktisk klinik og dominans af teoretiske kurser. I de sidste to-tre årtier er der imidlertid sket en vis udligning. Samtidig kan der konstateres en udvikling i form af mere formaliserede kliniske uddannelsesplaner baseret på godkendte målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer for de enkelte uddannelsesstillinger. I de fleste lande er det kun en begrænset del af stillingsmassen i sygehusvæsenet, der anvendes til speciallægeuddannelse.

Uddannelseshospitaler/afdelinger

Til forskel fra situationen i Norden foregår videreuddannelsen i de fleste andre lande ved et begrænset antal, særligt udpegede “teaching hospitals”, hovedsageligt universitetssygehuse, regionalsygehuse eller større lokalsygehuse, og uddannelsesopgaverne er sædvanligvis understøttet af veldefinerede budgetter.

De nordamerikanske “recidency programs” sikrer rotation i alle relevante funktioner i et samlet program. En tilsvarende udvikling med samling af uddannelseselementer i ansættelsesmæssige blokke er så småt ved at vinde frem i Europa.

Som i Danmark er ansættelse ved mindst to afdelinger i specialet almindeligvis indbygget i programmerne. Desuden er der sædvanligvis krav (Europa) om uddannelse både i og uden for de højtspecialiserede universitetssygehusafdelinger, som fremhævet af ACMT. Sverige er her en undtagelse, idet det samlede program er overladt til en enkelt afdeling, evt. blot på et mindre centralsygehus.

I lande med langvarig tradition for uddannelsesprogrammer er der sædvanligvis også veldefinerede forhold med hensyn til supervision af den enkelte læges kompetenceudvikling. Ansvarer kan være placeret hos “program directors”, “tutors” eller “vejledere” (“handledare”), ofte sådan at der er en gennemgående vejleder eller “mentor” for en større del af uddannelsen.

Teoretisk uddannelse

Et samlet nationalt uddannelsesstilbud af teoretiske kurser har været en integreret del af videreuddannelsen i Norden i mere end 30 år. Herved sikres ensartet national kvalitet og rationel udnyttelse af lærerkræfter. I andre lande tilrettelægges det teoretiske uddannelsesprogram oftest på regionalt eller lokalt niveau.

Ansvar for gennemførelsen af programmerne varierer. Igen spiller traditionelle forhold en rolle. I United Kingdom foregår der således et tæt samarbejde mellem Royal Colleges, Postgraduate Deans og Universiteterne om kursusudbud. I Mellem- og Sydeuropa indgår den teoretiske uddannelse som en del af universiteternes ansvar for speciallægeuddannelsen, og i Østeuropa er funktionen henlagt til de postgraduate medicinske institutter.

I Norge har den Norske Lægeforening og universiteterne i fællesskab udviklet programmerne, som også anvendes i efteruddannelsen. I Sverige er opgaven for nylig flyttet fra Socialstyrelsen til universiteterne, ligesom det er tilfældet i Finland. I Danmark har Sundhedsstyrelsen ansvaret, men de specialespecifikke kurser gennemføres af de lægevidenskabelige selskaber med finansiering af statslige midler.

Mens deltagelse i de teoretiske kurser i Danmark stadig er en ret og pligt for de uddannelsessøgende, der er knyttet til ansættelsen i en undervisningsstilling i speciallet, kan der i Sverige som følge af decentraliseringen af ansvaret for videreuddannelsen (LSU-reformen af 1992) konstateres en reduktion i kursusdeltagelse på grund af sygehusvæsenets effektivitetskrav.

Forskningsrelation

Internationalt opfattes speciallægeuddannelsen som en postgraduat professionsuddannelse, og der er i det store og hele ingen tradition for indbygning af forskeruddannelse eller krav til forskningsaktivitet i speciallægeuddannelsen. Forskningsaktivitet har derimod mange steder betydning for rekruttering til specialerne, ligesom der i uddannelsen evt. indgår selvstændige opgaver, som kan have forskningskarakter.

4.6 Speciallægeuddannelsens organisation i andre lande

Det gennemgående træk internationalt, er at speciallægeuddannelsens overordnede organisation er et nationalt anliggende. Det gælder godkendelse af specialer,

fastlæggelse af mål og regler, godkendelse af uddannelsesinstitutioner og uddannelsesprogrammer samt evaluering og tildeling af autorisation.

Selv i USA, hvor "license" som læge udstedes af de enkelte stater, er ansvaret for speciallægeuddannelsen et nationalt tema.

Et andet gennemgående træk internationalt set er den akademiske og lægeprofessionelle dominans i de styrende organer på speciallægeområdet. I de fleste lande i Europa og i Nordamerika har myndighederne således begrænset indflydelse via medlemskab eller observatørstatus i de styrende organer, evt. sådan at de styrende opgaver er delegeret til professionelle organer. Det gælder således American Board of Medical Specialities og Accreditation Council for Graduate Medical Education i USA, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Specialist Training Authority of the Medical Royal Colleges og General Medical Council i United Kingdom, Bundesärztekammer i Tyskland, Specialisten Registratie Commissie i Holland samt Ordre des Médecins i Frankrig.

Nogle europæiske lande har flere autorisationsgivende eller diplomudstedende instanser. Det gælder f.eks. Landesärztekammer i de tyske delstater, de enkelte universiteter, Ordre des Médecins eller Undervisningsministeriet i Frankrig, de enkelte universiteter i Italien, og Sundhedsministeriet eller lægeforeningen i Portugal.

I Norden har udviklingen som helhed været anderledes, idet sundhedsmyndighederne har spillet en større rolle. I Sverige aftog statsmagtens indflydelse med LSU-reformen i 1992, men for nylig har regeringen erkendt, at decentraliseringen har skabt store problemer for sikringen af speciallægeproduktionen, og der er derfor tilbageført kompetence fra landstingene til Socialstyrelsen. I Norge har området suverænt været styret af den Norske Lægeforening (efter delegation fra staten), men oprettelsen af et "Nasjonalt råd for specialistutdanning av leger" i starten af 1999 bringer de offentlige sundhedsmyndigheder på statsligt såvel som lokalt niveau stærkere ind i styringen. I Finland har universiteterne efter sydeuropæisk mønster den afgørende indflydelse.

5 Forudsætninger for Speciallægekommissionens overvejelser og forslag

I henhold til kommissoriet kan Speciallægekommissionens opgaver sammenfattes som følger:

Kommissionen har til opgave:

- At undersøge, på hvilke områder der såvel inden for som uden for sygehusvæsenet er behov for anerkendte lægelige specialer eller andre lægelige fagområder, for herved at tilvejebringe et grundlag for en optimal specialestruktur til betjening af sundhedsvæsenet, herunder en struktur, der er i stand til at sikre samspillet mellem primærsektoren og sekundærsektoren samt i videst muligt omfang gøre det muligt at anlægge helhedsbetragtninger i patientforløbet.
- At stille forslag om, hvilke lægelige specialer der bør anerkendes og autoriseres af sundhedsmyndighederne, og hvilke der bør være interesse- eller ekspertområder.
- At stille forslag om uddannelseskravene inden for de anerkendte specialer.
- At stille forslag om ændringer i uddannelsessystemet med henblik på at sikre en effektiv og kvalitativt tilfredsstillende speciallægeuddannelse, herunder vurdere om der er mulighed for at foretage en decentral forankring af den lægelige videreuddannelse i samarbejde med universitetshospitalerne.
- At vurdere, hvorledes man bedst muligt måler kommende speciallægers kompetence i uddannelsens enkelte faser, og i hvilken udstrækning en øget decentralisering af administrationen af speciallægeuddannelsen vil være hensigtsmæssig.

Det forudsættes, at kommissionen i de overvejelser, der ligger til grund for kommissionens forslag, tager udgangspunkt i såvel den sundhedsfaglige udvikling som de igangværende og forventede strukturændringer inden for sundhedsvæsenet, herunder særligt behovet for øget funktionel samordning.

Det anføres ligeledes, at kommissionen i fornødent omfang skal være opmærksom på såvel gældende EU-direktiver og nordiske konventioner om uddannelse og anerkendelse af speciallæger som på anbefalinger fra EU's rådgivende komité om lægers uddannelse fra 1996.

Speciallægekommissionens forslag til en ny specialestruktur skal som anført baseres på en undersøgelse af, på hvilke områder der såvel inden for som uden for sygehusvæsenet er behov for anerkendte lægelige specialer og andre lægelige fagområder.

Det fremtidige behov for ydelser inden for de lægelige fagområder må i et betydeligt omfang antages at være betinget af befolkningens efterspørgsel efter sundhedsydelser inden for de pågældende fagområder.

Det må ligeledes antages, at sundhedsvæsenets organisation og struktur vil have en vis betydning for behovet for speciallæger inden for de lægelige fagområder samt for uddannelsen inden for disse, idet eksempelvis nedlæggelse af akutte beredskaber og centralisering af visse opgaver - alt andet lige - vil tendere til at reducere behovet for speciallæger inden for de berørte fagområder.

Kommissionens overvejelser vedr. den sundhedsfaglige udvikling samt de igangværende og kommende strukturændringer inden for sundhedsvæsenet er beskrevet i det følgende.

5.1 Den sundhedsfaglige udvikling

Sygehuskommissionen anfører i betænkningen ”Udfordringer i sygehusvæsenet” fra januar 1997, at efterspørgslen efter sundhedsydelser ikke blot er betinget af den sundhedsfaglige udvikling (den medicinsk-teknologiske udvikling), men også af den demografiske udvikling, ændringer af befolkningens sygdomsmønster og ændringer i befolkningens brug af sundhedsydelser.

Sammenfattende konkluderes det, at behovet for sygehusydelser vil være stigende i de kommende år, selv om det ikke er muligt at foretage en præcis kvantificering af det fremtidige behandlingsbehov.

Det anføres, at den demografiske udvikling generelt kun bidrager lidt til den stigende efterspørgsel, men at der tilsyneladende er et stigende subjektivt behov for sundhedsydelser, ligesom det forventes, at der vil ske en stigning i antallet af kræftpatienter og i antallet af patienter med kroniske sygdomme så som lungesygdomme og muskel-skeletsygdomme.

Endelig fremhæves det, at den sundhedsfaglige udvikling er karakteriseret ved, at innovationer inden for området ofte er vanskelige at forudsige, og at innovationshastigheden er svingende og som oftest ikke ens fra fagområde til fagområde.

I betænkningen anføres det, at visse generelle udviklingstendenser dog synes sikre.

Den medicinsk-teknologiske udvikling vil således indebære, at der udvikles mere præcise og mindre invasive og dermed mere skånsomme undersøgelses- og behandlingsmetoder, hvilket sammenholdt med udviklingen inden for såvel det genetiske som det informationsteknologiske område bl.a. vil medføre:

- At der skabes bedre muligheder for at forebygge, undersøge og behandle en lang række sygdomme.
- At behandlingsindikationerne kan udstrækkes til patienter, der tidligere ikke har kunnet undersøges og behandles.
- At nye sygdomme kan undersøges og behandles.
- At tærskelværdien for at ønske undersøgelse og behandling kan falde.
- At der vil ske en fortsat omlægning fra stationær til ambulans behandling.
- At en række af de opgaver, der i dag varetages af sygehusvæsenet, vil blive overført til primærsektoren, hvorfor behovet for et tæt samarbejde mellem de to sektorer vil være stigende.

Det er Speciallægekommissionens vurdering, at den sundhedsfaglige udvikling vil være dynamisk, præget af stadige omstillingskrav og karakteriseret ved en stigende tendens til, at speciallæger i fremtiden vil komme til at arbejde med specialens funktioner i et multidisciplinært samarbejde på tværs af specialernes i dag eksisterende fysiske og organisatoriske rammer.

Kommissionen finder derfor:

- At den fremtidige specialestruktur bør være så fleksibel, at den fortløbende kan tilpasses denne udvikling.
- At den fremtidige speciallægeuddannelse bør opbygges således, at den ikke blot sikrer, at kommende speciallæger når et kompetenceniveau, der gør det muligt at levere en høj professionel standard, men også sikrer, at kommende speciallæger bibringes de nødvendige forudsætninger (holdning, viden og færdigheder) for en fortløbende faglig og professionel udvikling.

5.2 Igangværende og kommende strukturændringer inden for sundhedsvæsenet

Sygehuskommissionen anbefalede Sundhedsstyrelsen at iværksætte et udredningsarbejde med henblik på at tilvejebringe rekommandationer vedrørende det nødvendige patientunderlag for en kvalitetsmæssig forsvarlig varetagelse af udvalgte undersøgelses- og behandlingsopgaver.

På den baggrund nedsatte Sundhedsstyrelsen i marts 1997 en arbejdsgruppe med

deltagelse af Dansk Medicinsk Selskab repræsenterende de videnskabelige selskaber.

Sundhedsstyrelsens overvejelser fremgår af styrelsens debatoplæg fra marts 1998 ”Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning”, og Dansk Medicinsk Selskabs analyser og anbefalinger fremgår af selskabets publikation ”Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur”, der udkom i maj 1998.

Af Sundhedsstyrelsens debatoplæg fremgår det, at det er styrelsens opfattelse, at det hensigtsmæssige befolkningsunderlag for en basisenhed med døgnfunktion inden for det kirurgiske område i det fremtidige sygehusvæsen må formodes at ligge i nærheden af 200.000 – 250.000 indbyggere, medens underlaget inden for det medicinske område som hovedregel må antages at ligge over 100.000 indbyggere, når behandlingsopgaver inden for de større medicinske grenspecialer (herunder kardiologi) skal varetages af enheden. I visse tilfælde er det nødvendige befolkningsunderlag til varetagelse af intern medicinske behandlingsopgaver vurderet til 50.000.

Tilsvarende vurderer Sundhedsstyrelsen, at der for den højt specialiserede behandling omfattende ca. 10 pct. af såvel akut som elektiv behandling, kræves et udvidet befolkningsunderlag på 1/2-5 mill. indbyggere afhængig af specialiseringsgraden.

Basisenheden benævnes ”den funktionsbærende enhed” og defineres som en faglig organisatorisk enhed, som med høj professionel standard kan varetage hovedparten af et grundspeciales opgaver vedrørende diagnostik, behandling, pleje, lægelig videre- og efteruddannelse, samt den til disse opgaver hørende forskning, faglig udvikling, kvalitetsudvikling og -sikring, idet der ses bort fra opgaver, der kun bør varetages få steder i landet.

Den funktionsbærende enhed er ifølge debatoplægget en organisatorisk enhed - ikke en fysisk enhed - der inden for et givet grundspeciale er i stand til at varetage behandlingen af størstedelen af alle almindeligt forekommende sygdomme, således at behandlingen døgnet rundt kan foregå på et højt kvalitativt niveau.

Den funktionsbærende enhed indebærer i følge Sundhedsstyrelsens debatoplæg, at der sker en samordning af opgavevaretagelsen for et grundspeciale inden for et større optageområde. I oplægget anføres det, at en sådan samordning almindeligvis vil medføre, at der etableres et funktionelt samarbejde mellem flere sygehuse, evt. på tværs af de eksisterende amtsgrænser, og at der i hvert optageområde kun

vil være ét sygehus med akut funktion inden for det pågældende grundspeciale, medens elektive funktioner kan være placeret på et eller flere af de sygehuse, som sammenlagt udgør enheden.

I henhold til Sundhedsstyrelsens debatoplæg er målet med etableringen af funktionsbærende enheder at medvirke til at sikre den sundhedsfaglige kvalitet. En struktur med færre akutte beredskaber og enheder med et større patientunderlag forventes således at medføre:

- At patienterne døgnet rundt kan ydes relevant lægelig specialistbehandling.
- At den faglige kvalitet kan udvikles og forbedres.
- At der kan ske en bedre udnyttelse af dyrt apparatur, laboratoriefaciliteter o.l.
- At den lægelige videreuddannelse kan styrkes, idet uddannelsen kan baseres i den funktionsbærende enhed.

Regeringen tilkendegiver i sit oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002, der udkom i maj 1999, at man ville arbejde for en sygehusstruktur baseret på funktionsbærende enheder.

Af oplægget fremgår det, at det derfor er regeringens hensigt at arbejde for:

- At alle basisfunktioner samles i funktionsbærende enheder inden udgangen af 2002.
- At antallet af døgndækkende vagtberedskaber reduceres.
- At der sker en yderligere samling af de højtspecialiserede undersøgelses- og behandlingsfunktioner.
- At den præhospitale indsats styrkes.

Det påpeges i regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken, at etablering af en funktionsbærende enhed forudsætter, at enheden har én samlet ledelse, hvor ledelsesansvaret er entydigt placeret, og at den funktionsbærende enhed skal forestå koordinationen til primærsektoren, hvilket styrker mulighederne for at udvikle bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb.

I juni 1999 indgik regeringen en aftale med Amtsrådsforeningen om amternes økonomi i 2000. Af aftalen fremgår, at regeringen og Amtsrådsforeningen er enige om at stille mod en sygehusstruktur baseret på funktionsbærende enheder, og der er enighed om, at der ved den funktionsbærende enhed som hovedregel kun etableres ét døgndækkende beredskab per speciale, idet der dog inden for visse specialer kan være behov for at tage hensyn til geografiske forhold.

Det aftaltes, at hvert amt inden den 1. april 2000 udarbejder en sygehusplan, som

skitserer, hvorledes man har tænkt sig at realisere målsætningerne vedr. befolkningsunderlag og vagtberedskab, og man blev enige om, at målsætningerne i videst muligt omfang skulle søges realiseret inden udgangen af år 2002.

Speciallægekommisionens vurderinger

Speciallægekommisionen kan konstatere, at såvel de centrale sundhedsmyndigheder som sygehusejerne støtter de principper, der ligger til grund for den funktionsbærende enhed, og aktivt arbejder for at gennemføre en række strukturændringer baseret herpå.

Det er derfor Speciallægekommisionens vurdering, at den strukturelle udvikling inden for det danske sundhedsvæsen i de kommende år vil blive baseret på den funktionsbærende enhed, men også at den hastighed, hvormed etableringen af de funktionsbærende enheder finder sted, herunder også det tempo, hvori reduktionen af antallet af vagtberedskaber sker, vil veksle fra amt til amt.

De i denne betænkning fremsatte forslag fremsættes i en forventning om, at sygehusstrukturen i fremtiden vil blive baseret på funktionsbærende enheder, herunder de i regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken for 2000 – 2002 opstillede delmål.

Kommisionen er opmærksom på, at der for tiden sker en konkretisering af de funktionsbærende enheder i forbindelse med amternes/H:S's sygehusplanlægning.

De foreliggende meldinger fra dette planlægningsarbejde tyder på, at der kan forventes forskellige udformninger af de funktionsbærende enheder.

Det er kommissionens vurdering, at etableringen af funktionsbærende enheder vil kunne medvirke til en kvalitetsoptimering ikke alene af patientbehandlingen, men også af områder som forskning, udvikling og uddannelse.

Kommisionen lægger dog vægt på, at dens forslag er så fleksible, at de fleste også vil kunne realiseres og vil medføre forbedringer af den lægelige videreuddannelse, hvor sygehusstrukturen ikke baseres på funktionsbærende enheder.

For så vidt angår kommissionens forslag til den fremtidige specialestruktur og speciallægeuddannelse, forventes, at der med etableringen af de funktionsbærende enheder ikke blot vil ske en reduktion af antallet af akutte beredskaber og etablering af enheder med et større befolkningsunderlag end i dag, men også en forskydning

af opgavefordelingen mellem basisniveauet (den funktionsbærende enhed) og det højt specialiserede niveau (lands- og landsdelsfunktioner), idet flere opgaver forventes udlagt til basisniveauet, der antageligt kan varetage ca. 90 pct. af sygehusbehandlingen i optageområdet.

Kommissionen antager, at der på næsten alle funktionsbærende enheder vil være gren- eller subspecialiserede *funktioner*, der dækker en lang række af det pågældende speciales opgaver, idet omfanget naturligt vil være forskelligt fra speciale til speciale, men finder, at egentlige gren- eller subspecialiserede *afdelinger* som hovedregel kun bør etableres på lands- og landsdelssygehuse.

Sundhedsstyrelsen har i sin Vejledning vedrørende specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet, 1996, bidraget til en fastlæggelse af lands- og landsdelsfunktioner og deres placering på sygehusene. Der pågår som opfølgning på aftalen om amternes økonomi i 2000 nu en vurdering af den fremtidige tilrettelæggelse af de højt specialiserede funktioner, hvorved forstås funktioner, der på grund af deres sjældenhed, kompleksitet og/eller ressourcekrav er samlet et eller få steder i landet.

Kommissionen forudsætter, at de højt specialiserede enheder ikke kun er tillagt højt specialiserede funktioner, men også har en basisfunktion inden for det pågældende speciale, idet dette er overordentlig vigtigt - ikke mindst af hensyn til den uddannelse, forskning, kvalitetsudvikling og kvalitetssikring, der skal foregå på disse enheder.

Kommissionen forventer herudover:

- At den funktionsbærende enhed vil blive en enhed, der dels er i stand til at tilbyde hovedparten af speciallægeuddannelsen inden for de fleste specialer, og dels er i stand til at sikre allerede uddannede speciallæger - og andet sundhedspersonale - gode muligheder for at vedligeholde og udvikle allerede erhvervet viden og færdigheder.
- At det for nogle af de mindre specialers vedkommende vil være nødvendigt at stile mod en regional eller national forankring af speciallægeuddannelsen.

Kommissionen har lagt vægt på, at den kommende specialestruktur opbygges således:

- At den sikrer en optimal betjening af såvel de funktionsbærende enheder som de højt specialiserede enheder, herunder sikrer, at den faciliterer samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren og gør det muligt at anlægge helhedsbetragtninger i patientforløbene.

- At den sikrer, at patienter, hvad enten de henvises til såvel en funktionsbærende enhed eller til en højt specialiseret enhed, altid vil blive undersøgt og behandlet af en velkvalificeret speciallæge inden for det relevante speciale.
- At den fremmer en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse på sygehusene og understøtter den funktionelle samordning og således ikke fører til en forøgelse af antallet af selvstændige driftsenheder eller gør det nødvendigt at etablere flere vagtberedskaber.
- At den understøtter en rationel tilrettelæggelse af den lægelige videreuddannelse, herunder ikke fører til et unødvendigt forbrug af uddannelseskapacitet.

Kommissionen har i sine forslag til den fremtidige speciallægeuddannelse forsøgt at tage højde for de forventede strukturændringer inden for det danske sundhedsvæsen og har i den forbindelse særligt lagt vægt på:

- At den lægelige videreuddannelse bør rumme elementer fra såvel primærsektoren som sekundærsektoren, og at speciallægeuddannelsen almindeligvis bør omfatte ansættelse ved såvel en funktionsbærende enhed som en højt specialiseret enhed, bl.a. for herved dels at fremme samarbejdet såvel mellem de to sektorer som mellem de funktionsbærende enheder og de højt specialiserede enheder, dels at bedre mulighederne for at sikre helhedsbetragtninger i patientforløbene.
- At speciallægeuddannelsen inden for beslægtede specialer i videst muligt omfang bør omfatte en fælles basisuddannelse (common trunk), bl.a. for at sikre, at henviste patienter tilses af speciallæger, der uddannelsesmæssigt har en sådan bredde, at risikoen for fejlvisitation begrænses mest muligt, og at speciallæger inden for beslægtede specialer/fagområder i et vist omfang kan indgå i et fælles beredskab.
- At en større del af uddannelsen inden for de praksisrelevante specialer finder sted inden for praksissektoren.

6 Den fremtidige speciallægeuddannelses mål og opbygning

6.1 Indledning

I indledningen til Speciallægekommissionens kommissorium anføres det, at der igennem flere år er udtrykt bekymring over kvaliteten i speciallægeuddannelsen, og det nævnes, at Sygehuskommissionen i 1997 gjorde opmærksom på, at problemerne på uddannelsesområdet primært knyttede sig til den lægelige videreuddannelse.

Af kommissoriet fremgår det, at et af hovedformålene med Speciallægekommissionens arbejde er at øge speciallægeuddannelsens kvalitet, og at kommissionens opgave er at vurdere tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse.

I dette kapitel gennemgås kommissionens overvejelser og anbefalinger vedr. den fremtidige speciallægeuddannelses mål og opbygning. Endvidere behandles den individuelle kompetenceudvikling. I næste kapitel (kapitel 7) behandles spørgsmålet om specialestrukturen og uddannelseskravene i de enkelte specialer.

6.2 Den nuværende speciallægeuddannelse

6.2.1 Opbygning

Den nuværende speciallægeuddannelse er opbygget efter ensartede principper, idet der dog gælder særlige forhold for specialerne arbejdsmedicin, samfundsmedicin, almen medicin og klinisk farmakologi.

Bestemmelserne om uddannelsens opbygning og tilrettelæggelse findes i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 af 27. juni 1996 om speciallæger.

Bestemmelserne om turnusuddannelsen findes i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 657 af 20. september 1990 om uddannelse til selvstændigt virke som læge og i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 279 af 17. april 1997 om lægers adgang til at opnå turnusstillinger.

Bestemmelserne om uddannelserne inden for de enkelte grund- og grenspecialer findes i Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 654 af 3. juli 1996 om uddannelse af speciallæger.

Af bestemmelserne fremgår det, at ”Speciallægeuddannelsen er en lægelig videreuddannelse på videnskabeligt grundlag med henblik på opnåelse af praktisk og teoretisk kompetence på speciallægeniveau, svarende til de af Sundhedsstyrelsen efter indstilling fra Specialistnævnet godkendte uddannelsesmålsætninger for de enkelte specialer”.

Det anføres ligeledes,

- at den praktisk-kliniske uddannelse skal finde sted ved ansættelse på sygehusafdelinger, i speciallægepraksis, hos alment praktiserende læge eller på anden institution med lægeligt eller lægevidenskabeligt arbejdsområde,
- at den uddannelsessøgende skal følge et af Sundhedsstyrelsen godkendt uddannelsesprogram,
- og at Sundhedsstyrelsen kan stille krav om at den uddannelsessøgende dokumenterer, at visse uddannelsesaktiviteter er gennemgået.

Den kliniske videreuddannelse indledes med en turnusuddannelse af 18 måneders varighed, omfattende 6 måneders ansættelse ved en intern medicinsk afdeling, 6 måneders ansættelse ved en kirurgisk eller en ortopædkirurgisk afdeling og 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge hos en alment praktiserende læge, der praktiserer for den offentlige sygesikring.

Turnusuddannelsen har i henhold til ”Målbeskrivelse for Turnusuddannelse” til formål at bibringe den uddannelsessøgende kendskab til diagnostik og behandling af et bredt udsnit af de almindeligste akutte medicinske og kirurgiske sygdomme samt indsigt i det almen medicinske sygdomsmønster som grundlag for en fortsat uddannelse til speciallæge.

Uddannelsen tilbydes alle nyuddannede lægekandidater umiddelbart efter kandidateksamen eller snarest muligt herefter og skal være gennemgået, inden anden klinisk ansættelse kan indgå i speciallægeuddannelsen.

Turnusstillingerne fordeles ved lodtrækning i henhold til Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 279 af 7. april 1997.

Efter turnusuddannelsens afslutning indledes den specialeorienterede del af den kliniske videreuddannelse.

Uddannelsen skal som hovedregel indeholde 3 faser:

1. En introduktionsuddannelse (fase I) i specialet af mindst 12 måneders varighed, som har til formål at indføre den uddannelsessøgende læge i det valgte speciale og gøre det klart for såvel den uddannelsessøgende læge som for den uddannelsesgivende afdeling, om en speciallægeuddannelse inden for det pågældende speciale er den rette karrierevej for den uddannelsessøgende.

Introduktionsstillingerne søges i fri konkurrence, og uddannelsens varighed varierer mellem 1 og 2 år.

2. Ansættelse i en undervisningsstilling (fase II) ved én eller flere lands- og landsdelsafdelinger eller anden godkendt afdeling, hvor den uddannelsessøgende læge skal gennemgå et uddannelsesprogram under supervision af en postgraduat klinisk tutor.

Ansættelse sker efter opslag og som hovedregel efter central bedømmelse af ansøgernes kvalifikationer. Uddannelsens længde varierer fra speciale til speciale mellem 1 og 2 1/4 år.

3. Ansættelse som 1. reservelæge (fase III) i mindst 18 måneder. Uddannelsens formål fremgår af de enkelte specialers målbeskrivelse. Ansættelse sker efter opslag.

Inden for en række specialer stilles der krav om sideuddannelse inden for et eller evt. flere tilgrænsende specialer af en varighed på op til 1 år.

Uddannelse i et grenspeciale indebærer som hovedregel, at der ud over uddannelsen i grundspecialet stilles krav om en ansættelse inden for grenspecialet af 2-3 års varighed, heraf mindst 2 år som 1. reservelæge.

Med undtagelse af specialerne intern medicin og kirurgi med grenspecialer finder ansættelse inden for alle specialer sted i form af blokansættelse, der omfatter hele hoveduddannelsen (undervisningsstilling, 1. reservelægestilling og evt. sideuddannelse). Blokansættelse betyder, at lægen som led i et og samme ansættelsesforhold gør tjeneste i flere efter hinanden følgende stillinger på flere afdelinger.

6.2.2 Problemer

Den væsentligste ulempe ved det nuværende uddannelsessystems opbygning og tilrettelæggelse er efter kommissionens vurdering, at uddannelsen ofte er diskonti-

nuert, og at der kun i begrænset omfang sker den fornødne integration af den praktisk-kliniske og den teoretiske uddannelse.

Diskontinuiteten skyldes dels, at den uddannelsessøgende skal forrette tjeneste ved flere forskellige afdelinger i løbet af uddannelsen, dels at der som hovedregel ikke udarbejdes et uddannelsesprogram, der dækker hele forløbet, der derved ofte vil have karakter af flere af hinanden uafhængige uddannelsesforløb.

Hertil kommer, at såvel den uddannelsessøgende læge som den uddannelsesgivende afdeling ved ethvert stillingsskift skal bruge en vis tid til "at se hinanden an", hvilket alt andet lige reducerer det uddannelsesmæssige udbytte af ansættelsen.

Problemet er særlig stort inden for områderne intern medicin og kirurgi, hvor uddannelsesbestemmelserne angiver, at den uddannelsessøgende skal forrette tjeneste på relativt mange afdelinger i løbet af speciallægeuddannelsen. Som eksempel herpå kan nævnes specialet kirurgi, hvor den uddannelsessøgende som et minimum skal forrette tjeneste ved 6 forskellige afdelinger i løbet af de 6 1/4 år, speciallægeuddannelsen formelt varer.

Kommissionen har kunnet konstatere, at speciallægeuddannelsen reelt er væsentlig kortere i en række EU-lande, end tilfældet er i Danmark.

Man havde forventet, at der efter iværksættelse af videreuddannelsesreformen i 1989 ville ske et fald i den faktisk uddannelsesvarighed, hvilket imidlertid endnu ikke kan registreres.

6.3 Kommissionens overvejelser vedr. den fremtidige speciallægeuddannelse

På trods af en stigende opmærksomhed og en ofte ganske betydelig indsats for at forbedre den kliniske videreuddannelse har der op igennem 90-erne været kritik af yngre lægers uddannelse, og det er fra nogle sider blevet fremført, at uddannelsen ville blive så alvorligt forringet, at man måtte frygte for kommende speciallægers kompetenceniveau og den fremtidige behandlingskvalitet.

Selv om billedet efter kommissionens vurdering er noget mere nuanceret, end de mange kritiske bemærkninger lader ane, skal det fremhæves, at det er vigtigt, at speciallægeuddannelsen i Danmark hele tiden er på højde med uddannelsen i de lande, vi normalt sammenligner os med, ligesom det er vigtigt, at den enkelte læge vedligeholder og udvikler sine kompetencer gennem livslang læring.

Kommissionen har overvejet, hvilken betydning de kommende funktionsbærende enheder vil få og vurderer:

- At den strukturelle udvikling inden for sundhedsvæsenet i de kommende år må antages at blive karakteriseret ved etableringen af funktionsbærende enheder, der defineres som ”faglige organisatoriske enheder, som med høj professionel standard kan varetage hovedparten af et grundspeciales opgaver vedrørende diagnostik, behandling, pleje, lægelig videre- og efteruddannelse, samt den til disse opgaver hørende forskning, faglige udvikling, kvalitetsudvikling og -sikring, idet der ses bort fra opgaver, der kun bør varetages få steder i landet”.
- At den funktionsbærende enhed vil blive en enhed, der dels er i stand til at tilbyde hovedparten af speciallægeuddannelsen inden for de fleste specialer, og dels er i stand til at sikre allerede uddannede speciallæger - og andet sundhedspersonale - gode muligheder for at vedligeholde og opdatere allerede erhvervet viden og færdigheder.
- At det for nogle af de mindre specialers vedkommende vil være nødvendigt at stille mod en regional/national forankring af speciallægeuddannelsen.
- At der på næsten alle funktionsbærende enheder vil være gren- eller subspecialiserede funktioner, der dækker en lang række af det pågældende speciales opgaver, idet omfanget naturligt vil være forskelligt fra speciale til speciale, men egentlige gren- eller subspecialiserede afdelinger bør som hovedregel kun etableres på lands- og landsdelssygehuse.
- At den sundhedsfaglige udvikling vil være præget af stadige omstillingskrav og karakteriseret ved en stigende tendens til, at speciallæger i fremtiden vil komme til at arbejde med specialets funktioner i et multidisciplinært samarbejde omfattende flere specialer på tværs af specialernes i dag eksisterende fysiske og organisatoriske rammer.

På baggrund heraf er det vigtigt, at speciallægeuddannelsen opbygges så fleksibelt, at den fortløbende kan tilpasses såvel sundhedsvæsenets som den sundhedsfaglige udvikling.

Den fremtidige speciallægeuddannelse bør tilgodese udviklingen inden for alle lægefaglige områder, herunder også de områder, der i dag ikke hører under et speciale, og det skal sikres, at udviklingen er forskningsbaseret og internationalt orienteret.

Ved fastlæggelse af rammerne for speciallægeuddannelsen må der tages de fornødne hensyn til ejerforholdene i sygehusvæsenet, landets geografi, sygehusstrukturen, den demografisk udvikling og videreuddannelsessystemets kapacitet.

Kommissionen anbefaler, at den fremtidige speciallægeuddannelse opbygges således:

- At den sikrer, at de kommende speciallæger når et kompetenceniveau, der gør det muligt at nå en høj professionel standard, uden at den formelle uddannelses varighed herved forlænges.
- At den bibringer kommende speciallæger de nødvendige forudsætninger (holdning, viden og færdigheder) for en fortløbende faglig og professionel udvikling.
- At den sikrer en løbende kompetenceudvikling hos den uddannelsessøgende læge.

6.4 Speciallægeuddannelsens mål: Speciallægekompetencen

I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier for opbygning af målbeskrivelser fra 1992 omfatter speciallægekompetencebegrebet følgende elementer: teoretisk viden, kendskab til og færdigheder inden for områderne diagnostiske, terapeutiske og profylaktiske procedurer, undervisning, samarbejde og kommunikation, administration og lovgivning samt videnskabsteori og forskningsmetodologi, hvortil kommer holdninger og etik. Alle disse elementer indgår således i kravene til speciallægeuddannelsen.

Det er kommissionens opfattelse, at der i speciallægeuddannelsen har været lagt for lidt vægt på elementer som samarbejde, kommunikation, undervisning, ledelse og administration, videnskabsteori og forskningsmetodologi samt holdninger og etik, og at speciallægekompetencen derfor i for høj grad er blevet defineret ud fra et krav om snæver medicinsk ekspertviden.

Kommissionen finder, at speciallægekompetencen fremover skal defineres bredere og må omfatte såvel ovennævnte elementer, herunder holdninger og etik, som 'situationsforståelse', dvs. evnen til at anvende og tilpasse viden og færdigheder til den enkelte situation og problemstilling i den kliniske hverdag.

Denne opfattelse af speciallægekompetencen afspejler de holdninger, der i mange vestlige lande kommer til udtryk i forbindelse med de drøftelser om den fremtidige speciallægeuddannelse, der aktuelt pågår.

Kommissionen forventer, at dette også på sigt spiller ind på tilrettelæggelsen af den fremtidige grunduddannelse.

Kommissionens anbefaler en model, som efter kommissionens vurdering er dækkende for fremtidens krav til speciallæger.

I modellen defineres den generelle kompetence hos en speciallæge som:

- Evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber - lægefaglige teknikker, pædagogik, ledelse, kommunikation, samarbejde mv.

Modellen omfatter, som vist i nedenstående tabel A, en række væsentlige roller, og herudfra beskrives nogle generelle kompetencer, der yderligere er opdelt i en række specifikke mål for, hvad den uddannelsessøgende skal kunne ved afslutning af uddannelsen.

Tabel A

| Roller | Generelle kompetencer hos speciallægen |
|---------------------------------|--|
| Medicinsk ekspert | <ul style="list-style-type: none"> • Mestre diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for en etisk og effektiv varetagelse af patientbehandlingen • Opsøge og anvende relevant information i klinisk praksis • Varetage effektiv lægegerning med respekt for såvel patient, uddannelse, forskning og lovgivning |
| Kommunikator | <ul style="list-style-type: none"> • Etablere optimal kontakt til patienter og pårørende • Indhente relevant anamnese fra patienter/pårørende/andre • Mestre relevant dialog med patienter/pårørende og behandlerteam |
| Samarbejde | <ul style="list-style-type: none"> • Rådgive og diskutere konstruktivt med læger, sundhedspersonale og andre • Medvirke konstruktivt i tværfaglige teams |
| Leder/ Administrator | <ul style="list-style-type: none"> • Udnytte ressourcer rationelt i en afstemning af patientbehandling, uddannelsesbehov, forskning og eksterne aktiviteter • Motivere og engagere i sundhedsorganisationen • Anvende informationsteknologi til optimering af patientbehandling, livslang læring og andre aktiviteter |
| Sundhedsfremmer | <ul style="list-style-type: none"> • Identificere vigtige faktorer for sundhed, som påvirker patienterne • Arbejde for øget sundhed hos patienten og i lokalsamfundet • Opdage og agere på de forhold, hvor rådgivning er påkrævet |
| Akademiker | <ul style="list-style-type: none"> • Forpligtelse til en personlig kontinuerlig uddannelsesstrategi (livslang læring) • Kritisk vurdere medicinsk information • Kritisk vurdere lægelig praksis • Facilitere læring hos patienter, kolleger, studenter og andre • Bidrage til udvikling af ny viden |
| Professionel | <ul style="list-style-type: none"> • Præstere høj kvalitet i behandling med integritet, ærlighed og medfølelse • Udvide passende personlig og mellemmenneskelig professionel adfærd • Praktisere faget i etisk overensstemmelse med forpligtelserne som læge |

Kommissionen anbefaler:

- At den generelle kompetence hos en speciallæge fremover defineres som evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, der ud over den medicinske ekspertfunktion omfatter ledelse, pædagogik, kommunikation, samarbejde m.v.
- At den fremtidige speciallægeuddannelse baserer sit kompetencebegreb på de essentielle roller og dertil hørende generelle kompetencer, der er vist i tabel A.
- At en speciallæge skal være i stand til at påtage sig ansvaret for undersøgelse, primær behandling og visitation af alle uselekterede patienter, herunder alle akutte patienter inden for specialet, og at vedkommende selvstændigt skal kunne varetage undersøgelse og/eller behandling af hovedparten (90 pct.) af de patienter, der inden for eget speciale henvises til afdelingen/den funktionsbærende enhed.
- At de eksisterende målbeskrivelser revideres, således er en klar overensstemmelse mellem den opnåede kompetence og målbeskrivelsernes krav til lægens kunnen ved uddannelsens afslutning.
- At autorisation som speciallæge kvalificerer til fast ansættelse som speciallæge (f. eks. afdelingslæge).

I næste kapitel (kapitel 7) behandles spørgsmålet om specialestrukturen, herunder om der fremover skal være grund- og grenspecialer.

6.5 Uddannelsesstillinger

Den kliniske videreuddannelse gennemføres i sin nuværende form ved ansættelse i stillinger, som er klassificeret til enkelte dele af videreuddannelsen (enkeltsstillingsklassifikation).

Det var forventet, at enkeltsstillingsklassifikationssystemet, der blev indført i fuldt omfang i 1997, ville indebære såvel administrative som uddannelsesmæssige fordele.

Administrativt har systemet medført, at det blev muligt at foretage en kvantitativ styring af speciallægeuddannelsen og af den geografiske fordeling af de enkelte uddannelsesforløb, sidstnævnte dog kun, hvis antallet af vakante uddannelsesstillinger er beskedent.

Uddannelsesmæssigt var det hensigten, at systemet skulle gøre det muligt at tage stilling til den enkelte stillings uddannelsesmæssige værdi i forbindelse med klassifikation af stillingen og dermed sikre, at der ville være overensstemmelse mellem målbeskrivelsens krav til det pågældende uddannelseselement og stillingens

uddannelsesmæssige indhold, hvilket igen skulle føre til en intensivering af den lægelige videreuddannelse.

Kommissionen finder, at enkeltstillingsklassifikationssystemet i et vist omfang har medvirket til, at der er sket en intensivering af den lægelige videreuddannelse gennem fokusering på målrettet uddannelse i de klassificerede stillinger.

Systemet bliver imidlertid kritiseret for at være ufleksibelt, hvilket i et vist omfang skyldes, at Sundhedsstyrelsen hidtil har valgt at være restriktiv med dispensationer fra bekendtgørelsens krav om, at uddannelse skal finde sted i klassificerede stillinger. Det er de centrale sundhedsmyndigheders opfattelse, at en liberal ad-hoc klassificering af uklassificerede stillinger vil fjerne grundlaget for den centrale styring af speciallægeproduktionen og mindske de mindre sygehusenheders mulighed for at tiltrække uddannelsessøgende læger til deres klassificerede stillinger.

Det er kommissionens vurdering, at det vil være muligt at skabe en større overensstemmelse mellem målbeskrivelsernes krav og de uddannelsesgivende afdelingers muligheder for at honorere disse og dermed også mulighed for at sikre en større fleksibilitet, hvis ansvaret for at udpege og klassificere de enkelte uddannelsesstillinger delegeres til det regionale niveau, der vil have et bedre kendskab til de enkelte afdelingers uddannelsespotentialer, herunder ændringer i dette, end de centrale sundhedsmyndigheder.

Kommissionen skal derfor anbefale, at enkeltstillingsklassifikationssystemet ændres til et system, der på samme tid sikrer, at de centrale sundhedsmyndigheder har mulighed for at skabe overensstemmelse mellem udbud og efterspørgsel efter speciallæger, og at uddannelsesstillingerne placeres på afdelinger, der er i stand til at honorere de i målbeskrivelserne stillede krav til den pågældende stilling.

Kommissionen foreslår:

- At de centrale sundhedsmyndigheder efter indstilling fra det nationale råd for lægers videreuddannelse fastlægger antallet af uddannelsesforløb inden for de enkelte specialer samt meddeler de enkelte uddannelsesregioner, hvor mange uddannelsesforløb der skal etableres inden for hver uddannelsesregion.
- At de regionale videreuddannelsesråd pålægges ansvaret for at tilrettelægge de enkelte uddannelsesforløb, således at de uddannelsessøgende sikres ansættelse på afdelinger, der er i stand til at honorere de i målbeskrivelserne stillede krav til den pågældende stilling.

I kapitel 9 om organisation og styring er der redegjort for kommissionens forslag

om et nationalt råd for lægers videreuddannelse og om regionale videreuddannelsesråd.

6.6 Den fremtidige speciallægeuddannelses opbygning

Kommissionen finder, at den fremtidige speciallægeuddannelse skal opbygges således, at den ikke blot opfylder de i afsnit 6.4 beskrevne mål, men også sikrer den fremtidige faglige udvikling, øger fleksibiliteten og modvirker risikoen for, at speciallægeuddannelsen konstant slæber adskillige år efter udviklingen. Det indebærer, at uddannelsen skal opbygges af en egentlig formaliseret speciallægeuddannelse omfattende en række obligatoriske elementer samt en mindre formaliseret og individuelt tilrettelagt uddannelse.

Kommissionen anbefaler, at videreuddannelsen efter turnusuddannelsens afslutning skal opbygges i to dimensioner.

Første dimension omfatter den formaliserede og målbeskrevne uddannelse inden for et *speciale*, d.v.s. introduktions- og hoveduddannelsen. Uddannelsen er specialorienteret og består af obligatoriske elementer så som den specialespecifikke kliniske og teoretisk uddannelse samt uddannelse inden for områderne forskningstræning, pædagogik, ledelse og administration samt kommunikation og samarbejde.

Anden dimension omfatter den mindre formaliserede og individuelle profilering eller faglige interesseforfølgelse, der som hovedregel finder sted efter erhvervelse af en speciallægeautorisation.

Kommissionen ønsker at opretholde en række af de generelle uddannelseskraav, der er beskrevet i de nugældende regler.

Den kliniske videreuddannelse bør fortsat finde sted under ansættelse som underordnet læge, og ansættelsen skal ske efter opslag.

Kommissionen mener ligeledes, at uddannelsen som hovedregel skal finde sted under heltidsansættelse.

Kommissionen finder derimod ikke, at reglen om, at ansættelse af under 3 måneders varighed ikke kan indgå i videreuddannelsen, eller at reglen om, at vikaransættelse højst kan indgå med 6 måneder i hoveduddannelsen, skal fastholdes,

idet det afgørende må være, om den uddannelsessøgende kan få det i målbeskrivelserne anførte udbytte af en ansættelse.

Kommissionen foreslår:

- At den kliniske videreuddannelse opbygges af de 3 elementer: *turnusuddannelse*, *introduktionsuddannelse* og *hoveduddannelse*.

6.6.1 Turnusuddannelsen

Turnusuddannelsen er som tidligere nævnt opbygget af 6 måneders ansættelse ved medicinske afdelinger, 6 måneders ansættelse ved kirurgiske eller ortopædkirurgiske afdelinger og 6 måneders ansættelse i almen praksis.

Uddannelsen skal i princippet videreføre den praktisk-kliniske uddannelse, som er givet under universitetsstudiet. Uddannelsen har til formål at bibringe de uddannelsessøgende læger et alment praktisk kendskab til håndtering af de almindeligst forekommende akutte og ikke-akutte sygdomme i primær- og sekundærsektoren, herunder modtagelse af den akut syge patient, samt indføring i basale kirurgiske færdigheder, således at den teoretiske viden fra studiet suppleret med den kliniske uddannelse i turnusstillingen fører frem til et kompetenceniveau, hvor den enkelte kan opnå tilladelse til selvstændigt virke som læge og har et grundlag for den videre speciallægeuddannelse.

For at sikre, at der er den tilsigtede sammenhæng mellem den sidste del af det lægevidenskabelige studium og turnusuddannelsen, bør der efter kommissionens vurdering tilstræbes et regionalt samarbejde omkring uddannelser og kompetencer mellem de sundhedsvidenskabelige fakulteter og de postgraduate uddannelsesgivende institutioner.

Et sådant samarbejde vil desuden have den fordel, at der kan tages højde for ændringer i såvel det præ- som det postgraduate curriculum. En styrkelse af den prægraduate kliniske træning vil således kunne føre til en afkortning/omlægning af turnusuddannelsen.

Det er kommissionens vurdering, at turnusuddannelsens sammensætning og varighed *aktuelt* bør bibeholdes, men at ændringer i omfanget af den prægraduate kliniske træning bør give anledning til overvejelser.

Kommissionen anbefaler derfor:

- At turnusuddannelsen *aktuelt* skal bevares som en blokansættelse bestående af 12

måneders ansættelse på relevante kliniske afdelinger og 6 måneders ansættelse i almen praksis,

- at turnusuddannelsen omfang og indhold bør revurderes, hvis der gennemføres en ændring af den kliniske træning under prægraduate lægeuddannelse,
- og at uddannelsen bør placeres umiddelbart efter candidateksamen, og at evt. ventetid maksimalt må være 6 måneder.

Kommissionen finder, at man i lyset af de igangværende strukturændringer, herunder ikke mindst etableringen af de funktionsbærende enheder og de deraf afledte ændringer af sygehusfunktionerne som f.eks. oprustning af primærsektorbaserede vagtklinikker, bør være opmærksom på behovet for evt. fremtidige ændringer i turnusuddannelsen.

Turnusuddannelsen kan med fordel placeres ved de funktionsbærende enheder under forudsætning af, at den/de afdelinger, hvor den uddannelsessøgende er ansat, kan tilgodese målbeskrivelsen for turnusuddannelsen.

Hvis der sker en oprustning af de primærsektorbaserede vagtklinikker, og skadestuebetjeningen dermed ændres, bør der foretages en revurdering af, hvilke typer kirurgiske afdelinger der kan indgå i den kirurgiske del af turnusuddannelsen, herunder om for eksempel gynækologi og obstetrik vil kunne indgå. Det bør i den forbindelse overvejes, om turnuskandidaterne i løbet af praksisreservelægetiden skal deltage i arbejdet på vagtklinikkerne i primærsektoren.

Kommissionen skal på denne baggrund af ovenstående anbefale:

- At der ved en evt. gennemførelse af de nævnte strukturændringer tages initiativ til at revurdere turnusuddannelsen.

6.6.2 Introduktionsuddannelsen

Introduktionsuddannelsen må betragtes som indgangen til hoveduddannelsen i det valgte speciale. Uddannelsen har til formål at gøre det klart for såvel den uddannelsessøgende som afdelingen, om en speciallægeuddannelse inden for det pågældende speciale er den rette karrierevej for den uddannelsessøgende læge.

Kommissionen finder, at introduktionsuddannelsen som hovedregel bør gennemgås ved en funktionsbærende enhed, men den kan placeres ved en højt specialiseret enhed, forudsat denne varetager basisfunktioner inden for specialet og er i stand til at tilbyde den uddannelse, der er beskrevet i målbeskrivelsen for det pågældende speciale.

Uddannelsessystemet skal dimensioneres således, at der er en reel mulighed for, at de uddannelsessøgende om nødvendigt kan prøve mere end et speciale, inden endeligt specialevalg foretages.

Kommissionen anbefaler:

- At introduktionsuddannelsen bevares som en ansættelse af 12 måneders varighed, som ikke indgår i en blokansættelse.

6.6.3 Hoveduddannelsen

Et af problemerne ved den aktuelle speciallægeuddannelses struktur er, at uddannelsen inden for en række specialer er meget fragmenteret i og med fase I,- II,- og III-uddannelsen inden for nogle specialer kræver, at den uddannelsessøgende forretter tjeneste på 5-6 forskellige afdelinger. De mange ansættelser indebærer, at den uddannelsessøgende bruger uforholdsmæssig megen tid på at lære en ny afdeling at kende, og at det i praksis viser sig vanskeligt at samordne uddannelsen.

Kommissionen finder det vigtigt, at hoveduddannelsen opbygges som et samlet hele, omfattende såvel den praktisk-kliniske uddannelse, som den teoretiske uddannelse og den af kommissionen foreslåede forskningstræning.

Kommissionen skal understrege, at uddannelsen skal opbygges på grundlag af de centrale sundhedsmyndigheders godkendte målbeskrivelser (se kapitel 10).

Uddannelsen bør efter kommissionens vurdering bestå af færrest mulige ansættelser, og den skal baseres på et uddannelsesprogram, der understøtter et kontinuerligt uddannelsesforløb samt en uddannelsesplan for den enkelte uddannelsessøgende læge.

De funktionsbærende enheder vil have et patientunderlag og en lægelig bemanding, der gør det naturligt at lægge en større del af speciallægeuddannelsen ud på disse enheder.

Det er kommissionens vurdering, at man bedst udnytter dette uddannelsespotentialer og samtidig sikrer et integreret og kontinuerligt uddannelsesforløb, hvis hovedparten af speciallægeuddannelsen henlægges til og forankres ved en uddannelsesansvarlig stamafdeling/enhed ved en funktionsbærende enhed inden for de specialer, hvor det er muligt.

Stamafdelingen/enheden bør have ansvaret for koordineringen af det samlede uddannelsesforløb, og stamafdelingen skal udpege en vejleder, der skal fungere som mentor for den uddannelsessøgende gennem hele hoveduddannelsen og være ansvarlig for, at der udarbejdes et uddannelsesprogram og en uddannelsesplan for det samlede uddannelsesforløb.

Uddannelsen bør som hovedregel omfatte ansættelse ved såvel en funktionsbærende enhed som ved en højt specialiseret enhed, idet fordelene ved at have et kendskab til specialets funktion på begge niveauer vægtes højere end ønsket om at opbygge uddannelsen af færrest mulige ansættelser. Kommissionen finder det således væsentligt, at kommende speciallæger har kendskab til alle facetter vedr. specialets funktion, d.v.s. såvel de mere almindeligt forekommende opgaver ved de funktionsbærende enheder som de højt specialiserede opgaver.

Nogle specialer er karakteriseret ved, at en stor del af de opgaver, der er henlagt til pågældende specialer, udføres af praktiserende speciallæger. Det gælder bl.a. specialerne oftalmologi, otologi og dermatologi. Speciallægeuddannelsen inden for de pågældende specialer foregår i dag udelukkende inden for sygehusvæsenet, hvilket indebærer, at kendskabet til de opgaver, der varetages i speciallægepraksis, kan være beskedent.

Kommissionen anbefaler, at speciallægepraksis i specialerne oftalmologi, otologi og dermatologi inddrages i uddannelsen, idet man derved dels vil være i stand til gøre fremtidige speciallæger inden for området bedre rustet til at udøve specialets funktioner på basisniveau, dels får mulighed for at anvende en endnu ikke udnyttet uddannelseskapacitet.

For de andre specialer, som er repræsenteret i speciallægepraksis, anbefales, at det vurderes, om dele af speciallægeuddannelsen kan foregå i speciallægepraksis som en valgmulighed.

Der indgår i dag sideuddannelse/laboratorieuddannelse i speciallægeuddannelserne. I det omfang disse uddannelseselementer bevares, skal de indgå i hoveduddannelsen.

Kommissionen anbefaler:

- At uddannelsen opbygges af et antal kliniske, teoretiske og færdighedsudviklende moduler.
- At begrebet sideuddannelse afskaffes, og at uddannelse inden for tilgrænsende specialer indgår i hoveduddannelsen.

- At det nationale råd for lægers videreuddannelse på basis af reviderede målbeskrivelser forestår en kritisk gennemgang af de enkelte uddannelseselementer i den nuværende speciallægeuddannelse med henblik på fastlæggelsen af rammerne for og indholdet i den fremtidige uddannelse.

De kliniske moduler (K-modulerne) er definerede som uddannelseselementer af varierende længde omfattende klinisk tjeneste med et veldefineret indhold, der kan omfatte såvel akutte som elektive funktioner, herunder ambulant- og daghospitalsfunktioner.

De kliniske moduler indgår som elementer i et samlet ansættelsesforløb, der ud over tjeneste ved den funktionsbærende enhed, hvor hoveduddannelsen er forankret, og den dertil knyttede højt specialiserede enhed, kan indebære tjeneste ved anden funktionsbærende enhed.

De teoretiske og færdighedsudviklende kurser (T- og F-moduler) er definerede som kortvarige kurser (få dage til få ugers varighed), der i videst muligt omfang placeres således, at de kan erhverves sideløbende med K-modulerne.

Såvel T- som F-moduler bør integreres i det samlede videreuddannelsesforløb, hvilket vil sige, at disse uddannelseselementer bør kunne gennemgås fra turnusuddannelsens begyndelse til den kompetencegivende uddannelses afslutning.

Det skal fremhæves, at den praktiske læring og kursusvirksomheden ikke alene omfatter opbygning af klinisk kompetence, men også udvikling af kompetencer på de øvrige områder, jf. modellen i afsnit 6.4.1. med fremtidens krav til speciallæger.

Efter kommissionens vurdering skal varigheden af og indholdet i de enkelte uddannelseselementer samt antallet af de forskellige uddannelseselementer, der er en forudsætning for at nå et givet kompetenceniveau, fastsættes for hvert enkelt speciale.

De teoretiske og færdighedsudviklende moduler er omtalt i kapitel 11.

På denne baggrund anbefaler kommissionen:

- At hoveduddannelsen opbygges som et kontinuerligt uddannelsesforløb af 48-60 måneders varighed, i princippet omfattende de uddannelseselementer, der i dag indgår i fase II, fase III og sideuddannelsen, dog således at varigheden for de intern medicinske og de kirurgiske specialer kan være op til 72 måneder.

- At hoveduddannelsen i videst mulig omfang henlægges til og forankres ved en stamafdeling/enhed ved en funktionsbærende enhed.
- At der for hvert speciale udarbejdes en samlet målbeskrivelse for uddannelsen, og at målbeskrivelserne godkendes af de centrale sundhedsmyndigheder.
- At stamafdelingen/enheden har ansvaret for udarbejdelsen af et uddannelsesprogram for hele hoveduddannelsen og for fastlæggelsen af en uddannelsesplan for den enkelte uddannelsessøgende læge.
- At stamafdelingen udpeger en vejleder for den uddannelsessøgende, og at vejlederen får til opgave at fungere som mentor for den uddannelsessøgende under hele uddannelsesforløbet.
- At speciallægepraksis inddrages i speciallægeuddannelsen.

Kommissionen skal påpege, at den af kommissionen anbefalede ramme for den praktisk-kliniske uddannelses varighed må betragtes som henholdsvis den nedre og den øvre grænse for uddannelsens varighed, idet det vurderes, at langt de fleste uddannelsessøgende vil være i stand til at opfylde de i målbeskrivelserne stillede krav inden for den angivne tid.

6.7 Den individuelle kompetenceudvikling

Videreuddannelsens anden dimension omfatter den kompetenceudvikling, der hovedsagelig finder sted efter speciallægeuddannelsens afslutning.

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

Den individuelle kompetenceudvikling vil ofte være inspireret af de videnskabelige selskabers aktiviteter inden for det pågældende fagområde, ligesom den vil være påvirket af sundhedsvæsenets efterspørgsel efter lægelige ydelser og den enkelte læges interesser.

Principielt påbegyndes den individuelle profilering ved videreuddannelsens start, fortsætter med stigende tyngde gennem hoveduddannelsen og varer til den erhvervsaktive karrieres afslutning.

Kompetenceudviklingen og efteruddannelsen forudsættes således at være livslang.

Et led i kompetenceudviklingen er § 14-profileringen, der leder til ansættelse som overlæge.

6.7.1 Gældende regler om overlægebedømmelse

I henhold til lægelovens § 14 skal der, inden en stilling som overlæge på et sygehus eller anden behandlingsinstitution besættes, foretages en lægefaglig bedømmelse af ansøgeren i et fagligt bedømmelsesudvalg nedsat af ansættelsesmyndigheden.

Før beslutning om ansættelse i en overlægestilling træffes, forelægger ansættelsesmyndigheden sin indstilling om ansættelse i stillingen for Sundhedsstyrelsen, der inden 10 dage kan afgive en vejledende, lægefaglig vurdering af ansøgeren.

Årsagen til, at § 14-ordningen i sin tid blev indført, var, at man lokalt kun havde begrænsede muligheder for at foretage en tilfredsstillende faglig vurdering af ansøgere til overlægestillinger.

Ordningen blev i sin oprindelige form etableret i 1934 og formaliseret i lægeloven af 1935. Ordningen indebar, at samtlige ansøgninger til en konkret opslået overlægestilling skulle indsendes til Sundhedsstyrelsen, og at styrelsen til brug for den ansættende myndighed skulle afgive en udtalelse med angivelse af, om den enkelte ansøger var ”meget kvalificeret”, ”kvalificeret” eller ”ikke-kvalificeret” til den opslåede stilling. Sundhedsstyrelsens udtalelser omhandlede kun en vurdering af ansøgernes lægefaglige kvalifikationer og var baseret på en vurdering foretaget af et fagligt råd nedsat af det pågældende lægevidenskabelige selskab for 4 år ad gangen.

Som et led i den lokale ansættelsesprocedure blev § 14-bedømmelsen ofte suppleret med en bedømmelse af de enkelte ansøgers egnethed i øvrigt til den ledige stilling. Ved ansættelse af administrerende overlæger lagde man således særlig vægt på en vurdering af ansøgerens administrative og ledelsesmæssige erfaring.

Den øgede kvalitet i den lokale bedømmelse var baggrunden for, at man i forbindelse med lægelovens ændring i 1990 besluttede at modernisere og forenkle § 14-ordningen.

I henhold til den reviderede lægelov (lov nr. 278 af 2. maj 1990) skulle den lokale ansættelsesmyndighed selv nedsætte et bedømmelsesudvalg og foretage den samlede såvel faglige som administrative og ledelsesmæssige vurdering af ansøgerne.

Det blev samtidig besluttet, at ansættelsesmyndighedens indstilling af den, som man ønskede ansat i stillingen, skulle indsendes til Sundhedsstyrelsen til dennes faglige vurdering, idet det dog var forudsat, at ansættelsesmyndigheden ved behov herfor kunne anmode Sundhedsstyrelsen om en faglig vurdering af flere egnede ansøgere. Sundhedsstyrelsens udtalelse skulle fortsat være vejledende.

Endelig blev det besluttet, at Sundhedsstyrelsen skulle udarbejde vejledende retningslinjer for de faglige elementer, der skulle indgå i bedømmelsen, samt hvilke oplysninger der skulle forelægges Sundhedsstyrelsen til brug for vurderingen. Af denne vejledning, Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 107 af 4. juli 1997 om faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger, fremgår det, at vurderingen omfatter ansøgerens lægefaglige - herunder forskningsmæssige - kvalifikationer, men ikke vedkommendes ledelsesmæssige kvalifikationer.

Så vidt det er kommissionen bekendt, findes der ikke i de andre europæiske lande centralt fastsatte regler om bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger, der svarer til de danske § 14-regler.

6.7.2 Kommissionens overvejelser vedr. § 14-profileringen

For at sikre en høj faglig standard finder kommissionen det væsentligt, at der fortsat foretages en lægefaglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger, og at de centrale sundhedsmyndigheder fastsætter generelle retningslinjer for bedømmelsen i henhold til lægelovens § 14.

Retningslinierne skal efter kommissionens vurdering angive minimumskravene til den kompetenceudvikling, der er en forudsætning for at opnå ansættelse som overlæge.

Kommissionen anbefaler:

- At ansættelse som overlæge med klinisk funktion forudsætter forudgående ansættelse som speciallæge ved en afdeling med relevant faglig profil og funktion i forhold til det for bedømmelsen aktuelle stillingsopslag.
- At denne forudgående ansættelse som hovedregel bør være af størrelsesordenen 2 år, hvor mindst et år af denne ansættelse skal være gennemført ved en anden afdeling/enhed end den afdeling/enhed, hvor hoveduddannelsen har fundet sted.
- At der ved vurderingen af den enkelte ansøger bør lægges betydelig vægt på ansøgerens faktiske kompetence, og at ansøgere, som har opnået kompetence gennem afvigende uddannelsesforløb, f.eks. ved arbejde i udlandet, bør vurderes

på baggrund af ansøgerens dokumenterede kompetence, og ikke efter om uddannelsen i detaljer overholder de opstillede danske tidskrav.

Kommissionen finder det hensigtsmæssigt, at de videnskabelige selskaber inden for rammerne af de generelle retningslinier for § 14-bedømmelsen, der er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, gives mulighed for at udarbejde vejledende retningslinier for § 14-profileringen, idet sådanne retningslinier efter kommissionens vurdering vil medvirke til at forbedre grundlaget for kommende speciallægers karriereplanlægning.

Sådanne vejledende retningslinier bør være så rummelige, at de giver mulighed for en individuel profilering inden for fagområder.

Det skal bemærkes, at § 14-bedømmelsen efter kommissionens opfattelse skal ses som en evaluering af den enkelte læges individuelle kompetenceudvikling.

6.7.3 Kommissionens anbefalinger vedr. § 14-bedømmelsen

Kommissionen anbefaler:

- At ansættelse i en tidsubegrænset stilling inden for sundhedsvæsenet kun sker efter forudgående lægefaglig bedømmelse.
- At ansættelse i ikke-ledende stilling (f.eks. afdelingslæge) sker efter lægefaglig bedømmelse, der foretages af et af institutionen nedsat internt bedømmelsesudvalg
- At ansættelse som overlæge fortsat sker efter lægefaglig bedømmelse, jf. lov om udøvelse af lægegerning § 14.
- At bedømmelsen foretages i forhold en konkret stilling, hvorfor de til stillingen knyttede funktioner skal fremgå af en stillings- og funktionsbeskrivelse.
- At bedømmelsen omfatter en vurdering af ansøgerens kvalifikationer såvel inden for det lægefaglige område, som inden for områderne forskning og undervisning samt ledelse og administration.

Kommissionen har gennemgået den gældende vejledning om bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger (Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 107 af 4. juli 1997).

Med henblik på at styrke kvaliteten af den faglige bedømmelse samt forenkle den administrative procedure anbefaler kommissionen, at vejledningen ændres.

Kommissionen anbefaler:

- At et flertal af bedømmelsesudvalgets medlemmer fremover udpeges af ansættelsesmyndigheden efter indstilling fra det/de relevante videnskabelige selskaber, og at fristen for afgivelse af indstilling herom er 10 hverdage.
- At mindst et af bedømmelsesudvalgets medlemmer skal være ansat i en anden region.
- At kun ét af udvalgets medlemmer samtidig kan have sæde i ansættelsesudvalget.
- At bedømmelsen fremover også omfatter en vurdering af ansøgerens administrative og ledelsesmæssige erfaringer.
- At ansættelsesmyndigheden, hvis denne vælger at ansætte en ansøger, der er kendt kvalificeret af bedømmelsesudvalget, orienterer Sundhedsstyrelsen herom.
- At ansættelsesmyndigheden, hvis denne ønsker at ansætte en ansøger, der er kendt "ikke-kvalificeret", forelægger Sundhedsstyrelsen sin indstilling om ansættelse i stillingen, før beslutning om ansættelse træffes.

Kommissionen anbefaler herudover, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med H:S, Amtsrådsforeningen, Den Almindelige Danske Lægeforening og Dansk Medicinsk Selskab etablerer et kursus i bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger med henblik på at kvalificere en mindre kreds af overlæger inden for hvert speciale/fagområde til at indgå i § 14-bedømmelsesudvalgene, idet det tilstræbes, at en overlæge, der har gennemgået et sådant kursus, altid indgår i bedømmelsesudvalget.

I lyset af de ovenfor opstillede krav til fast ansættelse i sygehusvæsenet bør der - som led i aftaleforholdet mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg og de forhandlingsberettigede organisationer - beskrives og opstilles faglige forudsætninger for at kunne udøve retten til at praktisere som alment praktiserende læge eller speciallæge.

7 Den fremtidige specialestruktur og -uddannelse

7.1 Indledning

I henhold til kommissoriet skal Speciallægekommissionen undersøge, på hvilke områder der er behov for anerkendte lægelige specialer. Der skal tilvejebringes en specialestruktur, som er den bedst mulige til betjening af sundhedsvæsenet. Desuden skal kommissionen stille forslag om, hvilke lægelige specialer der bør anerkendes, samt stille forslag om uddannelseskraV i disse specialer.

På baggrund af de i kapitel 6 beskrevne overvejelser og anbefalinger vedr. den fremtidige speciallægeuddannelses mål og opbygning redegøres i dette kapitel for kommissionens overvejelser og anbefalinger vedrørende den fremtidige specialestruktur og -uddannelse i de enkelte specialer.

7.2 Den nuværende specialestruktur

De nuværende specialer er af vidt forskellig karakter: Nogle er knyttet til bestemte diagnostiske metoder (f.eks. diagnostisk radiologi), andre til bestemte organer (f.eks. oftalmologi), nogle til bestemte behandlingsformer (f.eks. kirurgi i modsætning til intern medicin) og andre igen til bestemte aldersgrupper (f.eks. pædiatri og geriatri).

En gennemgang af de enkelte specialers opståen viser som hovedregel følgende tidsmæssige sekvens: Først en ny lægevidenskabelig udvikling, dernæst etablering af nye funktioner/afdelinger inden for sygehusvæsenet og endelig den formelle godkendelse af et nyt speciale og dets uddannelsesbestemmelser.

Der findes ingen entydig definition af et lægeligt speciale, men sammenhængen mellem et speciale og specialets formelle uddannelseskraV er i dag så udtalt, at et speciale i praksis bedst beskrives som et lægevidenskabeligt område med specifikke uddannelsesregler.

Specialistnævnets indstilling om anerkendelse af et nyt speciale har således ikke været betinget af, at et lægevidenskabeligt område levede op til en entydig definition af, hvad der konstituerer et speciale.

Specialistnævnets vurdering af, om et lægevidenskabeligt område skulle indstilles

til anerkendelse som speciale, har i praksis altid været baseret på en konkret vurdering af en række forhold vedr. det pågældende fagområde. En positiv indstilling har bl.a. været betinget af, at der inden for et lægevidenskabeligt område var det fornødne antal kvalificerede udøvere, en uddannelseskapacitet, der var tilstrækkeligt stor til at sikre uddannelsen inden for området, og at der i sundhedsvæsenet var et behov for det pågældende område.

Danmark har i dag anerkendt 25 grundspecialer og 17 grenspecialer, d.v.s. i alt 42 specialer, hvortil kommer en række uformelle subspecialer eller interesse- og ekspertområder.

Den aktuelle specialestruktur i Danmark er i henhold til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 af 27. juni 1996 (grenspecialer indrykket):

- Almen medicin.
- Anæstesiologi.
- Arbejdsmedicin.
- Børne- og ungdomspsykiatri.
- Dermato-venerologi (hud-og kønssygdomme).
- Diagnostisk radiologi (røntgenundersøgelse).
- Gynækologi og obstetrik (kvindesygdomme og fødselshjælp).
- Intern medicin (medicinske sygdomme).
 - Geriatrici (alderdommens sygdomme).
 - Hepatologi (leversygdomme).
 - Hæmatologi (blodsygdomme).
 - Infektionsmedicin.
 - Kardiologi (medicinske hjerte- og kredsløbssygdomme).
 - Medicinsk allergologi (medicinske overfølsomheds-sygdomme).
 - Medicinsk endokrinologi (medicinske hormonsygdomme).
 - Medicinske lungesygdomme.
 - Nefrologi (medicinske nyresygdomme).
 - Reumatologi (gigtsygdomme).
- Kirurgi (kirurgiske sygdomme).
 - Karkirurgi (kirurgiske blodkarsygdomme).
 - Kirurgisk gastroenterologi (kirurgiske mave-tarmsygdomme).
 - Plastikkirurgi.
 - Thoraxkirurgi (brysthulens kirurgiske sygdomme).
 - Urologi (urinvejenes kirurgiske sygdomme).
- Klinisk biokemi.
- Klinisk farmakologi.

Klinisk fysiologi og nuklearmedicin.
Klinisk genetik.
Klinisk immunologi.
Klinisk mikrobiologi.
Neurokirurgi (kirurgiske nervesygdomme).
Neurologi (medicinske nervesygdomme).
 Klinisk neurofysiologi.
Oftalmologi (øjensygdomme).
Onkologi (kræftsygdomme).
Ortopædisk kirurgi.
Oto-rhino-laryngologi (øre-næse-halssygdomme).
Patologisk anatomi (vævs- og celleundersøgelser).
Psykiatri.
Pædiatri (sygdomme hos børn).
Samfundsmedicin.

Set i international sammenhæng må antallet af specialer i Danmark betegnes som relativt moderat.

I EU har en gruppe på 8 lande, heriblandt Danmark, omkring 40 specialer (37-45), medens en anden gruppe på 5 lande har omkring 60 specialer (49-67). Afvigende er Holland med 29 og Finland med 92 specialer. I Finland vil antallet i løbet af nogle år blive reduceret til 49 efter at en ny speciallægeforordning trådte i kraft ved årsskiftet 1998-99. 10 af de 15 EU-lande har indmeldt til EU, at de har grenspecialer. Yderligere 2 lande har også grenspecialer, som ikke er indmeldt til EU.

Internationalt har specialeudviklingen overordnet set fulgt et ret ensartet mønster trods en række specifikke forskelle, og man har i de fleste lande kunnet konstatere en vækst i antallet af specialer, om end man i såvel Italien som Finland har set eksempler på en kraftig reduktion i antallet af specialer - i begge tilfælde fra et meget højt niveau.

Også i Danmark har man kunnet konstatere en vækst i antallet af specialer, der er steget med 10 i løbet af de sidste 30 år. I de senere år har stigningen dog været meget beskeden, idet der siden 1982-reformen kun er godkendt 3 nye specialer (almen medicin, klinisk genetik, klinisk farmakologi), medens der i samme periode er nedlagt 1 speciale (tropemedicin).

7.3 Krav til den fremtidige specialestruktur

På baggrund af de i kommissoriet stillede krav og forventninger til såvel den sundhedsfaglige som den strukturelle udvikling inden for sundhedsvæsenet må det af den fremtidige specialestruktur kræves:

- At den er så fleksibel, at den fortløbende kan tilpasses såvel sundhedsvæsenets som den sundhedsfaglige udvikling.
- At den sikrer den bedst mulige betjening af såvel de funktionsbærende enheder som de højt specialiserede enheder, herunder sikrer, at den understøtter samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren samt gør det muligt at anlægge helhedsbetragtninger i patientforløbene.
- At den sikrer, at patienter altid kan blive undersøgt og behandlet af en velkvalificeret speciallæge inden for det pågældende sygdomsområde.
- At den fører til hensigtsmæssige rammer for arbejdstilrettelæggelsen på sygehuse, for afdelingsstrukturen og for den funktionelle samordning og således ikke fører til en forøgelse af antallet af selvstændige driftsenheder eller gør det nødvendigt at etablere flere vagtberedskaber.
- At den understøtter en rationel tilrettelæggelse af den lægelige videreuddannelse, herunder ikke fører til et unødvendigt forbrug af uddannelseskapacitet.
- At den tager hensyn til gældende EU-direktiver og nordiske konventioner om uddannelse og anerkendelse af speciallæger samt til Advisory Committee on Medical Training's anbefalinger.

7.4 Kommissionens overvejelser vedr. den fremtidige specialestruktur

7.4.1 Kriterier for anerkendelse af et speciale

Som nævnt har der hidtil ikke eksisteret en entydig beskrivelse af de kriterier, der skulle være opfyldt, hvis et lægefagligt område skulle anerkendes som et speciale.

Kommissionen finder det fortsat ikke muligt at foretage en sådan entydig beskrivelse, men har i det følgende opstillet en række kriterier, der efter kommissionens opfattelse bør indgå i overvejelserne vedr. anerkendelse af specialer:

Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang.

Det lægevidenskabelige områdes specificitet.

Specialestrukturen i sammenlignelige lande.

7.4.1.1 Det lægevidenskabelige områdes størrelse og omfang

Det taler for at anerkende et lægevidenskabeligt område som et speciale, hvis området omfatter mange patienter og involverer et tilstrækkeligt stort antal kompetente udøvere til at garantere områdets udvikling og muliggøre uddannelsen af kommende speciallæger i specialet.

Omvendt taler det imod at anerkende et område som et speciale, hvis området omfatter få patienter, et beskedent antal læger og få afdelinger/selvstændige driftsenheder.

Kommissionen finder, at et lægevidenskabeligt område, der ikke er repræsenteret som selvstændig driftsenhed i alle tre uddannelsesregioner, som hovedregel ikke bør anerkendes som et speciale.

7.4.1.2 Det lægevidenskabelige områdes specificitet

Det taler for at godkende lægevidenskabelige områder som specialer, hvis de har så få berøringspunkter, at læger fra de pågældende områder ikke kan indgå i et fælles beredskab ved en funktionsbærende enhed, eller hvis områderne er karakteriseret ved, at uddannelsen ikke eller kun i beskedent omfang ligner uddannelsen inden for andre lægevidenskabelige områder.

Lægevidenskabelige områder, der har så mange fælles berøringspunkter, at læger, der er uddannet inden for de pågældende områder meningsfyldt kan indgå i et fælles beredskab ved en funktionsbærende enhed, bør almindeligvis ikke anerkendes som selvstændige specialer.

7.4.1.3 Specialestrukturen i sammenlignelige lande

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

Nedenfor er vist en oversigt over, i hvor mange EU- og EØS-lande de danske specialer og grenspecialer er anerkendt.

| Speciale/grenspecialebetegnelse | Godkendt i antal EU- og EØS-lande |
|--|--------------------------------------|
| Almen medicin. | 7 |
| Anæstesiologi. | 17 |
| Arbejdsmedicin. | 16 |
| Børne-og ungdomspsykiatri. | 14 |
| Dermato-venerologi (hud-og kønssygdomme). | 15 |
| Diagnostisk radiologi (røntgenundersøgelse). | 17 |
| Gynækologi og obstetrik (kvindesygdomme og fødselshjælp) | 17 |
| Intern medicin (medicinske sygdomme). | 17 |
| Geriatrici (alderdommens sygdomme). | 10 |
| Hepatologi (leversygdomme). | 1 |
| Hæmatologi (Blodsygdomme). | 12 |
| Infektionsmedicin. | 9 |
| Kardiologi (medicinske hjerte-kredsløbssygdomme). | 17 |
| Medicinsk allergologi (medicinske overfølsomhedssygdomme). | 12 |
| Medicinsk endokrinologi (medicinske hormonsygdomme). | 15 |
| Medicinsk gastroenterologi (medicinske mave-tarmsygdomme). | 17 |
| Medicinske lungesygdomme. | 17 |
| Nefrologi (medicinske nyresygdomme). | 16 |
| Reumatologi (gigtsygdomme). | 17 |
| Kirurgi (kirurgiske sygdomme). | 17 |
| Karkirurgi (kirurgiske blodkarsygdomme). | 11 |
| Kirurgisk gastroenterologi (kirurgiske mave-tarmsygdomme). | 7 |
| Plastikkirurgi. | 17 |
| Thoraxkirurgi (brysthulens kirurgiske sygdomme). | 16 |
| Urologi (urinvejenes kirurgiske sygdomme). | 17 |
| Klinisk biokemi. | 16 |
| Klinisk farmakologi. | 12 |
| Klinisk fysiologi og nuklearmedicin. | 15 |
| Klinisk genetik. | 10 |
| Klinisk immunologi. | 12 |
| Klinisk mikrobiologi. | 11 |
| Neurokirurgi (kirurgiske nervesygdomme). | 17 |
| Neurologi (medicinske nervesygdomme). | 17 |
| Klinisk neurofysiologi. | 10 |
| Oftalmologi (øjensygdomme). | 17 |
| Onkologi (kræftsygdomme). | 17 |
| Ortopædisk kirurgi. | 17 |

| | |
|---|----|
| Oto-rhino-laryngologi (øre-næse-halssygdomme). | 17 |
| Patologisk anatomi (vævs- og celleundersøgelser). | 17 |
| Psykiatri. | 17 |
| Pædiatri (sygdomme hos børn). | 17 |
| Samfundsmedicin | 14 |

Kilde: 4. rapport fra Advisory Committee on Medical training (ACMT) fra 1997.

Kun grenspecialerne hepatologi og kirurgisk gastroenterologi samt specialet almen medicin er repræsenteret i mindre end halvdelen af de 17 EU- og EØS-lande. Hepatologi skiller sig klart ud, idet specialet kun er anerkendt i Danmark.

Af ACMT-rapporten fremgår det også, at specialerne børnekirurgi samt fysiurgi og rehabilitering er godkendt i mere end halvdelen af EU- og EØS-landene uden at være anerkendt som specialer i Danmark.

Sammenfattende finder kommissionen, at ovenstående kriterier bør indgå i overvejelserne vedr. godkendelse af et lægevidenskabeligt område som et speciale, men at en beslutning om at anerkende et lægefagligt område som et speciale i sidste ende må bero på en konkret vurdering, hvori også inddrages overvejelser vedr. de fordele og ulemper, der følger af en specialisering.

For så vidt angår fordele og ulemper ved en specialisering finder kommissionen:

- At *fordelene* ved at anerkende et lægevidenskabeligt område som et speciale dels er, at de dermed følgende krav om, at uddannelsen inden for området baseres på godkendte målbeskrivelser og ledsages af en konsekvenshavende evaluering af målopfyldelsen, vil sikre, at speciallæger inden for området har den ønskede kvalitet, dels at den faglige udvikling inden for området herved i et vist omfang kan understøttes.
- At *ulemperne* ved en tiltagende specialisering dels er, at der herved vil opstå en reel risiko for at patienterne falder igennem, d.v.s. modtages af en læge, der er så snævert uddannet, at vedkommende ikke er i stand til sikre en relevant visitation, undersøgelse og behandling, dels at en struktur omfattende mange og relativt snævre specialer vil være mindre fleksibel end en struktur, der omfatter få og relativt brede specialer.

7.4.2 Grenspecialer versus fagområder

I den nuværende specialestruktur er der knyttet grenspecialer til 3 grundspecialer, nemlig intern medicin, kirurgi og neurologi. Dermed findes der inden for disse

specialer 2 speciallægekompetenceniveauer. For de øvrige 22 grundspecialer er der ikke en autoriseret grenspecialestruktur, men der findes inden for en række specialer uformelle subspecialer, ekspertområder og interesseområder.

Kommissionen anbefaler, at der stiles mod en specialestruktur, der er så fleksibel, at den løbende kan tilpasses såvel den sundhedsfaglige som den strukturelle udvikling.

Sammenholdes dette med de øvrige krav, der må stilles til den kommende specialestruktur, skal strukturen omfatte et antal specialer, der - i hvert fald for så vidt angår de kliniske specialer - har en sådan bredde, at ingen patienter falder igennem, ligesom strukturen ikke i sig selv må være årsag til, at der skal oprettes nye driftsenheder eller vagtberedskaber.

Den igangværende subspecialisering inden for de eksisterende specialer forventes at fortsætte p.g.a. den faglige udvikling samt specialernes størrelse og kompleksitet, og det må antages, at det med den nuværende specialestruktur vil blive tiltagende vanskeligt at opretholde sondringen mellem områder, der bør være grenspecialer, og områder, der bør være uformelle fagområder.

Hertil kommer, at strukturen ideelt set gerne skulle være sådan, at såvel de i dag eksisterende grenspecialer som allerede eksisterende og kommende subspecialer samt interesse- og ekspertområder ligestilles hvad angår udviklingsmuligheder og mulighederne for at opnå officiel anerkendelse i form af autorisation.

Ud fra en samlet vurdering finder kommissionen, at en struktur med relativt få, brede specialer samt fagområder, hvortil der er adgang fra flere specialer, må antages at være den bedst mulige til at tilpasse sig såvel den sundhedsfaglige udvikling som strukturelle ændringer inden for det danske sundhedsvæsen.

Det er kommissionens opfattelse, at der i dag ikke findes større lægefaglige områder, som falder uden for den eksisterende grundspecialestruktur med 25 grundspecialer, men at den hastigt forløbende sundhedsfaglige udvikling indebærer, at man til stadighed må være opmærksom på behovet for justeringer af og ændringer i specialestrukturen.

Kommissionen har på den baggrund drøftet den nuværende formelle grenspecialestruktur, som findes som en overbygning inden for grundspecialerne intern medicin, kirurgi og neurologi samt den uformelle subspecialstruktur, der findes inden for såvel intern medicin og kirurgi som inden for en række af de øvrige specialer

og som omfatter subspecialer samt interesse- og ekspertområder, i det følgende benævnt fagområder.

Den forrige speciallægekommission, der afgav betænkning i 1977, tilstræbte ikke en ensartet specialestruktur, idet man fandt, at det inden for nogle specialer kunne være hensigtsmæssigt at operere med anerkendte grenspecialer, hvis normale uddannelsesforløb skulle være en fortsættelse af uddannelsen i et grundspeciale, mens man inden for andre kunne operere med uformelle fagområder.

Den daværende kommission fandt ikke, at alle læger nødvendigvis skulle gennemføre en formaliseret speciallægeuddannelse, men lagde vægt på, at læger, der havde gennemgået en kvalificeret uddannelse inden for et specielt område, burde kunne opnå varig ansættelse i sundhedsvæsenet, selvom de ikke opfyldte de formelle krav til en speciallægeanerkendelse.

I betænkningen anføres det: *”at uddannelsessystemet på en gang skal give flertallet af uddannelsessøgende flere valgmuligheder, relativt langt fremme i uddannelsen samtidig med, at alle nødvendige specialefunktioner uddannelsesmæssigt kan dækkes, idet man uden vanskelighed kan indpasse uddannelser til nye funktioner i uddannelsessystemet”*.

Speciallægekommissionen forudsætter, at læger, der skal arbejde i sundhedsvæsenet, som hovedregel gennemgår en speciallægeuddannelse, og at fast ansættelse inden for sundhedsvæsenet almindeligvis forudsætter speciallægeautorisation.

Det er i dag vanskeligt at begrunde anerkendelsen af nogle af grenspecialerne i forhold til mange af de fagområder, der ikke er anerkendt som grenspecialer, og det er svært at forklare, hvorfor strukturen alene er gældende inden for områderne intern medicin, kirurgi og neurologi. I dag må det konstateres, at forholdene kun kan begrundes med traditioner, og at det med den nuværende struktur i længden vil være vanskeligt at modsætte sig andre specialers ønsker om at få etableret grenspecialer inden for deres område.

Det er kommissionens vurdering, at den faglige udvikling ikke blot vil ske inden for de etablerede specialer, men også – og måske endda især - inden for nye fagområder, d.v.s. lægevidenskabelige områder, der ofte vil være karakteriseret af, at læger fra flere specialer beskæftiger sig med sygdomme i samme organ eller organsystem, eller samles om én metode til undersøgelse eller behandling af en given sygdom.

Den afgørende - og undertiden eneste - principielle forskel på et anerkendt grenspeciale og et fagområde er, at der til et grenspeciale er knyttet en formaliseret uddannelse og autorisation, hvilket ikke er tilfældet for et fagområde.

Et fagområde er især karakteriseret ved, at læger med en særlig interesse og kompetence arbejder inden for et snævert område, som ikke er dækket af et godkendt speciale.

Fagområder kan være baseret på kompetence inden for såvel kliniske områder, som inden for områderne forskning, pædagogik, ledelse, administration etc.

Fagområder vil være af meget varierende størrelse og omfang, og de vil kunne findes ved såvel funktionsbærende enheder som ved højt specialiserede enheder.

Uddannelsen inden for et fagområde vil almindeligvis være baseret på vejledende retningslinier, der er udarbejdet af de videnskabelige selskaber inden for området.

Det er kommissionens vurdering, at der med den nuværende specialestruktur vil være et stadigt stigende pres for at få etableret flere grenspecialer, og at etableringen af flere grenspecialer, der jo i sagens natur er knyttet til ét grundspeciale, vil føre til en mindre fleksibel specialestruktur. Dette skyldes ikke blot, at antallet af specialer herved vil vokse, men også at det efter kommissionens vurdering vil være vanskeligere at oprette fagområder med tilgang fra flere specialer i en sådan struktur.

Hertil kommer, at uddannelsen inden for grenspecialer har karakter af en formaliseret og målbeskrevet uddannelse, der ikke umiddelbart kan tilpasses skift i fokus på nye sygdomme eller behandlinger – specielt hvis sådanne skift går på tværs af eksisterende specialer, medens uddannelsen inden for fagområder har karakter af en mindre formaliseret og individuel uddannelse, der i højere grad kan tilpasses den lægefaglige udvikling og efterspørgslen efter specifikke kompetencer.

Specialestrukturen bør opbygges således, at nye fagområder let dannes, når der er behov for det, og let visner bort, når dette måtte være nødvendigt, idet man dermed sikrer den størst mulige fleksibilitet.

Der kan være flere veje ind i et fagområde, og at der må derfor som hovedregel ikke stilles krav om, at profilering inden for et fagområde kun kan ske på grundlag af en speciallægeanerkendelse inden for et bestemt speciale.

Som eksempel herpå, kan nævnes:

- At profilering inden for et fagområde som rehabilitering kan finde sted på grundlag af intern medicin, neurologi, ortopædisk kirurgi etc.
- At profilering inden for et fagområde som intensiv terapi kan finde sted på grundlag af anæstesiologi, flere af de intern medicinske og kirurgiske specialer etc.

Sammenfattende er det kommissionens vurdering, at den nuværende specialestruktur, d.v.s. en struktur bestående af såvel grund- som grenspecialer, ikke er tilstrækkelig fleksibel over for fremtidige strukturændringer.

Speciallægekommissionen finder, at den fremtidige specialestruktur skal basere sig på specialer og fagområder og skal på den baggrund anbefale:

- At der fremover skal være ét kompetenceniveau, der kvalificerer til fast ansættelse i sundhedsvæsenet.
- At den nuværende opdeling i grund- og grenspecialer ophæves.
- At betegnelsen *speciale* anvendes om de grund- og grenspecialer, som kommissionen foreslår videreført som specialer, og at disse godkendes og autoriseres af de centrale sundhedsmyndigheder.
- At betegnelsen *fagområde* anvendes om de grenspecialer, som kommissionen ikke foreslår videreført som specialer, samt om eksisterende og evt. kommende subspecialer, interesseområder og ekspertområder, og at fagområder ikke godkendes og autoriseres af de centrale sundhedsmyndigheder.

Som beskrevet i kapitel 6 stilles der til overlægeansættelse ud over speciallægeautorisation krav, som vil kunne opfyldes gennem en individuel kompetenceudvikling inden for et fagområde.

7.5 Specialestrukturmodeller

På baggrund af de i afsnit 7.3 stillede krav til den fremtidige specialestruktur har kommissionen drøftet forskellige specialestrukturmodeller.

I det følgende skitseres modellerne kort, medens fordele og ulemper diskuteres under gennemgangen af de store specialeområder.

7.5.1 Den eksisterende model (grund- og grenspecialer)

Modellen er identisk med den eksisterende specialestruktur, som kommissionen som nævnt ikke finder bør videreføres.

7.5.2 Enhedsmodellen

Modellen indebærer i sin grundform, at samtlige grenspecialer konverteres til ikke-autoriserede fagområder, og at alle grundspecialer bevares med et antal fagområder som overbygning.

7.5.3 Funktionsmodellen

Modellen indebærer, at de intern medicinske grenspecialer og intern medicin integreres i specialer, at specialet kirurgi og grenspecialet kirurgisk gastroenterologi sammenlægges, og at de øvrige kirurgiske grenspecialer konverteres til specialer, samt at uddannelsen inden for intern medicin og kirurgi baseres på en common trunk d.v.s. en fælles uddannelse gældende for alle specialer inden for de respektive områder.

7.6 Den fremtidige specialestruktur

Som følge af kommissionens anbefaling om at ophæve strukturen med grund- og grenspecialer redegøres særligt for specialerne intern medicin, kirurgi og neurologi, som er de 3 grundspecialer, til hvilke der i dag er knyttet anerkendte grenspecialer.

Herudover gøres der rede for laboratorieområdet og det billeddiagnostiske område, hvor det er særligt nærliggende at vurdere, om det ville være hensigtsmæssig at ændre specialestruktur og speciallægeuddannelse inden for områderne.

7.6.1 Det intern medicinske område

Den intern medicinske funktion ved de kommende funktionsbærende enheder vil antagelig blive varetaget af relativt store driftsenheder ("centre") bestående af brede intern medicinske afdelinger, der i et vist omfang kan omfatte afgrænsede sengeafsnit, men ikke selvstændige driftsenheder inden for flere af de i dag eksisterende grenspecialer.

Den typiske indlagte medicinske patient er en ældre, ofte akut patient, der som hovedregel henvises med lidelser inden for flere af de i dag eksisterende medicinske grenspecialer og ved indlæggelsen præsenterer sig med en bred eller uafklaret klinisk problemstilling. Desuden findes en betydelig elektiv, især ambulansaktivitet med specialespecifikke patienter.

Funktionen vil kræve, at lægestaben kommer til at bestå af bredt uddannede speciallæger, som vil være i stand til at varetage såvel den brede intern medicinske funktion (General Internal Medicine) som den mere specialiserede medicinske funktion (Specialized Internal Medicine), repræsenterende hovedparten af de i dag eksisterende grenspecialer.

Kommissionen har i forbindelse med overvejelserne vedr. det medicinske område drøftet såvel enhedsmodellen som funktionsmodellen.

Kommissionen finder, at enhedsmodellen er fleksibel og let vil kunne tilpasses såvel den sundhedsfaglige udvikling som evt. kommende strukturelle ændringer inden for det danske sundhedsvæsen.

Modellen indebærer i sagens natur, at de centrale sundhedsmyndigheder kun har beskednen indflydelse på antallet af og uddannelsen inden for fagområder.

Kommissionen finder også, at funktionsmodellen er fleksibel og let vil kunne tilpasses kommende ændringer af det danske sundhedsvæsen, hvortil kommer, at de centrale sundhedsmyndigheder fastsætter uddannelseskravene inden for de grenspecialer, der konverteres til specialer.

Såvel enhedsmodellen som funktionsmodellen må antages at kunne føre til visse problemer for så vidt angår automatisk konvertering af erhvervet kompetence mellem Danmark og de øvrige EU-lande.

Enhedsmodellen vil indebære problemer med automatisk konvertering af en erhvervet kompetence inden for et dansk fagområde - svarende til de nuværende grenspecialer - til en speciallægeanerkendelse i andre lande samt vanskeligheder med at blive optaget i internationale videnskabelige selskaber, idet en forudsætning for optagelse kan være speciallægeanerkendelse inden for det pågældende fagområde.

Funktionsmodellen må som beskrevet i afsnit 7.6.1.1 antages at føre til problemer for så vidt angår automatisk konvertering af erhvervet kompetence inden for intern medicin.

Kommissionen finder, at enhedsmodellen i sin grundform har så mange kvaliteter, at kommissionen – trods de beskrevne problemer – har overvejet, at lade den udgøre grundlaget for den fremtidige specialestruktur.

Det er imidlertid kommissionens vurdering, at de centrale sundhedsmyndigheder ved valg af enhedsmodellen vil blive udsat for et massivt pres for at godkende og autorisere et stort antal fagområder som specialer, eller at der vil være en betydelig risiko for, at de videnskabelige selskaber vil stille efter at etablere et selskabsbaseret anerkendelsessystem, hvis det offentlige ikke ønsker at autorisere de i modellen beskrevne fagområder.

Ud fra en samlet vurdering finder kommissionen derfor, at den fremtidige specialstruktur inden for det medicinske område bør baseres på funktionsmodellen.

Funktionsmodellen indebærer, at intern medicin og de intern medicinske grenspecialer integreres, og at alle kommende speciallæger inden for det intern medicinske område gennemgår en intern medicinsk uddannelse af et sådant omfang, at de alle kan varetage den akutte funktion ved en funktionsbærende enhed.

Kommissionen har overvejet, om der vil opstå et pres for at opprioritere de nuværende grenspecialer på bekostning af den brede intern medicin, og at der derved vil være en risiko for, at patienter, der indlægges med banale intern medicinske sygdomme og/eller lider af en af de store intern medicinske „folkesygdomme“, derfor ikke vil modtage en optimal behandling, samt at forskning og udvikling inden for den brede intern medicin vil blive nedprioriteret.

Det er heroverfor fremført, at de fleste intern medicinske speciallæger i dag er speciallæger i såvel intern medicin som i et af de intern medicinske grenspecialer, hvorfor modellen næppe vil føre til en nedprioritering af intern medicin, hvortil kommer, at ændringen afspejler et reelt behov.

Flere har endvidere udtrykt bekymring for, at en bevarelse af intern medicin som et selvstændigt speciale dels kunne medføre, at speciallæger, der ”kun” er uddannet i intern medicin, alt andet lige vil være de mindst aktive, og at de på sigt risikerer at blive alene om at varetage det akutte beredskab ved de funktionsbærende enheder, dels at kommende ”dobbeltspecialister” (uddannet i både den generelle og den specialiserede intern medicin), derved vil få en legitim grund til kun at interessere sig for den specialiserede del (”grenspecialet”).

Kommissionen finder ikke, at der er grund til at antage, at der vil ske en nedprioritering af intern medicin, hvis man, som anbefalet af kommissionen, sikrer, at alle speciallæger inden for det interne medicinske område har en bred intern medicinsk uddannelse, der gør, at alle er kvalificerede til at varetage det intern medicinske beredskab ved en funktionsbærende enhed.

For at sikre den brede intern medicinske uddannelse finder kommissionen, at såvel uddannelsesbestemmelser som målbeskrivelser skal have et sådant indhold, at kommende speciallæger inden for det intern medicinske område kan honorere de krav, der efter Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM) skøn bør stilles til intern medicinske speciallægers kompetence inden for grundspecialet intern medicin, jf. selskabets notat “Den intern medicinske grundspecialists nødvendige kompetenceområde”, november 1999.

Notatet består primært af en liste omfattende medicinske kliniske tilstande og diagnoser, der fordrer en diagnostisk eller behandlingsmæssig aktivitet af den intern medicinske grundspecialist.

Listen er udarbejdet i et samarbejde mellem DSIM og de intern medicinske grenspecialer og angiver, hvad der skønnes at være et aktuelt og rimeligt nødvendigt kompetenceområde for den intern medicinske grundspecialist, der fungerer på en medicinsk afdeling uden for universitetsbyerne.

Kommissionen finder, at kravene til kommende speciallægers kompetence efter afslutning af fællesuddannelsen i intern medicin bør svare til det i notatet beskrevne kompetenceområde for den intern medicinske grundspecialist, og at de i notatet opstillede krav således skal fremstå som kravene til fællesuddannelsen inden for alle intern medicinske specialer.

I det følgende gives et kortfattet referat af notatet:

Notatet består af en liste omfattende medicinske kliniske tilstande og diagnoser fordelt på tre kompetenceniveauer efter en række udvalgte kriterier, hvori bl.a. indgår hyppighed, kompleksitet og behovet for akut indgriben, samt de nedenfor anførte krav til den intern medicinske grundspecialist på de tre kompetenceniveauer.

På niveau 1 skal speciallægen:

Kunne planlægge og gennemføre diagnostik i det omfang, det er nødvendigt for at sikre henvisning til behandling eller eventuelt videre diagnostik hos relevant specialist.

Kunne iværksætte eventuel akut livreddende eller helt nødvendig stabiliserende behandling, indtil behandlingen overtages af specialist.

Arrangere fornøden viderevisitation.

Her er det først og fremmest det diagnostiske arbejde, det akut livreddende og visitationen, der skal kunne mestres. Det kan således forventes, at efter at diagnosen er stillet

og eventuelt påkrævet basal akut stabiliserende behandling iværksat, overtages al videre håndtering af resten af patientforløbet af anden relevant specialist.

På niveau 2 skal speciallægen:

Kunne planlægge og gennemføre diagnostik i det omfang, det er nødvendigt for at sikre igangsætning af relevant behandling.

Kunne iværksætte og overvåge medicinsk behandling af initial sygdomsmanifestationer eventuelt under supervision af andet lægeligt speciale.

Kende prognose og forløbsmuligheder herunder hvorledes forløbet af tilstanden og eventuelle komplikationer kan have betydning for håndteringen af andre væsentlige kliniske problemstillinger og sygdomme, der håndteres af den generelle intern medicinske specialist.

Kunne give patienten den grundlæggende information om sygdom, prognose og forholdsregler.

Kunne arrangere fornøden viderevisitation.

Her vil der ud over kompetence svarende til niveau 1 yderligere være behov for kompetence til at iværksætte egentlig behandling og overvågning med tilhørende varetagelse af opgaver som information af patient og pårørende.

Det forhold, at grundspecialisten forventes at kunne håndtere en given klinisk problemstilling ”på niveau 2”, udelukker på ingen måde, at det i en række tilfælde vil være påkrævet, at der tages en meget tidlig kontakt til anden relevant specialist. Som eksempel kan nævnes malaria, der i listen klassificeres til niveau 2, men hvor tærsklen for en infektionsmedicinsk kontakt nødvendigvis må være meget lav på grund af sygdommens lunefulde og livstruende natur. At den tidlige kontakt så ikke sjældent vil resultere i en aftale, om at behandling og overvågning fortsætter i grundspecialistens regi eventuelt under fortsat supervision, er netop forklaringen på, at det er skønnet passende at placere sygdommen på niveau 2.

På niveau 3 skal speciallægen:

Som hovedregel kunne planlægge og gennemføre hele den diagnostiske udredning.

Kunne iværksætte og overvåge behandling af alle sygdomsmanifestationer, eventuelt under sporadisk supervision af andet lægeligt speciale.

Kende prognose og forløbsmuligheder, herunder hvorledes forløbet af tilstanden og eventuelle komplikationer kan have betydning for håndteringen af andre kliniske problemstillinger og sygdomme, der håndteres af den intern medicinske grundspecialist.

Kunne give patienten al nødvendig information om sygdom, prognose og forholdsregler.

Kunne arrangere fornøden viderevisitation.

Kunne vurdere og applicere nye behandlingsmæssige muligheder.

Her vil der ud over kompetence som svarende til niveau 2 yderligere være behov for kompetence til at iværksætte egentlig behandling og overvågning af alle sygdomsmåifestationer.

Som ved niveau 2 vil det i en række situationer være påkrævet at konferere med relevant grenspecialist. Der vil også være en række tilstande, hvor udvalgte grupper af patienter håndteres alene i grenspecialet, mens andre grupper forventes at kunne håndteres af generelle intern medicinske specialister. Som eksempel kan nævnes diabetes mellitus type 2 (NIDDM) uden senkomplikationer, som i kompetencelisten placeres under niveau 3, uanset at yngre patienter fortrinsvis bør visiteres til grenspecialist. Et andet eksempel er Myeloproliferativt syndrom (uden behov for specifik behandling), som i listen placeres under niveau 3, til trods for at alene afgørelsen af det manglende specifikke behandlingsbehov nødvendigvis kræver en initial kontakt med specialiseret intern mediciner.

7.6.1.1 Internationale konsekvenser

EU-Kommissionen forventes at kunne godkende funktionsmodellens nye specialbetegnelser med de nedenfor anførte modifikationer:

- Danske læger med anerkendelse i intern medicin: kardiolog kan påregne automatisk at blive godkendt i specialet kardiologi i de medlemslande, der har dette speciale opført i direktivets specialeoversigt. De kan derimod ikke regne med automatisk at blive godkendt i specialet intern medicin, idet en godkendelse vil være betinget af en konkret individuel vurdering.
- EU-landes læger med anerkendelse i f.eks. kardiologi kan konvertere denne anerkendelse til en anerkendelse i intern medicin: kardiologi i Danmark uden nødvendigvis at have den i Danmark forudsatte brede intern medicinske basisuddannelse.
- EU-landes læger med anerkendelse i intern medicin kan ikke forvente automatisk at kunne konvertere en sådan anerkendelse til en anerkendelse i et af de nye intern medicinske specialer i Danmark, idet en evt. anerkendelse vil bero på en konkret individuel bedømmelse.

7.6.1.2 Forslag til struktur for intern medicin

Kommissionens forslag til specialestruktur indebærer:

- At de tidligere grenspecialer geriatri, hæmatologi, infektionsmedicin, kardiologi, medicinsk endokrinologi, medicinsk gastroenterologi, medicinske lungesygdomme, nefrologi og reumatologi konverteres til specialer med betegnelserne:

Intern Medicin: Geriatri
Intern Medicin: Hæmatologi
Intern Medicin: Infektionsmedicin
Intern Medicin: Kardiologi
Intern Medicin: Endokrinologi
Intern Medicin: Gastroenterologi
Intern Medicin: Lungemedicin
Intern Medicin: Nefrologi
Intern Medicin: Reumatologi

Forslaget er baseret på en konkret vurdering, hvor der også indgår:

- at der er tale om relativt store grenspecialer, der hvad angår størrelse og omfang opfylder kriterierne for et speciale,
- at specialerne må antages at blive repræsenterede ved alle eller næsten alle funktionsbærende enheder,
- at specialerne i dag findes i mere end halvdelen af alle EU-og EØS-lande.

Modellen forudsætter, at alle intern medicinere *uanset speciale* har en bred fællesuddannelse inden for intern medicin suppleret med en specialespecifik uddannelse af et sådant omfang, at de ved hoveduddannelsens afslutning er kvalificerede til at blive ansat som speciallæge (afdelingslæge) inden for det pågældende speciale, og at dette synliggøres ved, at specialerne inden for det intern medicinske område forsynes med præfixet intern medicin.

- At de tidligere grenspecialer hepatologi og medicinsk allergologi konverteres til fagområder

Forslaget er baseret på en konkret vurdering, hvor der også indgår:

- At hepatologi er et lille speciale med få speciallæger.
- At der ikke eksisterer hepatologiske basisafdelinger og kun to landsdelsafdelinger, og at hepatologi ikke er godkendt som speciale i andre EU- eller EØS-lande.
- At medicinsk allergologi er et lille speciale med få speciallæger
- At medicinsk allergologi på en række område har karakter af et fagområde, idet allergologiske lidelser findes inden for flere specialer og varetages af speciallæger med uddannelse i f.eks. almen medicin, pædiatri, medicinske lungesygdomme, dermatologi, arbejdsmedicin m.fl., hvorfor det er vigtigt, at speciallæger inden for disse områder har kendskab til området, hvilket f. eks. kan ske ved profilering inden for fagområdet allergologi.
- At det vil være muligt at styrke allergologi som fagområde ved prioritering af forskning og udvikling på området.

Kommissionen finder det vigtigt, at *intern medicin* fastholdes som et fælles arbejdsområde, og forudsætter derfor:

- At såvel uddannelsesbestemmelser som målbeskrivelser har et indhold, der sikrer en fælles uddannelse af fornødent omfang i intern medicin², d.v.s. en uddannelse, der sikrer, at alle speciallæger inden for området kan indgå i det akutte beredskab ved en funktionsbærende medicinsk enhed.
- At alle de involverede parter, herunder ikke mindst de centrale sundhedsmyndigheder, fastholder kravet om en bred fællesuddannelse i intern medicin.
- At man følger kommissionens anbefaling af, at selvstændige, specialespecifikke afdelinger, d.v.s. selvstændige driftsenheder svarende til de i dag eksisterende grenspecialer, kun bør etableres ved de højt specialiserede enheder.

Kommissionen har drøftet, om den anbefalede uddannelsesvarighed (kapitel 6) vil være tilstrækkelig til, at fremtidige speciallæger inden for det intern medicinske område kan nå det anbefalede kompetenceniveau inden for såvel intern medicin som inden for den specialiserede intern medicin (tidligere grenspecialer).

Det er kommissionens vurdering, at man med den foreslåede strukturering af videreuddannelsen, herunder ikke mindst en fortløbende konsekvenshavende evaluering, vil være i stand til at sikre, at de fleste uddannelsessøgende når det anbefalede kompetenceniveau. I den konsekvenshavende evaluering ligger et krav om, at uddannelsen forlænges, hvis målbeskrivelsens krav ikke er opfyldt.

Det skal endvidere understreges, at erfaringsopsamlingen inden for specialiseret intern medicin fortsætter efter hoveduddannelsens afslutning, idet ansættelse som overlæge som hovedregel vil forudsætte mindst to års ansættelse som speciallæge inden for det valgte område af specialiseret intern medicin, hvortil kommer, at den uddannelse/profilering, der finder sted i løbet af de to år, skal vurderes i forbindelse med §14-bedømmelsen.

7.6.1.3 Forslag til uddannelse inden for intern medicin

På baggrund af de i kapitel 6 anbefalede retningslinier for den fremtidige speciallægeuddannelses mål og opbygning anbefaler kommissionen:

- at *introduktionsuddannelsen* skal finde sted ved en intern medicinsk afdeling ved en funktionsbærende enhed eller ved en specialespecifik intern medicinsk afde-

² Beskrevet i "Den intern medicinske grundspecialists nødvendige kompetenceområde". November 1999. Dansk Selskab for Intern medicin.

ling ved en højt specialiseret enhed, forudsat denne har alment intern medicinsk arbejdsområde og kan leve op til de i målbeskrivelserne stillede krav.

- At *hoveduddannelsen* opbygges således, at den indledes med en fælles intern medicinsk basisuddannelse ved en funktionsbærende enhed, fortsætter med en specialespecifik uddannelse ved en højt specialiseret enhed og afsluttes med tjeneste i bagvagtsfunktion/på speciallægeniveau ved den enhed, uddannelsen påbegyndtes ved.
- At uddannelsen inden for såvel generel intern medicin som specialiseret intern medicin i videst muligt omfang integreres.

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

Kommissionen har valgt ikke at lægge sig fast på, hvor mange måneder den uddannelsessøgende skal forrette tjeneste ved henholdsvis en funktionsbærende enhed og en højt specialiseret enhed, idet de enkelte uddannelseselementers varighed må afhænge af specialernes målbeskrivelser.

7.6.2 Det kirurgiske område

Den typiske kirurgiske patient henvises som hovedregel p.g.a. én ofte relativt veldefineret sygdom inden for ét af de i de i dag eksisterende kirurgiske grenspecialer.

En sygehusstruktur baseret på funktionsbærende enheder vil være karakteriseret ved:

- At specialet kirurgi og grenspecialerne kirurgisk gastroenterologi og urologi vil være at finde ved stort set alle funktionsbærende enheder, selv om udviklingen formentlig går i retning af, at urologi i stadig stigende grad bliver et elektivt speciale, der i princippet kunne centraliseres i et vist omfang.
- At grenspecialerne karkirurgi og plastikkirurgi vil være repræsenterede ved nogle få funktionsbærende enheder.
- At grenspecialet thoraxkirurgi kun vil være at finde på højt specialiserede enheder.
- At den akutte kirurgiske funktion ved en funktionsbærende enhed vil blive domineret af kirurgisk gastroenterologiske indgreb.

Kommissionen finder, at enhedsmodellen er uegnet på det kirurgiske område, idet den vil indebære, at samtlige speciallæger inden for området skal gennemgå en ud-

dannelse af et sådant omfang, at de ved uddannelsens afslutning har nået det fastsatte kompetenceniveau for kirurgi, selvom nogle kirurger aldrig vil komme til at fungere inden for specialet kirurgi, idet de vil stile mod fagområderne thoraxkirurgi, plastikkirurgi og karkirurgi. Hertil kommer, at modellen er behæftet med de tidligere omtalte problemer.

Efter kommissionens vurdering tilgodeser funktionsmodellen samtlige de i afsnit 7.3. beskrevne krav til den fremtidige specialestruktur, hvortil kommer, at den sikrer en rationel uddannelse uden unødvendigt forbrug af uddannelseskapacitet inden for det kirurgiske område.

Kommissionen finder, at den fremtidige specialestruktur inden for det kirurgiske område skal baseres på funktionsmodellen.

7.6.2.1 Forslag til struktur for kirurgi

Kommissionens forslag til specialestruktur indebærer:

- At grundspecialet kirurgi og det tidligere grenspeciale kirurgisk gastroenterologi sammenlægges under betegnelsen:

Kirurgi

Forslaget er baseret på en konkret vurdering, hvor det også indgår:

- At der fremover vil være et stadigt stigende sammenfald for de opgaver, der skal varetages af speciallæger inden for de to specialer.
- At kirurgisk gastroenterologi internationalt set indgår i specialet kirurgi.
- At kirurgisk gastroenterologi kun findes som et selvstændigt speciale i 7 ud af 17 EU-og EØS-lande.

- At grenspecialerne urologi, karkirurgi, plastikkirurgi og thoraxkirurgi konverteres til specialer under betegnelserne:

Urologi

Karkirurgi

Plastikkirurgi

Thoraxkirurgi

Forslaget er baseret på en konkret vurdering, hvor det også indgår:

- At alle fire grenspecialer har en størrelse og et omfang udtrykt i såvel antal patienter som i antal læger, der taler for, at de fremover har status som specialer.
- At specialerne efter kommissionens vurdering ikke kan indgå i fælles akut beredskab ved en funktionsbærende enhed.

- At uddannelsen inden for de pågældende grenspecialer vil være karakteriseret af, at en stor del af uddannelsen må være specifik for det pågældende område, hvis den ikke skal være længere end nødvendigt, og dermed også indebære et u hensigtsmæssigt forbrug af en begrænset uddannelseskapacitet.
- At grenspecialerne urologi, plastikkirurgi og thoraxkirurgi findes i næsten alle EU- og EØS-lande og grenspecialet karkirurgi i 11 ud af 17 EU- og EØS-lande.

Kommissionen har hvad angår specialet kirurgi overvejet den fremtidige specialebetegnelse, idet betegnelsen kirurgisk gastroenterologi ønskes af de videnskabelige selskaber, medens betegnelsen kirurgi er i overensstemmelse med de internationale traditioner, hvorfor sidstnævnte betegnelse er valgt.

7.6.2.2 Forslag til uddannelse inden for det kirurgiske område

På baggrund af de i kapitel 6 anbefalede retningslinier for den fremtidige speciallægeuddannelses mål og opbygning samt den kirurgiske funktion ved de funktionsbærende enheder finder kommissionen:

- At uddannelsen inden for alle de kirurgiske specialer skal baseres på en korterevarende fællesuddannelse omfattende alle specialer, og
- at det herudover kan være hensigtsmæssigt, at flere af specialerne har en række fælles uddannelseselementer afhængig af de kommende speciallægers fremtidige funktion og målbeskrivelsernes krav.

Kommissionen anbefaler:

- At *introduktionsuddannelsen* kan foregå under ansættelse inden for alle kirurgiske specialer, forudsat at målbeskrivelserne kan opfyldes.
- At *hoveduddannelsen* indledes med en fælles uddannelse, der efter kommissionens vurdering skal finde sted ved en funktionsbærende enhed, hvorimod den specialespecifikke uddannelse kan finde sted ved såvel en funktionsbærende enhed som en højt specialiseret enhed forudsat ansættelsen tilgodeser de i målbeskrivelserne stillede krav og kravet om, at den uddannelsessøgende skal forrette tjeneste ved såvel en funktionsbærende enhed som en højt specialiseret enhed.

Kommissionen har ikke taget stilling til de specialespecifikke uddannelseselementers varighed og placering, idet det må bero på en konkret vurdering baseret på specialernes målbeskrivelser.

7.6.3 Det neurologiske område

Kommissionen har overvejet, om det i forbindelse med revisionen af speciale-

strukturen ville være hensigtsmæssig at konvertere grenspecialet klinisk neurofysiologi til et fagområde, eller om man skulle efterkomme selskabets ønske om at konvertere grenspecialet til et speciale.

Emnet er behandlet i en arbejdsgruppe, der ikke nåede frem til en entydig konklusion.

Kommissionen har overvejet forholdene og ud fra en samlet vurdering, hvori også indgår:

- At klinisk neurofysiologi er et relativt lille område med 20 normerede speciallægestillinger pr. april 1999.
- At der kun er 6 klinisk neurofysiologiske afdelinger i Danmark.
- At området kun findes som selvstændigt speciale i 6 EU-lande.

På den baggrund finder kommissionen ikke, at grenspecialet klinisk neurofysiologi skal konverteres til et speciale.

Kommissionen anbefaler:

- At grenspecialet klinisk neurofysiologi konverteres til et fagområde

Kommissionen finder, at der bør være tilgang til fagområdet klinisk neurofysiologi fra bl.a. neurologi, neurokirurgi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

7.6.4 Laboratorieområdet

Laboratorieområdet omfatter specialerne klinisk biokemi, klinisk farmakologi, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk genetik og patologisk anatomi.

Specialerne har det fælles træk, at grundlaget for deres kliniske virksomhed i større eller mindre udstrækning er laboriebaseret. Ud fra en teknologisk betragtning kan de således opfattes som en samling af specialer med visse fælles træk, men ud fra en patientorienteret betragtning adskiller specialerne sig ved de problemstillinger, de varetager, og de kliniske specialer, de arbejder sammen med. Nogle af disse specialer er orienteret mod udredning og diagnostik, medens andre primært er orienteret mod behandlingsovervågning.

For alle specialerne gælder det, at det spektrum af kliniske problemstillinger, der varetages, sker i et samarbejde med kliniske specialer i et mønster, der ikke for nogen af specialerne er sammenfaldende.

Kommissionen har overvejet om det ville være hensigtsmæssigt at etablere ét tværgående laboratoriespeciale, og nedsatte i den anledning en arbejdsgruppe, der fik til opgave at vurdere, om der var grund til at ændre den eksisterende specialestruktur.

Kommissionen finder sammenfattende:

- At det laboratorietekniske grundlag for specialerne fortsat vil være karakteriseret ved, at de enkelte specialer anvender karakteristiske, klassiske laboratorietekniske metoder, og at de i et stigende omfang vil anvende molekylær- og cellebiologiske metoder.
- At samtlige specialer vil være præget af den informationsteknologiske udvikling samt de stigende muligheder for automatisering og decentral analyseudførelse.
- At specialerne fortsat vil være karakteriseret ved, at de er knyttet til forskellige kliniske funktionsområder, og at den kliniske forankring derfor vil være forskellige fra speciale til speciale, men at denne kliniske forankring bør styrkes.
- At uddannelsen af ovennævnte grunde vil være forskellig fra speciale til speciale.
- At det ikke vil være hensigtsmæssigt at etablere ét tværgående laboratoriespeciale omfattende alle de i dag eksisterende laboratoriespecialer.
- At der ikke er belæg for at ændre den eksisterende specialestruktur.

For så vidt angår specialet klinisk farmakologi, hæfter kommissionen sig dog ved:

- At specialet besidder en række af de kendetegn, som er typiske for et fagområde, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved, at de fleste speciallæger inden for området har speciallægeanerkendelse inden for et andet speciale. Det bemærkes, at specialet først blev anerkendt som speciale i 1996.
- At efterspørgslen efter kliniske farmakologer, der ikke har andet speciale, er beskeden.
- At der er tale om et relativt lille speciale, der ifølge Sundhedsstyrelsens stillings- og vakancetælling fra april 1999 kun omfatter 7 normerede stillinger i sundhedsvæsenet.
- At der for kliniske farmakologer dog er et arbejdsmarked i medicinalindustrien, hvilket efter kommissionens opfattelse bør indgå i overvejelserne om specialets fremtid.
- At Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd har iværksat en evaluering af den videnskabelige og faglige udvikling ved landets tre farmakologiske centre, og at resultatet heraf bør indgå i vurderingen af specialets fremtidige status.

Kommissionen anbefaler:

- At specialerne klinisk biokemi, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk genetik og patologisk anatomi bevares som selvstændige specialer.
- At en afklaring af den fremtidige status for klinisk farmakologi afventer resultatet af den igangværende evaluering af området.

Kommissionen foreslår:

- At *introduktionsuddannelsen* skal opbygges som en 12 måneders uddannelse inden for den uddannelsessøgendes kommende speciale. Op til 6 måneders uddannelse kan dog erhverves i et af de andre laboratoriespecialer, i et klinisk speciale eller i en forskningsinstitution, forudsat stillingsindholdet er relevant for vedkommendes funktion inden for det kommende speciale.
- At hoveduddannelsen opbygges af specialespecifikke, kliniske og forskningsmæssige uddannelseselementer og foregår ved enheder, der har et dokumenteret, tilstrækkeligt højt fagligt niveau og er i stand til at honorere de i målbeskrivelserne opstillede krav.
- At hoveduddannelsen skal forankres ved en stamafdeling i en af de tre uddannelsesregioner.

Kommissionen finder, at et eller flere af de specialespecifikke uddannelseselementer kan erstattes med elementer fra et nærtstående speciale, såfremt det tilgodeser de i målbeskrivelserne opstillede krav.

7.6.5 De billeddiagnostiske specialer

Det tværgående billeddiagnostiske område omfatter specialerne diagnostisk radiologi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin.

Kommissionen har overvejet, om de to specialer med fordel kunne samles i ét speciale.

Efter en gennemgang af de to specialer må det konstateres, at der er store forskelle, og at fællesmængden af viden og kompetence er beskednen i forhold til forskellene.

Specialerne må forventes at blive præget af en kraftig teknologisk udvikling og et forventeligt tættere samarbejde mellem de billeddiagnostiske og de kliniske specialer.

Samarbejdet kan med tiden få karakter af en integration af de billeddiagnostiske specialers arbejde på de kliniske afdelinger.

Sammenfattende finder kommissionen, at den aktuelle specialestruktur er hensigtsmæssig.

Kommissionen anbefaler:

- At specialerne diagnostisk radiologi samt klinisk fysiologi og nuklearmedicin aktuelt bevares som selvstændige specialer.
- At udviklingen inden for området følges nøje med henblik på en evt. senere integration af de to specialer.

7.6.6 De øvrige specialer

De øvrige specialer i den gældende specialestruktur er grundspecialer, hvortil der ikke er knyttet grenspecialer.

Det drejers sig om følgende specialer:

Anæstesiologi
Arbejdsmedicin
Børne- og ungdomspsykiatri
Dermato-venerologi
Gynækologi og obstetrik
Neurokirurgi
Oftalmologi
Onkologi
Ortopædisk kirurgi
Oto-rhino-laryngologi
Psykiatri
Pædiatri og
Samfundsmedicin

Kommissionen har i sit arbejde ikke fundet belæg for at foreslå ændringer i specialestrukturen for disse specialer, idet dog bemærkes, at kommissionen ikke har været i stand til at gennemføre en grundig vurdering af disse specialers forhold inden for den afsatte tid for kommissionens arbejde.

Kommissionen finder, at disse specialer alle kan indpasses i den model for speciallægeuddannelsens mål og opbygning, kommissionen anbefaler (kapitel 6).

Kommissionen anbefaler:

- At speciallægeuddannelsen inden for disse specialer opbygges efter modellen, som beskrevet i kapitel 6.
- At det nationale råd for lægers videreuddannelse vurderer specialestrukturen inden for de øvrige specialer i forbindelse med den kommende revision af målbeskrivelser og uddannelsesbestemmelser.
- At udviklingen inden for såvel det lægevidenskabelige som det medico-tekniske område følges med henblik på at vurdere behovet for tilpasninger af specialestrukturen.

7.7 Det videre forløb

Kommissionen anbefaler:

- At samtlige målbeskrivelser revideres i henhold til de af kommissionen fremsatte rekommandationer.
- At der på grundlag af de reviderede målbeskrivelser og de af kommissionen stillede forslag vedr. den fremtidige speciallægeuddannelse udarbejdes konkrete uddannelsesbestemmelser for hvert speciale.

8 Uddannelse til speciallæge i almen medicin

Med udgangspunkt i anbefalingerne i kapitel 6 om den fremtidige speciallægeuddannelses mål og opbygning behandles i dette kapitel kommissionens overvejelser og anbefalinger vedrørende uddannelsen til speciallæge i almen medicin.

8.1 Den nuværende uddannelse

Speciallægeuddannelsen i almen medicin retter sig hovedsageligt mod funktionen som alment praktiserende læge, der praktiserer for den offentlige sygesikring.

Uddannelsen til speciallæge i almen medicin har i dag en varighed af 60 måneder, hvori er inkluderet 18 måneders turnusuddannelse.

Uddannelsen omfatter:

- 18 måneders turnusuddannelse, heraf 6 måneder i almen praksis (praksisreserve-læge).
- 42 måneders hoveduddannelse omfattende:
 - 12 måneders intern medicin m.m.
 - 6 måneders kirurgi m.m.
 - 6 måneders gynækologi og obstetrik,
 - 6 måneders psykiatri,
 - 6 måneders supplerende uddannelse,
 - 6 måneders almen praksis (uddannelsesamanuensis).

Kun 12 måneder af den samlede uddannelse foregår således i almen praksis, idet der indgår 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge i turnusuddannelsen og 6 måneders ansættelse som uddannelsesamanuensis i hoveduddannelsen.

Den kliniske uddannelse suppleres med deltagelse i et teoretisk kursus, som for tiden har et omfang på ca. 200 timer.

I sammenligning med de øvrige nordiske lande er varigheden af den del af uddannelsen, der foregår i almen praksis, meget kortvarig. I Sverige er uddannelsesvarigheden inden for almen medicin således 24 måneder ud af en samlet varighed på 60 måneder, i Finland 24-48 måneder ud af 72 måneder og i Norge 48 måneder ud af 60 måneder.

8.2 Afgrænsning af specialet

Almen medicin kan beskrives som det generelle forebyggende, diagnosticerende, visiterende, behandlende og opfølgende lægearbejde, som udføres af de praktiserende læger.

Almen medicin er et medicinsk speciale, som forholder sig til usorterede helbredsproblemer hos enkeltpersoner og familier, og som fungerer som første kontakt til den medicinske profession i sundhedsvæsenet.

Arbejdet udføres overvejende i lokalområdet. I et samarbejde med den enkelte person bestræber den praktiserende læge sig på at fremme helbredstilstanden, uanset helbredsproblemets art og vedkommendes livssituation. Den praktiserende læges ansvar omfatter såvel de undersøgelser og behandlinger, den praktiserende læger selv tilbyder, herunder ansvaret for at understøtte en hensigtsmæssig kontinuitet i læge-patientforholdet, som ansvaret for at påtage sig sin rolle som formidler og koordinator af de tilmeldte patienters brug af de ydelser, sundhedsvæsenet i øvrigt leverer.

8.3 Den praktiserende læges opgaver

De praktiserende læger har i dagtiden mere end 16 millioner direkte patientkontakter årligt, d.v.s. kontakter, hvor patienten ses i den praktiserende læges konsultation eller i hjemmet. Hertil kommer ca. 12 millioner telefonkontakter.

Det store flertal af disse kontakter afsluttes af de praktiserende læger. Ca. 5 pct. af disse kontakter resulterer i henvisning til røntgen- eller laboratorieundersøgelse o.l., medens andre 5-6 pct. henvises til indlæggelse eller ambulante undersøgelser og behandling på sygehus eller hos praktiserende speciallæge.

I vagttiden har de praktiserende læger hvert år ca. 2,7 mill. telefoniske kontakter og omkring 1,3 mill. direkte patientkontakter i form af konsultation eller sygebesøg.

De praktiserende lægers kerneydelse er primær diagnostik og behandling af syge, men hertil kommer også, at de har til opgave at undgå sygeliggørelse af raske mennesker, der henvender sig med klager. I almen praksis er prævalensen af symptomer høj og prævalensen af behandlingskrævende sygdom lav.

De praktiserende læger skal modtage alle tilmeldte patienter uanset henvendelses-

årsag, men må selv afgøre, om de er kompetente til at udrede og om nødvendigt behandle de problemer, der har ført til henvendelsen, eller om sekundærsektoren bør inddrages.

Når sekundærsektoren inddrages, er en korrekt visitation af stor betydning for såvel den enkelte patient som for den øvrige del af sundhedsvæsenet.

En korrekt visitation er således ikke blot en afgørende forudsætning for, at patienterne uden unødvendige forsinkelser modtager den rette behandling og dermed også for, at undersøgelses- og behandlingsforløbet af patienterne opfattes som en helhed, men også for at sundhedsvæsenets kapacitet og ressourcer anvendes hensigtsmæssigt.

Etableringen af de funktionsbærende enheder vil efter kommissionens vurdering stille store krav til de praktiserende lægers rolle i samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren.

Med etableringen af færre, men større sygehusenheder og færre akutte beredskaber vil kravene til en velfungerende visitationsfunktion og dermed til en korrekt visitation til såvel funktionsbærende enheder som til højtspecialiserede enheder stige. Hertil kommer, at færre akutte sygehusberedskaber vil resultere i, at dele af det akutarbejdet, der i dag finder sted i sygehusvæsenet fremover skal varetages i primærsektoren.

Den sundhedsfaglige udvikling må antages at indebære, at en række af de opgaver, der i dag varetages af sygehusvæsenet, vil blive overført til primærsektoren

I takt med at stadigt flere opgaver flyttes fra sekundær- til primærsektoren, vil der opstå et voksende behov for, at almen praksis ikke blot er i stand til at videreføre den behandling og/eller genoptræning, der måtte være påbegyndt under indlæggelse på sygehuset, men også er i stand til at fungere som et bindeled mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer, f. eks. i form af medvirken i de såkaldte shared care programmer (koordinerede udrednings- og behandlingsprogrammer) og deltagelse i en omfattende informations- og rådgivningsfunktion over for patienterne under hele sygdomsforløbet.

Det må antages, at der sideløbende med udflytningen af opgaver fra sygehusvæsenet, vil ske en opprioritering af det forebyggende arbejde, og at fokus i høj grad vil blive rettet mod risikogrupper inden for såvel børne- som ungdoms- og ældreområdet, d.v.s. risikogrupper, som den praktiserende læge har særlige muligheder for

at komme i kontakt med og påvirke, hvorfor den praktiserende læge må indgå i arbejdet.

Endelig antager kommissionen, at der uændret er et behov for, at de praktiserende læger har et tæt samarbejde med den primærkommunale hjemmepleje, de kommunale sundhedsordninger og socialforvaltninger i pensions- og arbejdsmarkedspolitiske sammenhænge m.v.

8.4 Krav til den fremtidige uddannelse

Uddannelsen har til formål at bibringe kommende speciallæger i almen medicin de i kapitel 6 beskrevne kompetencer, hvilket indebærer, at uddannelsen skal sikre, at læger, som ønsker at udøve almen medicin, opnår egenskaber i form af:

- Klinisk kompetence,
- Organisatoriske færdigheder,
- Værdier og holdninger,

som kan bidrage til at øge kvaliteten af arbejdet for og med patienterne i almen praksis.

En nærmere beskrivelse af disse egenskaber findes i den netop reviderede og godkendte ”Målbeskrivelse for specialeuddannelsen i almen medicin”.

Den specialespecifikke del af uddannelsen i almen medicin består hovedsagelig af erhvervelse af viden og færdigheder inden for områderne primær diagnostik og behandling af et usorteret klientel, effektiv visitation, generel og specifik profylakse samt opfølgning af kroniske tilstande og palliativ behandling af uhelbredeligt syge.

Det er kommissionens vurdering, at kravene til de kommende praktiserende læger gør det nødvendigt at styrke uddannelsen i almen medicin, herunder ikke mindst det specifikt almen medicinske indhold i uddannelsen.

Efter kommissionens vurdering kan de specifikke almen-praksisfunktioner og de særlige arbejdsmetoder, der anvendes i almen praksis, kun læres i almen praksis – uddannelsespotentiallet findes ikke andetsteds.

Kommissionen finder derfor, at speciallægeuddannelsen i højere grad, end tilfældet er i dag, må forankres i almen praksissektoren.

Den nuværende uddannelsesstruktur med et langt hospitalsforløb uden almen praksis forankring medfører efter kommissionens vurdering bl.a.:

- At de uddannelsessøgende har vanskeligt ved at uddrage den almen medicinske relevans af uddannelsen inden for de sygehusbaserede specialer, der er en del af uddannelsen.
- At de uddannelsessøgende gennem den lange hospitalskarriere har meget svært ved at bevare kontakten (mentalt og fysisk) til deres fremtidige virkeområde i primærsektoren.
- At de uddannelsesgivende hospitalsafdelinger har vanskeligt ved at tilpasse uddannelsen til den uddannelsessøgendes fremtidige behov inden for et arbejdsområde, som afdelingen ikke kender tilstrækkeligt godt.

Dansk Selskab for Almen Medicin og Praktiserende Lægers Organisation har udarbejdet et forslag til den fremtidige tilrettelæggelse af speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Kommissionen finder, at forslaget udgør et godt grundlag for en nødvendig forbedring af uddannelsen i almen medicin.

Det er kommissionens vurdering, at de intentioner, der ligger bag kommissionens forslag til mål, indhold, opbygning, evaluering, ansvar m.v. for uddannelsen inden for de sygehusbaserede specialer, også bør gælde for almen medicin.

Den almen medicinske speciallægeuddannelse bør i videst mulig omfang baseres på de samme grundprincipper som den øvrige speciallægeuddannelse, men uddannelsen må dog p.g.a. struktur- og funktionsmæssige forhold indrettes anderledes på visse områder.

8.5 Kommissionens forslag til den fremtidige speciallægeuddannelse i almen medicin

8.5.1 Den kliniske uddannelse

Med dette udgangspunkt foreslår kommissionen, at uddannelsen udvides med 18 måneder og opbygges som følger:

Turnusuddannelsen bevares aktuelt - som ved de øvrige specialer - som en 18 måneders blokansættelse omfattende 12 måneders ansættelse ved relevante kliniske afdelinger og 6 måneders ansættelse i almen praksis.

Introduktionsuddannelsen etableres som en 6 måneders ansættelse i en introduktionsstilling i en praksis.

Hoveduddannelsen opbygges som et kontinuerligt uddannelsesforløb af 54 måneders varighed

Uddannelsen forankres i "Praksis 1" og den udpegede praksistutor fungerer som mentor for den uddannelsessøgende. Hoveduddannelsen etableres som en blokansættelse omfattende:

- 6 måneders ansættelse i undervisningsstilling i "Praksis 1"
- 12 måneders ansættelse inden for det intern medicinske område
- 6 måneders ansættelse inden for kirurgi
- 6 måneders ansættelse inden for gynækologi og obstetrik
- 6 måneders ansættelse inden for psykiatri
- 6 måneders ansættelse som uddannelsesamanuensis i "Praksis 1"
- 12 måneders ansættelse som uddannelsesamanuensis i "Praksis 2".

Det er kommissionens vurdering:

- At 6 måneders ansættelse i introduktionsstilling gør det muligt for den uddannelsessøgende at træffe et kvalificeret specialevalg, da den uddannelsessøgende typisk har afsluttet 6 måneders ansættelse som praksisreservelæge umiddelbart inden introduktionsstillingen tiltrædes.
- At 6 måneders ansættelse i introduktionsstilling skal efterfølges af 6 måneders ansættelse i en specifik uddannelsesstilling så vidt muligt i samme praksis ("Praksis 1"), hvilket vil være tilstrækkelig til, at den uddannelsessøgende kan opnå den nødvendige forankring i specialet almen medicins faglighed og miljø og kan opnå fortrolighed med opgaverne i den kliniske hverdag i almen praksis.
- At den uddannelsessøgende læge derved opnår en forståelse for og indsigt i specialet almen medicin, som gør det muligt for vedkommende at få det relevante udbytte af den efterfølgende tjeneste ved de specialer, der indgår i uddannelsen, idet indlæringen kan foregå med almen medicin som referenceramme.

Kommissionen finder det som anført meget vigtigt, at speciallægeuddannelsen inden for almen medicin påbegyndes inden for eget speciale, men også at uddannelsen inden for de specialer, der i øvrigt indgår i uddannelsen i almen medicin, målrettes mod den uddannelsessøgendes fremtidige funktion i almen praksis, og at den uddannelsessøgende i videst muligt omfang bevarer kontakten til almen praksis under uddannelsen inden for de andre specialer.

Kommissionen anbefaler derfor:

- At uddannelsen inden for de sygehusbaserede specialer, der indgår i almen medicin uddannelsen målrettes mod almen praksis, og at uddannelsen planlægges og koordineres i et samarbejde mellem den uddannelsessøgendes vejleder (mentor), den almen medicinske uddannelseskoordinator og de involverede afdelinger.
- At den uddannelsessøgende i de perioder, vedkommende forretter tjeneste inden for sygehusvæsenet, vender tilbage til sin praksis i 1-2 dage (retur-dage) pr. måned for at vedligeholde og opretholde sin almen medicinske referenceramme.
- At de teoretiske kurser i almen medicin placeres i ”praksisperioderne” i modsætning til nu, hvor det ligger i hospitalsforløbet, og at de påbegyndes under introduktionsuddannelsen.

Det skal bemærkes, at fraværet til retur-dage i almen praksis ikke reducerer uddannelsestiden inden for øvrige specialer, idet fraværet modsvares af, at de teoretiske kurser i henhold til kommissionens forslag placeres i praksisperioderne.

Denne vekselvirkning, som opstår i kraft af den uddannelsessøgendes retur-dage, vil samtidig medføre, at der etableres en tættere dialog mellem de involverede afdelinger og almen praksis. Den uddannelsessøgende læge får således en funktion som ”samarbejdets ambassadør”.

Hoveduddannelsens sidste 18 måneder bør omfatte tjeneste ved to forskellige praksis.

8.5.2 De teoretiske kurser

De teoretiske kurser bør spredes over hele uddannelsesforløbet, men skal som allerede omtalt placeres i de perioder, den uddannelsessøgende forretter tjeneste i almen praksis.

Det anbefales:

- At de almen medicinske uddannelseskoordinatorer på amtsligt plan arrangerer regelmæssige halve eller hele undervisningsdage for de uddannelsessøgende i almen medicin, idet man hermed er i stand til dels at sikre dannelse og vedligeholdelse af et lokalt netværk for de uddannelsessøgende læger og dels at indføre disse i lokale forhold vedr. undersøgelse, behandling, visitation og samarbejde af betydning for deres fremtidige virke som speciallæger i almen medicin.
- At der i den teoretiske uddannelse indgår obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse, administration, samarbejde og pædagogik (se kapitel 11)

- At der i hoveduddannelsen indgår et obligatoriske forskningstræningsforløb svarende til 3 måneder.
- At der i den sidste del af hoveduddannelsen (som uddannelsesamanuensis) indgår kurser af dages til få ugers varighed i specialerne pædiatri, otologi, oftalmologi, dermatologi og fysiurgi enten ved en sygehusafdeling eller i speciallægepraksis, samt at der etableres et fortløbende kursus i psykiatri, bestående af superviseret samtaleterapi én til to gange pr. måned med tilknytning til en kontinuerlig supervisions-gruppe.

Den af kommissionen anbefalede uddannelse vil medføre, at den almen medicinske speciallægeuddannelse lægger sig tæt op ad den standard, der er gældende i de øvrige nordiske lande.

Den samlede uddannelsestid regnet fra turnusuddannelsens afslutning øges med forslaget fra de nuværende 3 1/2 år til 5 år og bringes hermed på niveau med langt de fleste øvrige speciallægeuddannelser. Den del af uddannelsen, der foregår i almen praksis, øges fra 6 til 30 måneder, medens den del af uddannelsen, der foregår inden for andre specialer, reduceres fra 36 til 30 måneder.

9 Organisation og styring

9.1 Indledning

I henhold til kommissoriet skal kommissionen vurdere, i hvilken udstrækning en øget decentralisering af administrationen af speciallægeuddannelsen vil være hensigtsmæssig, dels af hensyn til den praktiske håndtering af de individuelle uddannelsesforløb, dels af hensyn til en smidiggørelse af den løbende tilpasning af uddannelseskapaaciteten til de aktuelle og kommende behov.

I dette kapitel gennemgås først de nuværende forhold vedr. den administrative organisation og styring af speciallægeuddannelsen. Herefter gennemgås kommissionens forslag til den fremtidige organisation og styring af speciallægeuddannelsen.

9.2 Nuværende forhold

De centrale sundhedsmyndigheder, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, har det overordnede ansvar for speciallægeuddannelsen og fastsætter de overordnede krav til indholdet i samt dimensionering og tilrettelæggelse af speciallægeuddannelsen.

Undervisningsministeriet har ansvaret for lægeuddannelsen ved universiteterne (den prægraduate uddannelse), herunder for antallet af optagne studerende.

Amterne og H:S har ansvaret for, at speciallægeuddannelsen tilrettelægges i overensstemmelse med de af de centrale sundhedsmyndigheder fastsatte bestemmelser.

På sygehusniveau har sygehusledelserne det overordnede ansvar for, at den lægelige videreuddannelse gennemføres i henhold til gældende bestemmelser, medens ansvaret på afdelingsniveau varetages af afdelingsledelsen.

Afdelingsledelsen skal således sikre, at rammerne for uddannelsen er i orden, og påse, at uddannelsens indhold og udbytte er i overensstemmelse med de opstillede mål.

Det konkrete ansvar for den kliniske videreuddannelse er således henlagt til de enkelte sygehusafdelinger og lægepraksis og til de uddannelsessøgende læger, idet sidstnævnte har et medansvar for uddannelsen.

De centrale myndigheder påser i forbindelse med udstedelsen af autorisationer og

tilladelser, at de formelle uddannelseskra v er opfyldt.

Sundhedsministeriet rådgives i spørgsmål vedr. speciallægeuddannelsen af Sundhedsstyrelsen, Specialistnævnet samt Kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse.

9.2.1 Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen meddeler i henhold til lægeloven den medicinske kandidat autorisation som læge, ligesom styrelsen efter ansøgning meddeler læger, som har gennemført turnusuddannelsen, tilladelse til selvstændigt virke som læge. Efter ansøgning og forudgående indstilling fra Specialistnævnet meddeler Sundhedsstyrelsen ligeledes tilladelse til at betegne sig som speciallæge.

Sundhedsstyrelsen kan efter indstilling fra Specialistnævnet fravige de uddannelseskra v, der er fastsat for uddannelsen til speciallæge, såfremt lægen har gennemgået en anden uddannelse, der skønnes at opfylde kra vne.

Sundhedsstyrelsen fastsætter bestemmelser om turnusuddannelsen, om uddannelsen i de enkelte grund- og grenspecialer samt målbeskrivelser for disse.

Sundhedsstyrelsen godkender for hvert uddannelsessted de stillinger (uddannelsesstillinger), hvori ansættelse kan indgå som en del af henholdsvis turnus- og speciallægeuddannelsen (enkeltstillingsklassifikation).

Sundhedsstyrelsen udtager efter drøftelse med de enkelte amtsråd/H:S det antal turnusstillinger, som er nødvendige for at lægevidenskabelige kandidater kan gennemgå turnusuddannelsen. Stillingerne udtages blandt de ved sygehusene normerede reservelægestillinger.

Sundhedsstyrelsen fastsætter bestemmelser om hvilke kra v, der stilles til uddannelsesstederne med hensyn til uddannelsesprogram, evaluering m.v. for at uddannelsesstederne kan få godkendt uddannelsesstillinger.

9.2.2 Specialistnævnet

Specialistnævnets formand, der skal være læge, udnævnes af sundhedsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Nævnet har herudover 19 medlemmer med repræsentanter for Sundhedsministeriet, de sundhedsvidenskabelige fakulteter, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, amterne, Sygesikringens

Forhandlingsudvalg, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Medicinsk Selskab og Sundhedsstyrelsen.

Nævnet rådgiver sundhedsministeren om, inden for hvilke grene af lægevidenskaben samt på hvilke betingelser, læger kan opnå tilladelse til at betegne sig som speciallæge.

Nævnet afgiver indstilling til Sundhedsstyrelsen om meddelelse af tilladelse til at betegne sig som speciallæge, herunder dispensation fra de almindelige regler og for læger, som helt eller delvist har uddannet sig i udlandet. Nævnet har et stående udvalg for uddannelsesbedømmelse.

Nævnet rådgiver Sundhedsstyrelsen vedrørende lægers kliniske og teoretiske videreuddannelse og i andre lægelige uddannelsesspørgsmål (enkeltstillingsklassifikation, målbeskrivelser, vejledning og evaluering m.m.)

9.2.3 Kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse

Kontaktforum er et organ til drøftelse af den lægelige grund- og videreuddannelse. Kontaktforum har medicinaldirektøren som formand og består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Undervisningsministeriet, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, de tre uddannelsesregioner og Den Almindelige Danske Lægeforening.

Kontaktforum blev etableret i 1996. Baggrunden var en erkendelse af, at den lægelige uddannelse er tæt forbundet med driften af sygehusene, og at den lægelige videreuddannelse indgår som et integreret del af arbejdstilrettelæggelsen og opgavevaretagelsen og dermed også som en del af ledelsesansvaret og driftsøkonomien på sygehusene.

Formål og kommissorium for kontaktforum blev ved nedsættelsen i 1996 beskrevet således:

“Formålet er mellem de ansvarlige myndigheder at etablere et tættere samarbejde, en løbende dialog og en bedre koordinering af den lægelige uddannelses enkelte elementer med de administrative og økonomiske elementer i sygehusdriften.

Kontaktforum kan drøfte alle generelle problemer, der er forbundet med den lægelige grund- og videreuddannelse.

Kontaktforum er gensidigt rådgivende over for de kompetente myndigheder, der er repræsenteret i forumet, og skal formidle samarbejde mellem disse. Der sker således ingen ændring af de enkelte myndigheders kompetencer, der er fastlagt ved lov eller i henhold til lov, jf. ovenfor.

Det skal understreges, at kontaktforumet først og fremmest skal drøfte principper og retningslinier for de overordnede forhold vedrørende den lægelige grund- og videreuddannelse. Den konkrete løsning af et givet problem skal foretages og gennemføres af den eller de kompetente myndigheder” (Sundhedsministeriets notat af 18. juni 1996 om oprettelse af “Kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse”).

9.2.4 Amterne og H:S

Amterne og H:S har ansvaret for, at speciallægeuddannelsen tilrettelægges i overensstemmelse med de bestemmelser, som Sundhedsstyrelsen har fastsat.

Det enkelte amt har således ansvaret for tilrettelæggelsen af turnus-, introduktions- og almen medicin-uddannelsen, mens tilrettelæggelsen af den øvrige del af speciallægeuddannelsen sker i et samarbejde mellem flere amter.

I forlængelse af forslagene i betænkning nr. 1183 vedr. lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse fra 1989 er der etableret et regionalt samarbejde omfattende:

- Region ØST bestående af H:S og amterne øst for Storebælt.
- Region NORD bestående af Nordjyllands, Viborg, Ringkjøbing og Århus amter.
- Region SYD bestående af Ribe, Sønderjyllands, Vejle og Fyns amter.

Det regionale samarbejde er aftalt mellem de implicerede amter/H:S.

Som foreslået i betænkning nr. 1183 er der i hvert amt og H:S nedsat et videreuddannelsesudvalg.

Der er ikke fra centralt hold fastsat nærmere regler for udvalgenes opgaver og sammensætning, men Sundhedsstyrelsen har i en cirkulæreskrivelse af 29. december 1989 tilkendegivet, at styrelsen finder det meget vigtigt, at der er en bred repræsentation af de involverede lægelige grupper i udvalgene, at den administrative

deltagelse sker på et meget højt niveau, og at udvalgene sikres sekretariatsmæssig bistand i tilstrækkeligt omfang.

Følgende opgaver varetages normalt af videreuddannelsesudvalgene:

- Udarbejdelse af forslag til ændringer af enkeltstillingsklassifikationen.
- Administration af turnusordningen.
- Etablering af almen medicinblokke og andre blokforløb i samarbejde med de øvrige amter/H:S i regionen.
- Administration af brudte blokforløb.
- Kontrol af at uddannelsesprogrammer er udarbejdet.
- Administration af ansættelsesprocedurer.
- Rådgivning af afdelinger samt lokale og centrale myndigheder vedr. den lægelige videreuddannelse.

Ved introduktion af evalueringssystemet har udvalgene påtaget sig at samle og kommentere evalueringsskrivelserne.

9.3 Kommissionens overvejelser og forslag

Kommissionen foreslår, som anført i kapitel 6, at den fremtidige speciallægeuddannelse i videst muligt omfang forankres i de funktionsbærende enheder.

Det er kommissionens vurdering, at den funktionsbærende enhed vil blive i stand til at tilbyde hovedparten af speciallægeuddannelsen inden for de fleste specialer, men også, at uddannelsen som hovedregel skal omfatte tjeneste ved såvel en funktionsbærende enhed som ved en højt specialiseret enhed.

Kommissionens forslag betyder, at der set i forhold til i dag vil ske en decentralisering af den lægelige videreuddannelse, idet en større del af uddannelsen flyttes fra universitetssygehusene til de funktionsbærende enheder.

Kommissionen finder, at organisation, administration og styring af speciallægeuddannelsen skal tilpasses den ændrede tilrettelæggelse af uddannelsen.

Som anført er det formelle ansvar for den lægelige videreuddannelse i dag delt mellem det nationale niveau (de centrale sundhedsmyndigheder) og det lokale/ amtslige/H:S niveau (amt - sygehus - afdeling).

Der er på begge niveauer etableret rådgivende organer/udvalg i form af henholdsvis Specialistnævnet, Kontaktforum og de amtslige/H:S videreuddannelsesudvalg.

Hertil kommer, at der, som tidligere nævnt, er etableret et regionalt samarbejde mellem amterne/H:S.

Det er kommissionens vurdering, at der som følge af den foreslåede decentralisering af speciallægeuddannelsen og forslaget om at opbygge hoveduddannelsen som et samlet og integreret uddannelsesforløb, der som hovedregel skal omfatte tjeneste ved såvel en funktionsbærende enhed som en højt specialiseret enhed, vil blive stillet store krav til planlægning og koordinering af uddannelsesforløbene, der i vidt omfang vil omfatte tjeneste i mere end ét amt, men som regel vil kunne gennemføres inden for én uddannelsesregion.

Kommissionen finder, at der skal ske en tydeliggørelse af ansvars- og kompetencefordelingen, og at det af førnævnte grunde er nødvendigt, at der sker en udbygning af den regionale organisation.

I det følgende gennemgås kommissionens forslag til den fremtidige organisation, der skal varetage speciallægeuddannelsen.

9.3.1 Det centrale niveau

Det overordnede ansvar for den lægelige videreuddannelse ligger uændret i Sundhedsministeriet og hos Sundhedsstyrelsen, der fastsætter de overordnede krav til indholdet i samt dimensionering og tilrettelæggelse af såvel turnus- som speciallægeuddannelsen.

Sundhedsstyrelsen er autorisationsmyndighed og er således ansvarlig for kontrol af autorisationsgrundlaget og for udstedelse af autorisationer (læge, selvstændigt virke som læge og speciallæge). Styrelsen godkender individuelle uddannelsesforløb, herunder dispensationer.

Sundhedsstyrelsen skal fastsætte og udmelde dimensionering af videreuddannelsen, herunder fordeling af uddannelsespladser mellem regionerne (se nedenfor). Der vil fortsat være behov for prognosearbejde vedr. såvel det forventede udbud af lægelig arbejdskraft som vedr. efterspørgsel som grundlag for udmeldinger.

Styrelsen skal opstille krav til indhold og mål for videreuddannelsen og påse, at der sker fortløbende vurderinger, tilpasninger og justeringer af uddannelsen.

Styrelsen skal varetage koordineringen af videreuddannelsen med lægeuddannelsen ved universiteterne.

Sundhedsstyrelsen skal fortsat være ankeinstans for afgørelser, der er truffet regionalt.

For at styrke grundlaget for den centrale styring og overvågning af den lægelige videreuddannelse foreslår kommissionen:

- At der etableres et nationalt videreuddannelsesråd.

Kommissionen foreslår, at rådet sammensættes af repræsentanter for Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Undervisningsministeriet, Forskningsministeriet, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Dansk Medicinsk Selskab, Den Almindelige Danske Lægeforening, de sundhedsvidenskabelige fakulteter samt de regionale videreuddannelsesråd (se nedenfor).

Formanden for det nationale videreuddannelsesråd foreslås udpeget af sundhedsministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

De regionale videreuddannelsesråd foreslås repræsenteret ved deres formænd.

Kommissionen anbefaler, at det nationale videreuddannelsesråd får til opgave:

- At rådgive Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen i alle forhold vedr. den lægelige videreuddannelse på overordnet og principielt niveau.
- At rådgive Undervisningsministeriet i forhold vedr. den lægelige kandidatuddannelse ved universiteterne, herunder kandidatproduktionens størrelse set i relation til den forventede efterspørgsel efter færdiguddannede speciallæger.
- At rådgive Forskningsministeriet i forhold vedr. speciallægeuddannelsen set i relationen til den sundhedsvidenskabelige forskning.

Kommissionen finder, at rådets arbejdsområde f.eks. omfatter rådgivning vedrørende:

- Oprettelse og nedlæggelse af specialer.
- Ændringer af videreuddannelsernes længde og indhold.
- Dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse.
- Principielle spørgsmål vedr. målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og evaluering.
- Overordnede retningslinjer for tildeling af autorisationer og anerkendelser samt retningslinjer for dispensationer.

- Den lægelige kandidatuddannelse ved universiteterne, herunder kandidatproduktionens størrelse set i relation til samfundets behov for speciallæger.
- Forhold vedr. speciallægeuddannelsen set i relation til den sundhedsvidenskabelige forskning.
- Den lægelige videreuddannelses relation til de internationale forhold, herunder EU og Norden.

Oprettelse af et nationalt videreuddannelsesråd vil efter kommissionens vurdering betyde, at specialistnævnet og kontaktforum for lægelig grund- og videreuddannelse skal nedlægges.

Da specialistnævnet er hjemlet i lægelovent, kræver forslaget, at loven ændres.

9.3.2 Det regionale niveau

For at styrke den decentralisering af speciallægeuddannelsen, der er en følge af kommissionens forslag til den fremtidig speciallægeuddannelse, skal der etableres en regional organisation for lægelig videreuddannelse.

Den regionale organisation skal efter kommissionens vurdering dels bestå af et regionalt videreuddannelsesråd, dels af en klinisk-pædagogisk-udviklende funktion.

9.3.2.1 De regionale videreuddannelsesråd

De regionale videreuddannelsesråd har til opgave:

- At rådgive regionens amter/H:S i forhold vedr. den lægelige videreuddannelse.
- At varetage en række nærmere fastsatte opgaver, hvoraf en del i dag varetages af de centrale sundhedsmyndigheder og af amterne/H:S.

Kommissionen finder således, at de regionale videreuddannelsesråd bør tillægges ansvaret for, at følgende opgaver varetages:

- Fordeling af uddannelsesforløb inden for regionen.
- Godkendelse af uddannelsesgivende afdelinger/uddannelsesstillinger/moduler.
- Godkendelse af uddannelsesprogrammer.
- Tilrettelæggelse af individuelle uddannelsesforløb, herunder administration af brudte uddannelsesforløb.
- Indstilling til Sundhedsstyrelsen vedr. godkendelse af individuelle uddannelsesforløb, herunder forløb som kræver dispensation.

- Opfølgning på evaluering af uddannelsesgivende enheder/afdelinger.
- Overvågning/sikring af videreuddannelsens kvalitet.
- Udvikling af undervisnings/indlæringsmetoder m.m til brug ved den lægelige videreuddannelse (pædagogik, IT-metoder, færdighedstræning, arbejdstilrettelæggelse m.v.) samt vejledning i brug af disse.
- Etablering af kurser m.m. for vejledere, praksistutorer, uddannelsesansvarlige overlæger m.fl.
- Ankeinstans vedr. klager fra de uddannelsessøgende og de uddannelsesgivende afdelinger.

Kommissionen foreslår, at rådets opgaver nærmere beskrives i en bekendtgørelse fra Sundhedsstyrelsen/Sundhedsministeriet efter forudgående drøftelse i det nationale råd. Beskrivelsen bør have karakter af en minimumsbeskrivelse, idet regionens amter/H:S efter indbyrdes aftale skal have mulighed for at tillægge det regionale råd yderligere opgaver.

Ved udarbejdelse af bekendtgørelsen skal der ske en afklaring af det juridiske grundlag for rådernes arbejde, der dels vedrører rådgivning over for regionens amter/H:S og dels en opgavevaretagelse, der implicerer myndighedsudøvelse. I forbindelse hermed skal rådets relationer til de regionale samarbejdsfora for de amtslige sundhedsdirektører vurderes.

Kommissionen anbefaler, at de regionale videreuddannelsesråd sammensættes af repræsentanter for amterne/H:S i regionen (forvaltninger og sygehuse), almen praksis, Dansk Medicinsk Selskab, Den Almindelige Danske Lægeforening, de uddannelsessøgende i regionen og det regionale universitet (det sundhedsvidenskabelige fakultet).

Formanden foreslås udpeget af regionens amter/H:S i forening, og det anbefales, at vedkommende er født medlem af det nationale videreuddannelsesråd.

Det anbefales:

- At der etableres et regionalt videreuddannelsesudvalg i region Nord, Syd og Øst

Det regionale videreuddannelsesråd betjenes af et sekretariat, der bl.a. har til opgave,

- at sekretariatsbetjene rådet,
- at administrere kurser,
- at administrere forskeruddannelse og -træning i regionen.

Sekretariatet forventes at få en væsentlig funktion i videreuddannelsesrådets koordinerende arbejde, og det forudsættes således, at sekretariatet indgår i et tæt samarbejde med de instanser, der varetager den lægelige uddannelse, herunder ikke mindst det regionale sundhedsvidenskabelige fakultet og den nedenfor beskrevne klinisk-pædagogisk-udviklende funktion.

Det regionale videreuddannelsesråd og sekretariatet finansieres af amterne/H:S.

9.3.2.2 Den klinisk-pædagogisk-udviklende funktion

Der er som anført i kapitel 10 et stort behov for at styrke den kliniske uddannelse på afdelingsniveau, idet en række af de i kapitel 6 beskrevne kompetencer eller delkompetencer kun kan opnås ved at deltage i det kliniske arbejde.

Kendskabet til, hvilke kompetencer der kun kan opnås i klinikken, og hvilke der evt. kan erhverves på anden vis - f.eks. ved undervisning i færdighedslaboratorier o.l. - er dog mangelfuldt, og man ved for lidt om, hvilke undervisningsmetoder der er bedst egnede ved indlæring af en række af de i kapitel 6 beskrevne kompetencer.

En styrkelse af den kliniske uddannelse kræver derfor dels, at man opnår den nødvendige viden om, hvilke kompetencer der kun kan erhverves i den daglige klinik, og hvilke der kan erhverves på anden vis, dels at der udvikles nye metoder, der specifikt tager sigte på at understøtte erhvervelsen af disse kompetence eller er i stand til at overføre relevante voksenpædagogiske erfaringer fra andre områder til den lægelige videreuddannelse.

Kommissionen finder, at der er brug for at iværksætte et klinisk-pædagogisk udviklingsarbejde, der er forankret i den kliniske hverdag og inddrager såvel klinisk-pædagogiske som almen pædagogisk erfaringer fra såvel Danmark som andre dele af verden, og at et sådant arbejde naturligt må inddrage erfaringerne med den prægraduate lægeuddannelse.

Kommissionen anbefaler:

- At der etableres en regional klinisk-pædagogisk-udviklende funktion, der har til formål at styrke den kliniske uddannelse.

Funktionen har til opgave:

- At udbrede kendskabet til voksenpædagogiske metoder, der kan anvendes i den kliniske videreuddannelse.

- At udvikle nye indlæringsmetoder, der er anvendelig i den kliniske videreuddannelse,
- At rådgive de regionale råd, de sundhedsvidenskabelige fakulteter, amter, H:S, sygehuse, afdelinger, uddannelsesansvarlige overlæger, vejledere, almen medicinske uddannelseskoordinatorer, praktistutorer og uddannelsessøgende læger m. fl. om generelle og overordnede klinisk-pædagogiske aspekter af den lægelige videreuddannelse samt om konkrete spørgsmål af principiel karakter.

Funktionen etableres og finansieres i et samarbejde mellem amterne, H:S og de sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Funktionen refererer til Det regionale videreuddannelsesråd.

Det forudsættes, at der etableres et tæt samarbejde såvel med de prægraduate pædagogiske enheder, der findes ved de sundhedsvidenskabelige fakulteter, som mellem de klinisk-pædagogisk-udviklende funktioner i de tre regioner.

9.3.2.3 Postgraduate kliniske lektorer og professorer

For at sikre, at den klinisk-pædagogisk-udviklende funktion får den ønskede effekt, foreslår kommissionen:

- At der i hver region ansættes regionale postgraduate kliniske lektorer inden for de specialer, der i den pågældende region indgår i den lægelige videreuddannelse.

Kommissionen er opmærksom på, at der inden for specialer med stor uddannelsesaktivitet kan der være behov for flere lektorer i en region.

Kommissionen foreslår, at de postgraduate kliniske lektorer skal varetage følgende opgaver:

- Medvirke til udvikling af nye klinisk-pædagogiske undervisnings- og indlæringsmetoder samt formidling af disse.
- Rådgivning i forbindelse med godkendelse af uddannelsesenheder.
- Rådgivning i forbindelse med tilrettelæggelse af individuelle uddannelsesforløb.
- Rådgivning og vejledning i forbindelse med udarbejdelse og implementering af uddannelsesprogrammer og individuelle uddannelsesplaner.
- Rådgivning og vejledning i forbindelse med den praktiske gennemførelse af den kliniske uddannelse.
- Rådgivning vedr. og bistand i forbindelse med etablering af regionale kurser m.m.

- Rådgivning i forbindelse med håndtering af utilfredsstillende uddannelsesforløb.

Kommissionen finder:

- At ansøgere til stillinger som postgraduate kliniske lektorer skal være ansat som speciallæge eller overlæge inden for sygehusvæsenet eller drive praksis i regionen.
- At de postgraduate kliniske lektorer skal ansættes på honorarbasis ved det sundhedsvidenskabelige fakultet på samme måde som de prægraduate kliniske lektorer.
- At de postgraduate kliniske lektorer bør ansættes efter en bedømmelse af ansøgernes dokumenterede uddannelsesmæssige kvalifikationer.
- At afgørelse om ansættelse af postgraduate kliniske lektorer træffes af de sundhedsvidenskabelige fakulteter efter forudgående godkendelse af det regionale videreuddannelsesråd og ansøgerens hovedarbejdsgiver (amt/H:S).

De postgraduate kliniske lektorer er således fagspecifikke, uddannelsesansvarlige overlæger og praktiserende læger/speciallæger, som foruden det kliniske arbejde varetager en koordinerende uddannelsesfunktion i regionen.

Kommissionen foreslår endvidere:

- At der i hver region ansættes/skabes mulighed for at ansætte én (evt. flere) postgraduate kliniske professorer.

Kommissionen finder, at de postgraduate kliniske professorer skal varetage følgende opgaver:

- Forestå udviklingen af nye klinisk-pædagogiske undervisnings- og indlæringsmetoder samt formidlingen af disse.
- Medvirke ved fastlæggelse af de overordnede rammer for den kliniske videreuddannelse i regionen.

De postgraduate kliniske professorer skal ikke være fag- eller specialespecifikke professorer, og bør som hovedregel have en begrænset klinisk funktion, da vedkommendes hovedfunktion skal ligge inden for udvikling og formidling af klinisk-pædagogiske indlæringsmetoder.

Kommissionen finder:

- At ansættelse i en stilling som postgraduate klinisk professor forudsætter, at der er eller bliver etableret en stilling med henblik på denne funktion i den pågældende region.

- At de postgraduate kliniske professorer skal ansættes på honorarbasis ved de sundhedsvidenskabelige fakulteter på samme måde som de prægraduate kliniske professorer.
- At der ved bedømmelsen af de postgraduate kliniske professorer skal lægges vægt på, at ansøgerne har en dokumenteret forskningsmæssig baseret kompetence vedr. postgraduat lægelig uddannelse.
- At afgørelse om ansættelse af postgraduate kliniske professorer træffes af de sundhedsvidenskabelige fakulteter efter forudgående godkendelse af det regionale videreuddannelsesråd og ansøgerens hovedarbejdsgiver (amt/H:S).

Kommissionen forudsætter, at de postgraduate kliniske lektorer og professorer indgår i den klinisk-pædagogisk-udviklende funktion og har et tæt samarbejde såvel internt i regionen som på tværs af de enkelte regioner.

Forslaget om at ansætte postgraduate kliniske lektorer og professorer vil synliggøre og dermed styrke uddannelsesfunktionen, og det vil samtidig medvirke til at gøre funktionerne som vejleder og uddannelsesansvarlig overlæge meriterende.

9.3.2.4 Sammenfattende om den regionale organisation

Kommissionen finder, at der med etablering af en regional organisation af den lægelige videreuddannelse skabes mulighed for:

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

9.3.3 Det amtslige niveau (incl. H:S)

Ansvar for at gennemføre den lægelige videreuddannelse i henhold til gældende love, bekendtgørelser og vejledninger påhviler uændret amterne og H:S.

Amterne og H:S har således ansvaret for at sikre, at der er den nødvendige kapacitet til at gennemføre den lægelige videreuddannelse.

For så vidt angår uddannelse i praksissektoren har Københavns og Frederiksberg kommuner tilsvarende opgaver.

Som tidligere nævnt er der i alle amter og H:S nedsat videreuddannelsesudvalg, men der er ikke udarbejdet ensartede retningslinier for udvalgenes arbejde.

Kommissionen finder det vigtigt, at der også på det amtslige niveau findes et organ, der har til opgave at rådgive de udøvende myndigheder vedr. forhold af betydning for den lægelige videreuddannelse. Kommissionen finder, at alle interessenter bør have sæde i et sådant organ, og at der skal være ensartede retningslinier for et sådant.

Kommissionen foreslår derfor:

- At hvert enkelt amt/H:S nedsætter et amtsligt videreuddannelsesråd (og at evt. videreuddannelsesudvalg nedlægges).
- At rådet sammensættes af repræsentanter for amtet/H:S (forvaltning og sygehuse), almen praksis, Dansk Medicinsk Selskab, Den Almindelige danske Lægeforening samt de uddannelsessøgende læger i amtet/H:S. Af hensyn til en rimelig balance mellem overlæger og uddannelsessøgende læger bør de uddannelsessøgende være repræsenteret med 2-3 personer.
- At amtet/H:S udpeger rådets formand, og at denne er født medlem af det regionale råd.
- At Sundhedsstyrelsen efter drøftelse i det nationale videreuddannelsesråd fastlægger et kommissorium for de amtslige videreuddannelsesråd.

Kommissionen finder, at kommissoriet skal angive et minimumsniveau for rådernes arbejde.

Det er kommissionens holdning, at rådets opgaver bør omfatte:

- Rådgivning vedr. etablering af uddannelsesstillinger.
- Rådgivning/udarbejdelse af indstilling vedr. godkendelse af uddannelsesafdelinger, uddannelsesforløb og uddannelsesmoduler.
- Rådgivning/vejledning vedr. udarbejdelse af uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner.
- Rådgivning/vejledning vedr. den kliniske uddannelses gennemførelse, herunder arbejdstilrettelæggelsens uddannelsesmæssige konsekvenser.
- Rådgivning vedr. og bistand til evt. etablering af lokale kurser m.m..

- Monitorering af den lægelige uddannelses kvalitet, herunder opfølgning på evaluering af de uddannelsesgivende enheder/afdelinger og bistand i forbindelse med håndtering af utilfredsstillende uddannelsesforløb.
- Rådgivning/bistand ved udarbejdelse af forslag til støtte og forbedring af den lægelige videreuddannelse, herunder anvendelse af pædagogiske metoder.

9.3.4 Sygehus- og afdelingsniveau

Det overordnede ansvar for, at den lægelige videreuddannelse på sygehusniveau forløber iht. gældende bestemmelser, påhviler uændret sygehusledelsen.

Det uddannelsesmæssige ansvar varetages på afdelingsniveau af afdelingsledelsen. Afdelingsledelsen skal således sikre rammerne for uddannelsesfunktionen og påse, at uddannelsen har et tilstrækkeligt indhold og udbytte i forhold til de opstillede mål.

Alle uddannelsesgivende afdelinger har i dag en uddannelsesansvarlig overlæge. Vedkommendes ansvar og kompetence er beskrevet i Sundhedsstyrelsens ”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse. Struktur, retningslinier og ansvarsfordeling” fra januar 1998.

I vejledningen siges det, at den uddannelsesansvarlige overlæge sammen med den administrerende overlæge (afdelingsledelsen) er ansvarlig for uddannelsen af afdelingens uddannelsessøgende læger, hvilket indebærer, at den uddannelsesansvarlige overlæge skal sikre, at videreuddannelsen som minimum opfylder målbeskrivelsen for det pågældende uddannelseselement.

Det anføres, at den uddannelsesansvarlige overlæge bl.a. har ansvaret for:

- Udarbejdelse og revision af uddannelsesprogrammer.
- Iværksættelse af og deltagelse i relevante uddannelsesaktiviteter.
- Udvikling, kvalitetssikring og fordeling af uddannelsesopgaver.
- Udvælgelse og supervision af kliniske vejledere.
- Sikring af introduktions-, justerings- og slutevalueringssamtalernes gennemførelse.
- Skemalægning af formaliserede uddannelsesaktiviteter i relation til afdelingens øvrige driftsopgaver.
- Varetagelse af kontakten til det administrative ledelsessystem og myndigheder i uddannelsesrelaterede spørgsmål.
- Håndtering af utilfredsstillende uddannelsesforløb.

Kommissionen kan med de i kapitel 10 beskrevne modifikationer tilslutte sig det i vejledningen anførte om den kliniske vejleder og den uddannelsesansvarlige overlæges ansvar og kompetence.

Kommissionen skal sluttelig pege på, at det enkelte amt/H:S kan nedsætte videreuddannelsesråd ved de enkelte sygehuse og/eller funktionsbærende enheder og højt specialiserede enheder, hvis der skønnes at være et behov herfor.

9.3.5 Almen praksisniveau

Ansvar for, at den lægelige videreuddannelse i almen praksis forløber i henhold til gældende bestemmelser, påhviler de alment praktiserende læger, der er ansat som tutorlæger.

Tutorpraksis har ansvaret for, at der udarbejdes uddannelsesprogrammer og foretages evaluering i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning herom.

I alle amter er der i dag ansat 1-2 praksisreservelægekoordinatorer, der medvirker til at koordinere de uddannelsesmæssige aktiviteter, der vedrører uddannelsen i almen praksis for de læger, der som et led i turnusuddannelsen skal introduceres i almen medicin uanset efterfølgende specialevalg.

Praksisreservelægekoordinatorernes hovedopgaver vil typisk være:

- At allokere amtets praksisreservelæger til godkendte tutorer i amtet.
- At arrangere introduktionskurser og ”retur-dage” for uddannelsessøgende læger samt pædagogiske kurser og workshops for tutorlæger.
- At undervise ved ovenstående kurser.
- At fungere som personlig vejleder for yngre læger i relation til aktuelle ansættelser og i forbindelse med vedkommendes karriereplanlægning.
- At virke som inspirator og problemløser for tutorlægerne i relation til deres undervisningsforpligtelser.
- At være overordnet ansvarlig for, at praksisreservelægeordningen fungerer tilfredsstillende.
- At medvirke ved godkendelse af tutorlægepraksis.

Kommissionen anbefaler:

- At den nuværende konstruktion med ansættelse af praksisreservelægekoordinatorer i alle amter opretholdes.

I de fleste amter er der i dag ligeledes ansat almen medicinske uddannelseskoordi-

natorer (AMU'ere), som bidrager til at koordinere og kvalitetssikre speciallægeuddannelsen i almen medicin.

AMU'ernes typiske hovedopgaver vil være:

- At fungere som personlig vejleder og ressourceperson for yngre læger under uddannelse i specialet almen medicin .
- At sikre, at de uddannelsessøgende bevarer kontakten til almen praksis under den sygehusbaserede del af uddannelsesforløbet.
- At arrangere og evt. undervise på "retur-dage".
- At inspirere tutorpraksis til at gennemfører aftalte aktiviteter m.v.
- At arrangere aktiviteter for tutorpraksis.
- At sikre, at den sygehusbaserede del af uddannelsen er praksisrelevant.
- At medvirke ved godkendelse af tutorlægepraksis.

Kommissionen anbefaler:

- At der i alle amter ansættes almen medicinske uddannelseskoordinatorer, der knyttes tæt til videreuddannelsesrådene.

10 Speciallægeuddannelsens gennemførelse i den kliniske enhed

10.1 Indledning

Ifølge kommissoriet skal kommissionen særligt overveje og stille forslag til sikring af en optimal uddannelse i den enkelte kliniske afdeling, herunder nærmere vurdere spørgsmål vedrørende arbejdstilrettelæggelsen, uddannelsens organisering samt holdningsmæssige og kulturelle forhold i de afdelinger, der varetager uddannelsen.

I dette kapitel gennemgås kommissionens overvejelser vedrørende og forslag til gennemførelse af den fremtidige speciallægeuddannelse.

Kommissionens overvejelser og forslag er bl.a. baseret på rapporter fra to af kommissionen nedsatte arbejdsgrupper vedr. henholdsvis den kliniske videreuddannelses praktiske gennemførelse og kompetencemåling af speciallægeuddannelsen.

Den lægelige videreuddannelse er under fortløbende forandring. En del af disse forandringer er betinget af eksterne faktorer som f. eks. målbeskrivelser, arbejdstid, stabsstruktur og arbejdstilrettelæggelse, mens andre er betinget af interne faktorer som f.eks. holdninger og kulturen i de kliniske enheder.

De nuværende forhold, herunder kommissionens vurdering af aktuelle problemer, beskrives kort, hvorefter der redegøres for kommissionens overvejelser og anbefalinger.

Betænkningen ”Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse” fra 1989 (betænkning nr. 1183) stillede en række forslag, der alle havde til formål at forbedre yngre lægers kliniske videreuddannelse. Forslagene er alle søgt gennemført i løbet af 90’erne, jf. beskrivelsen i kapitel 3, men en del så sent, at effekten endnu er vanskelig at vurdere.

Kommissionen finder, at uddannelsesreformen har så mange kvaliteter, at den bør videreføres, men samtidig, at der på en række områder er behov for at supplere de stillede forslag.

10.2 Målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer

10.2.1 Målbeskrivelser

Målbeskrivelserne udarbejdes af de enkelte videnskabelige selskaber og godkendes af Sundhedsstyrelsen efter indstilling fra Specialistnævnet.

En målbeskrivelse skal ifølge Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier (1992) angive det forventede indlæringsresultat efter et afsluttet uddannelsesforløb.

I henhold til vejledningen skal målbeskrivelsen danne grundlag for uddannelsesprogrammer for de forskellige typer af uddannelsesstillinger i de enkelte afdelinger og praksis og skal således være et styringsinstrument for planlægning og tilrettelæggelse.

I henhold til gældende regler er målbeskrivelsen samtidig udgangspunktet for evaluering af uddannelsen med henblik på at sikre, at uddannelsen har det tilsigtede indhold.

Det er kommissionens vurdering, at indførelse af målbeskrivelser har haft den positive effekt, at det uddannelsesmæssige indhold i speciallægeuddannelsen i større grad end tidligere har været i fokus.

Det er ligeledes kommissionens vurdering:

- At målbeskrivelserne for ofte har været urealistiske, og at de ikke i tilstrækkelig grad er operationelle.
- At de kun sjældent beskriver kravene til klinisk ekspertise, dvs. evnen til at anvende viden og færdigheder rationelt, og kun i beskedent omfang omfatter generelle krav som f.eks. krav til faglig prioritering, lederegenskaber, pædagogiske og kommunikative evner samt holdninger.
- At de ikke anviser, hvordan den uddannelsessøgende skal opnå kompetence på et givet område.

Kommissionen må dog samtidig konstatere, at der inden for de seneste år er sket en positiv udvikling inden for flere specialer, hvor målbeskrivelserne er taget op til revision med henblik på forbedringer af beskrivelserne.

Kommissionen anbefaler, at målbeskrivelsernes hovedformål uændret skal være at

angive det krævede indlæringsresultat efter et afsluttet uddannelsesforløb, men at de derudover skal:

- Udgøre grundlaget for udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer og for en fortløbende evaluering af uddannelsen.
- Udgøre en fælles standard for uddannelsen inden for de enkelte specialer og dermed medvirke til at sikre, at der ikke opstår kvalitative forskelle på speciallægeuddannelsen.
- Udgøre en del af grundlaget for de centrale sundhedsmyndigheders autorisation af speciallæger.
- Udgøre en del af grundlaget for udvælgelse af uddannelsesafdelingerne.

Disse formål kun kan opfyldes, hvis målbeskrivelserne er operationelle.

Kommissionen anbefaler derfor:

- At der inden for alle specialer udarbejdes konkrete og operationelle målbeskrivelser omfattende:
 - En beskrivelse af de mål (herunder delmål) og de kompetencer, der indgår som bestanddele af målene.
 - En beskrivelse af de overordnede processer (veje til målet), som findes optimale og ligeværdige.
 - En anvisning af metoder til evaluering af alle de kompetencer, der erhverves i løbet af uddannelsen.

10.2.2 Uddannelsesprogrammer

Målbeskrivelserne udmøntes i dag i uddannelsesprogrammerne, der udarbejdes af de uddannelsesgivende afdelinger.

Uddannelsesprogrammerne er i princippet individuelle beskrivelser af de midler, afdelingen agter at anvende for at nå de i målbeskrivelsen opstillede mål, og indebærer, at der kan stilles forventninger til såvel afdelingen som til den uddannelsessøgende.

Kvaliteten af de udarbejdede uddannelsesprogrammer har efter kommissionens vurdering været meget svingende. En analyse af knapt 70 inspektorrapporter i Sundhedsstyrelsens publikation ”Inspektorordningen” fra december 1999 viser således, at der i næsten halvdelen af rapporterne er kritik af uddannelsesprogrammerne. Det anføres, at programmerne ikke løbende er blevet revideret og derfor ikke er tidssvarende, og at forholdsvis mange afdelinger ikke har udarbejdet ud-

dannelsesprogrammer, på trods af at godkendte uddannelsesprogrammer var tænkt som et vilkår for Sundhedsstyrelsens godkendelse af klassifikation af en uddannelsesstilling.

Der peges på, at programmerne i en række tilfælde ikke har nogen indflydelse på den daglige arbejdstilrettelæggelse, og at de derfor ikke bruges aktivt i forbindelse med den enkelte læges uddannelsesforløb.

Ifølge Foreningen af Yngre Lægers uddannelsesenquete fra 1999 havde 83 pct. af alle yngre læger i enkeltstillingsklassificeret uddannelsesstilling et uddannelsesprogram tilknyttet stillingen. Af disse fandt godt 9 ud af 10, at de havde kendskab til uddannelsesprogrammets indhold, og at der var god overensstemmelse mellem stillingens indhold og uddannelsesprogrammet. Enqueten viste endvidere, at 2/3 af svarpersonerne fandt, at uddannelsesprogrammet blev anvendt fuldt ud eller nogenlunde, mens 1/3 fandt, at uddannelsesprogrammet anvendtes i ringe grad eller slet ikke.

Udvikling af den ønskede speciallægekompetence forudsætter dels tilegnelsen af viden og færdigheder, der er specifikke for specialet, dels tilegnelse af metodologiske og holdningsmæssige generelle kompetencer, som forudsætning for en rationel anvendelse af de specialespecifikke kompetencer, der er beskrevet i kapitel 6.

Det er kommissionens vurdering, at de førstnævnte elementer er relativt velbeskrevne i de foreliggende målbeskrivelser, og derfor relativt lette at indbygge i uddannelsesprogrammerne, hvorimod de sidstnævnte er vagt formulerede og derfor kun sjældent indgår i uddannelsesprogrammerne.

Alle speciallægeuddannelsens elementer bør indgå i et integreret uddannelsesforløb, og det bør bl.a. komme til udtryk i uddannelsesprogrammerne og den uddannelsesplan, der skal udarbejdes for den enkelte uddannelsessøgende læge.

Kommissionen skal endvidere fremhæve behovet for at koordinere såvel uddannelsesforløb som uddannelsesprogrammer, ikke mindst når et uddannelsesforløb omfatter ansættelse ved flere afdelinger.

I publikationen vedrørende inspektorordningen anbefales det, at uddannelsesprogrammerne bør være i overensstemmelse med specialernes målbeskrivelser og afspejle den enkelte afdelings styrker og svagheder i forhold til uddannelsen, og at uddannelsesprogrammerne bør tilpasses den enkelte uddannelsessøgendes erfaringer og kompetencer, hvilket Speciallægekommisionen kan tilslutte sig.

Kommissionen anbefaler således:

- At uddannelsesprogrammerne fremover indeholder en beskrivelse af såvel de specialespecifikke som de generelle kompetencer, den uddannelsessøgende skal opnå i løbet af uddannelsen.
- At programmerne derudover omfatter en beskrivelse af de læreprocesser, som skal tages i brug for at opnå disse kompetencer.
- At uddannelsens forskellige elementer (kliniske, teoretiske og færdighedsudviklende) integreres, og at dette fremgår af uddannelsesprogrammerne.
- At de uddannelsesgivende stamafdelinger foretager den fornødne koordination af de individuelle uddannelsesforløb, og at dette afspejler sig i uddannelsesplanerne for de enkelte uddannelsessøgende læger.

10.3 Den kliniske uddannelse på afdelingsniveau

Det kliniske arbejde på afdelingsniveau er som hovedregel tilrettelagt alene ud fra driftsmæssige hensyn, og der fokuseres kun undtagelsesvist på den kliniske videreuddannelse, når arbejdet tilrettelægges.

Normalt ændres arbejdstilrettelæggelsen under skyldig hensyntagen til udefra kommende påvirkninger så som nye overenskomster, ændrede krav til opgavevaretagelsen o. l. Det var derfor ventet, at faststillings- og videreuddannelsesreformerne ville føre til en mere uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse, hvilket dog kun er sket i begrænset omfang.

I næsten halvdelen af de tidligere omtalte inspektorrapporter udtrykkes der tilfredshed med den generelle arbejdstilrettelæggelse, medens der i knapt en tredjedel udtrykkes en alvorlig kritik af arbejdstilrettelæggelsen. Kritikken går primært på, at afdelingerne vægter produktion frem for uddannelse, men også forhold som manglende ressourcer og utilfredsstillende tilstedeværelse i dagtiden nævnes.

Det er kommissionens vurdering, at der er en stigende erkendelse af arbejdstilrettelæggelsens betydning for den kliniske videreuddannelse, men at der alligevel ofte afsættes for lidt tid til de funktioner, der skal afvikles under supervision, og at det undertiden kniber med forståelsen for at uddannelse kræver tid.

Kommissionen finder ligeledes, at arbejdet ikke i tilstrækkeligt omfang er tilrettelagt under hensyntagen til den uddannelsessøgendes aktuelle behov, og at de uddannelsessøgende læger i for høj grad pålægges ikke-lægelige opgaver.

10.3.1 Produktivitet og uddannelse

På kort sigt vil såvel kvalitet som effektivitet stige, hvis undersøgelse og behandling varetages af speciallæger. På længere sigt vil den samlede kompetence og i sidste ende kvalitet og effektivitet dog sættes over styr, hvis der ikke investeres i oplæring af næste generation af speciallæger.

Udviklingen inden for sygehusvæsenet har været og er fortsat præget af en løbende driftsoptimering, som har en relativ kort tidshorisont - ofte få år. Denne udvikling kan være i konflikt med yngre lægers videreuddannelse, som har en lang tidshorisont - ofte mere end 10 år.

På det overordnede plan er der ikke en strategisk modsætning mellem uddannelse og produktivitet. Hvis der ved måling af sygehusenes/afdelingernes produktivitet ikke tages det fornødne hensyn til ”kompetencetilvæksten”, d.v.s. effekten af den uddannelse, der foregår på det pågældende sygehus/afdeling, kan der dog opstå en kortsigtet konflikt, og det er derfor vigtigt at ”kompetencetilvæksten” indgår i sygehusenes/afdelingernes produktivitetsmål.

Kommissionen anbefaler derfor:

- At uddannelsen fremover sikres et budgetmæssigt grundlag på lige fod med de øvrige dele af driften.
- At der opstilles veldefinerede uddannelsesmål for den enkelte afdeling, og at det af afdelingens budget fremgår, hvilke ressourcer der er afsat med henblik på at nå de aftalte mål.

10.3.2 Uddannelsen i fokus

Ved tilrettelæggelsen af det kliniske arbejde må der fremover tages større hensyn til uddannelsen.

En speciallæges nødvendige kliniske ekspertise kan kun opnås ved, at den uddannelsessøgende oplever et stort antal relevante kliniske situationer, hvorved vedkommende høster en stor mængde erfaringer, som kan genkaldes i fremtidige situationer.

Et af speciallægeuddannelsens overordnede mål er derfor at give den uddannelsessøgende et tilstrækkeligt stort antal relevante erfaringer, som summeret op repræsenterer den nødvendige medicinske ekspertise.

Uddannelsen forudsætter et dynamisk samspil mellem den uddannelsessøgende og den uddannelsesgivende afdeling. Den kliniske kompetenceudvikling kan ikke opnås alene ved teoretiske studier eller i uddannelseslaboratorier. Kompetenceudviklingen forudsætter funktion i “det virkelige liv”.

Pædagogisk tilrettelagte “som om”-situationer kan nok anvendes i tilegnelsen af viden og færdigheder, men er ikke tilstrækkeligt til udvikling af kompetence, som gør lægen i stand til selvstændigt at varetage opgaverne.

Den uddannelsesgivende afdeling skal udgøre et fagligt miljø, som ved interaktion med den uddannelsessøgende giver mulighed for udviklingen af specialistkompetencen.

Afdelingen skal gennem dialog med den uddannelsessøgende lade den pågældende vide, i hvilket omfang han eller hun er i overensstemmelse med specialets målbeskrivelse med hensyn til såvel viden som færdigheder og værdier.

I denne funktion har afdelingens lægelige stab og ikke mindst en udpeget vejleder stor betydning.

Konkret er vigtige elementer i uddannelsen:

- At udfordre den uddannelsessøgende på et relevant niveau for derved stadig at bidrage til erfaringsgrundlaget.
- At udvikle evne til genkendelse og syntese.
- At udvikle evne til at afgrænse det relevante i forhold til det mulige.
- At udvikle evnen til at sætte mål, prioritere og beslutte.
- At fremme evnen til at lære ved kritisk læsning og refleksion over ny viden og færdigheder.
- At lære at forstå grundlaget for ny erkendelse og dennes anvendelse som grundlag for ændring af klinisk praksis.
- At udvikle en identitet og evne til selvrefleksion og dermed at hjælpe den uddannelsessøgende til at opnå en platform, fra hvilken den videre kompetenceudvikling kan forgå.

Det er sammenfattende afgørende vigtigt, at uddannelsen på afdelingsniveau tilrettelægges således, at der opnås en dynamisk udvikling i den uddannelsessøgendes muligheder for at udfolde og udvikle sine kompetencer maksimalt. Herved rettes opmærksomheden på styrker, der skal forfølges og mangler, der skal udbedres for, at opgaverne kan løses stadigt bedre, og nye kompetencer kan udvikles.

10.3.3 Kontinuitet, arbejdstid og overenskomster

Det er en udbredt opfattelse, at yngre lægers 1981-overenskomst har været årsag til en forringelse af den kliniske videreuddannelse, idet den indebar, at tilstedeværelsestiden blev kraftigt reduceret.

En række lægelige organisationer gav i begyndelsen af 90'erne udtryk for, at yngre lægers uddannelse var blevet så dårlig, at man måtte frygte, at kommende speciallæger ikke ville være i stand til at opnå den fornødne kompetence, og at den fremtidige behandlingskvalitet derfor ville blive for dårlig.

Foranlediget af en henvendelse fra en gruppe kirurgiske overlæger nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, der i 1994 fremlagde en "Rapport vedrørende den kirurgiske speciallægeuddannelse". Rapporten viste, at hovedparten af de uddannelsessøgende yngre læger ved de kirurgiske afdelinger havde en ugentlig arbejdstid på mellem 46 og 56 timer. På trods af dette, fandt arbejdsgruppen dog, at der var uddannelsesmæssige problemer af et sådant omfang, at de ville komme til at påvirke den fremtidige patientbehandling. Arbejdsgruppen fandt, at hovedårsagerne til disse problemer dels var, at der ikke blev taget tilstrækkeligt hensyn til den kliniske uddannelse i det daglige arbejde, dels at yngre læger ikke var tilstede i dagtiden i tilstrækkeligt omfang.

I maj 1996 gennemførte Foreningen af Yngre Læger en enquete, der opgjorde yngre lægers gennemsnitlige arbejdstid – udtrykt i effektive arbejdstimer - til 42 timer pr. uge. Indregnes rådighedstjeneste ved vagt udenfor tjenestestedet (1/3 time pr. time for rådighedstiden), udgjorde arbejdstiden ca. 45 timer pr. uge.

Enqueten viste, at dagtjenestetiden - defineret som normaltjeneste mandag - fredag i tidsrummet kl. 08.00 - 18.00 - i gennemsnit udgjorde 27 timer pr. uge.

Kommissionen har overvejet, om en gennemsnitlig ugentlig arbejdstid af den i enqueten fundne varighed er tilstrækkelig lang til at sikre en speciallægeuddannelse af den ønskede kvalitet. Kommissionen må konstatere, at det ikke er muligt at angive eksakte tal for, hvor lang den gennemsnitlige arbejdsuge skal være for at sikre, at det ønskede kompetenceniveau nås, idet dette er afhængig af en lang række faktorer, som omtales andetsteds i kapitlet.

Selv om det er vanskeligt at afgøre, hvor lang den gennemsnitlige arbejdsuge bør være, er det kommissionens opfattelse, at den gennemsnitlige ugentlige arbejdstid

udtrykt i effektive arbejdstimer ikke må reduceres i forhold til den i 1996-enkvetten fundne.

Det er kommissionens vurdering, at det af hensyn til den kliniske uddannelses kvalitet er afgørende, at yngre lægers arbejdstid udgøres af effektiv arbejdstid, hvor den uddannelsessøgende er beskæftiget med relevant lægeligt arbejde, og hvor vedkommende har mulighed for at komme i kontakt med en mere erfaren læge.

Det er endvidere vurderingen, at det er vigtigt, at den uddannelsessøgende i videst muligt omfang gives mulighed for at følge enkelte patienters sygdomsforløb. Det er derfor ønskeligt, at der af hensyn til kontinuiteten i såvel læge/patientkontakten som patient/lægekontakten, skabes mulighed for, at den uddannelsessøgendes tilstedeværelse på afdelingen er af så lang varighed som forsvarligt, og som det er muligt i henhold til arbejdsmiljøbestemmelserne.

I forbindelse med indgåelsen af yngre lægers 1995-overenskomst blev der aftalt en række ændringer vedr. arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse med det formål at gøre overenskomsten enklere og mere fleksibel og yngre lægers 1999-overenskomst er en af de mest fleksible på det offentlige arbejdsmarked.

Yngre lægers arbejde kan ifølge 1999-overenskomsten tilrettelægges som normal-tjeneste, vagt på tjenestestedet eller vagt uden for tjenestestedet.

I yngre lægers arbejdstid indgår normaltjeneste, vagt på tjenestestedet og effektivt arbejde under vagt uden for tjenestestedet med 1 time pr. time. Såvel belastet som ubelastet tjeneste under vagt uden for tjenestestedet indgår med 1/3 time pr. time og kan udbetales eller afspadseres efter ansættelsesmyndighedens bestemmelse.

Yngre lægers gennemsnitlige ugentlige arbejdstid over en normperiode er 37 timer. Normperioden kan efter lokal aftale være af 4-26 ugers varighed. Ved normperiodens udløb vil arbejdstid ud over de gennemsnitlige 37 timer være overarbejde, som enten kan udbetales eller afspadseres.

Efter kommissionens vurdering er tilrettelæggelsen af yngre lægers arbejde inden for en normperiode i praksis kun begrænset af arbejdsmiljølovens bestemmelser, idet overenskomsten tillader en ugentlig arbejdstid på op til 78 (96) timer og en dagtid på op til 13 (16) timer (den i parentes anførte varighed forudsætter dispensation for arbejdsmiljøbestemmelserne).

Vagt uden for tjenestestedet kan i henhold til overenskomsten indregnes i arbejds-

tiden med 1/3 time pr. time, hvilket ud fra et uddannelsesmæssigt synspunkt er uhensigtsmæssigt, da det vil mindske antallet af effektive arbejdstimer.

Vagt på tjenestestedet vil i større eller mindre omfang omfatte ubelastet tjeneste, som i princippet kan anvendes til uddannelsesrelevant aktivitet som f.eks. forberedelse til kurser, litteraturstudier, projektarbejde og lignende, der dog ikke kan erstatte klinisk uddannelse.

Etablering af de funktionsbærende enheder kan føre til en reduktion i antallet af akutte beredskaber. Det er kommissionens vurdering, at dette dels betyder, at de tilbageblevne vagter bliver mere belastede, og at der derfor bliver færre ikke-uddannelsesrelevante timer i vagterne, dels at der vil ske en vis vagtudtynding og dermed en forøgelse af dagtiden, hvilket ud fra en uddannelsesmæssig betragtning må siges at være en fordel.

Kommissionen finder:

- At yngre lægers overenskomst er så fleksibel, at overenskomsten ikke i sig selv er til hinder for en målrettet og uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse.
- At det ikke er sandsynliggjort, at yngre lægers gennemsnitlige ugentlige arbejdstid er for kort til, at det med en uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse vil være muligt at nå det af kommissionen foreslåede kompetenceniveau i løbet af speciallægeuddannelsen.
- At en reduktion af yngre lægers gennemsnitlige ugentlige arbejdstid vil være betænkelig.

Kommissionen anbefaler:

- At den eksisterende arbejdstid tilrettelægges og udnyttes uddannelsesmæssigt optimalt, bl.a. således, at den uddannelsessøgende læge kan følge patientforløb.
- At ubelastede tilstedeværelsestimer ved vagt på tjenestestedet minimeres ved at svagt belastede vagter sammenlægges.
- At ubelastet rådighed ved vagt uden for tjenestestedet ikke afspadsres.
- At yngre lægers ugentlige arbejdstid i afgrænsede uddannelsesfaser forlænges.

10.3.4 Arbejdstilrettelæggelse og arbejdsdeling

Den kliniske videreuddannelse på afdelingsniveau må baseres på mesterlære, d.v.s. det forhold, at den uddannelsessøgende læge udøver klinisk virksomhed sammen med den uddannelsesgivende læge, som foruden at virke som egentlig lærer har en vigtig funktion som rollemodel, idet der i forbindelse med såvel direkte som indirekte supervision foregår en aktiv læring af holdninger og værdier.

Den kliniske uddannelse foregår, hvor den uddannelsessøgende krydser de uddannelsesgivende i relevante kliniske situationer.

En fortløbende kompetenceudvikling forudsætter efter kommissionens vurdering, at den uddannelsessøgende læge relativt hyppigt er i kontakt med afdelingens uddannelsesgivende læger i relevante kliniske "krydspunkter".

Sådanne "krydspunkter" optræder tilfældigt og som hovedregel for sjældent, hvis "krydspunkterne" ikke aktivt indarbejdes i den uddannelsessøgendes arbejdsplan.

Det er vigtigt, at man ved tilrettelæggelse af det kliniske arbejde er opmærksom på, at de nødvendige "krydspunkter" bliver indarbejdet i arbejdsplanen, også hvis dette måtte ske på tværs af snævre driftshensyn. Mange uddannelsessituationer udnyttes ikke i det omfang, det er muligt.

Kommissionen skal ligeledes pege på, at der ved fordelingen af det lægelige arbejde tages de størst mulige uddannelsesmæssige hensyn. Kommissionen vurderer, at dette indebærer, at en del arbejdsopgaver må overføres fra uddannelsessøgende læger til speciallæger.

Kommissionen skal derfor anbefale:

- At enhver klinisk situation betragtes som en potentiel uddannelsessituation.
- At arbejdstilrettelæggelsen og arbejdsdelingen sigter mod, at relevante krydspunkter opnås så hyppigt som muligt.

I den daglige klinik skal følgende elementer overvejes:

- Opdeling af stabene i teams, som omfatter såvel uddannelsessøgende som uddannelsesgivende og andre personalegrupper.
- Tilrettelæggelse af kliniske funktioner som stuegang, ambulatorievirksomhed, operativ virksomhed etc. under hensyntagen til, at den uddannelsessøgende sikres muligheder for at udføre disse arbejdsopgaver under supervision.
- Indkorporering af velbeskrevne kliniske funktioner i den enkelte læges uddannelsesplan, når og i det omfang det er relevant af hensyn til vedkommendes uddannelse.
- Visitation af patienter og procedurer, så den uddannelsessøgende udfordres på relevant klinisk område og niveau.
- Placering af den uddannelsessøgende på et relevant niveau i vagtberedskabet.
- Allokering af tilstrækkelig tid til, at kliniske funktioner kan varetages af rutinede læger under uddannelse og til, at dette kan ske i forståelse med andre personalegrupper.

- Medinddragelse af uddannelsessøgende på relevant niveau i ledelsesmæssige og samarbejds-mæssige opgaver med selvstændigt ansvar.
- Begrænsning af de uddannelsessøgende lægers deltagelse i ikke-lægeligt arbejde.

10.3.5 Konferencer

Det er kommissionens vurdering, at de almindelige kliniske konferencer bør tilrettelægges i erkendelse af, at de på såvel afsnits- som afdelingsniveau kan være centrale uddannelseselementer, hvorfor det er vigtigt:

- At konferencerne i videst muligt omfang er problembaserede.
- At der afsættes tilstrækkelig tid ud over det for driften nødvendige.
- At miljøet er tilstrækkeligt åbent og positivt til, at alle kan deltage.
- At de anvendes som et vigtigt led i den indirekte supervision.
- At de anvendes til at give de uddannelsessøgende mulighed for at opnå færdighed i at fremlægge kliniske problemstillinger.
- At de udgør et forum for holdningsmæssig og etisk debat.

10.3.6 Undervisning

Undervisning inden for specialets/afdelingens kerneområder er vigtigt. Den teoretiske indføring i de problemområder, afdelingen beskæftiger sig med, er således en nødvendig om end ikke tilstrækkelig forudsætning for den uddannelsessøgendes kompetenceudvikling i tiltagende selvstændig virksomhed.

Undervisning skal indgå som en naturlig del af det daglige arbejde. Det må tilstræbes, at alle underviser kolleger, og at undervisningen er deltageraktiverende.

Den teoretiske undervisning kan foregå på mange måder, her skal blot anføres nogle mulige rammer som f.eks.

- Specielle uddannelseskonferencer med velbeskrevet curriculum.
- Tidsskriftsklubber med kritisk læsning og analyse af ny viden.
- Lokale kurser i basale færdigheder relevante for specialet etc.

10.3.7 Uddannelse i ledelse og administration, kommunikation, samarbejde og pædagogik på afdelingsplan

Praktiske færdigheder og rutine i ledelse, administration, kommunikation osv. må - akkurat som de kliniske færdigheder i snæver forstand - primært opnås i det daglige arbejde i afdelingerne. Det er derfor væsentligt, at den uddannelsessøgende

også på disse områder løbende udfordres og konfronteres med opgaver, der bidrager til opbygning af kompetence.

Ledelse af møder og konferencer, udarbejdelse af patientforløb og patientinformationer, tilrettelæggelse af ferie- og vagtplaner, administrativ sagsbehandling ved forsikrings- og klagesager osv. er alle opgaver, der naturligt kan indgå i speciallægeuddannelsen på afdelingsplan.

Kravene til uddannelsen i ledelse og administration, kommunikation, samarbejde og pædagogik bør fremgå af målbeskrivelserne i de enkelte specialer. Da kravene imidlertid må betragtes som generelle og med små variationer gældende for alle specialer, skal kommissionen anbefale:

- At der udarbejdes en vejledning (et paradigme) med angivelse af mål og metoder til kompetenceopbygning og evaluering med henblik på indbygning i alle specialers målbeskrivelse og uddannelsesprogrammer.

10.3.8 Kursusaktivitet

Den kliniske uddannelse forudsætter som et minimum, at den uddannelsessøgende er til stede på den uddannelsesgivende afdeling, idet klinisk kompetenceudvikling på en række områder er betinget af klinisk funktion under nødvendig supervision.

Da kompetenceudviklingen i et vist omfang hviler på et teoretisk grundlag, må der i praksis ske en afvejning af henholdsvis fordele og ulemper ved, at den uddannelsessøgende opnår den nødvendige teoretiske viden ved at deltage i eksterne kurser og derfor ikke samtidig kan være til stede på afdelingen.

Formålet med de obligatoriske teoretiske kurser er at sikre det teoretiske grundlag for den praktiske kliniske uddannelse.

En smidig afvikling af disse kurser, kan sikres ved at:

- Obligatoriske kurser placeres hensigtsmæssigt i forhold til den øvrige uddannelse.
- Obligatoriske kurser om nødvendigt dubleres, således at afdelingerne ikke ”tømmes” for uddannelsessøgende i kursusperioderne.
- Obligatoriske kurser fordeles over flere faser.

Stillingtagen til deltagelse i ikke-obligatoriske kurser ligger hos afdelingsledelserne. Ved denne stillingtagen anbefaler kommissionen, at der tages de fornødne hensyn til den kliniske uddannelse.

Kommissionen skal dog anbefale:

- At kurser, der har direkte relevans for den uddannelsessøgendes uddannelse og profilering inden for det valgte speciale, som f.eks. tilvalgskurser, samt kurser, der har relevans for vedkommendes forskning inden for området, prioriteres højt.

10.3.9 Færdighedslaboratorier

I nogle lande udgør pædagogiske værksteder eller færdighedslaboratorier en integreret del af den prægraduate uddannelse.

Inden for den postgraduate uddannelse udgør træning i færdighedslaboratorier og simulatortræning i stadig stigende grad en del af den kliniske videreuddannelse. Danmarks første laboratorium for kliniske færdigheder blev etableret på Rigshospitalet i 1996 og der er siden da etableret færdighedslaboratorier i flere amter.

Optræning i færdighedslaboratorier er anvendelig i den initiale udvikling af klinisk kompetence og kan med fordel anvendes ved indøvelse af grundlæggende manuelle færdigheder, men også ved indøvelse af rutiner i kendte, men vanskelige procedurer.

Færdighedslaboratorier er desuden anvendelige til at indøve kommunikative færdigheder, ligesom IT-baserede programmer med fordel kan anvendes til at træne klinisk kombination og evne til syntese.

Det er imidlertid vigtigt, at færdighedslaboratorier ikke ses som erstatning for klinisk virksomhed.

Den kliniske kompetence opnås primært i “det virkelige liv”, dvs. i situationer, hvor handlinger og prioriteringer har konsekvenser, og anvendelse af færdighedslaboratorier må derfor nøje koordineres med anden indøvelse af kliniske færdigheder.

Kommissionen forudsætter:

- At der sikres de uddannelsessøgende adgang til færdighedslaboratorier i det omfang, det forudsættes i målbeskrivelserne.

10.3.10 Instruktionsbøger og referenceprogrammer

Instrukser samt reference- og patientforløbsprogrammer er vigtige redskaber i arbejdet med at sikre kvaliteten af det kliniske arbejde, men også for varetagelsen af det kliniske ledelsesansvar.

De er desuden centrale uddannelseselementer, som

- dels bør anvendes som grundlag for den uddannelsessøgendes selvstændige kliniske virksomhed, herunder som en del af den indirekte supervision, der er til rådighed for den uddannelsessøgende,
- dels kan anvendes til at vise yngre læger, hvorledes ny viden kan danne grundlag for ændret klinisk virksomhed.

Kommissionen anbefaler:

- At der foretages en løbende revision af instrukser og vejledninger på alle uddannelsesgivende afdelinger, og at uddannelsessøgende læger medinddrages i denne.

10.3.11 Vejledere og praksistutorer

Vejlederfunktionen er fastlagt i Sundhedsstyrelsens publikation: ”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse”, der udkom i foråret 1998. Vejledning og evaluering efter de i publikationen anførte retningslinier har været obligatorisk fra 1. juli 1998.

I henhold til publikationen udpeges der for hver enkelt uddannelsessøgende læge en vejleder. Det kræves, at vejlederen har nået et højere uddannelsesstrin end den uddannelsessøgende inden for det pågældende speciale, og det pointeres, at det er vigtigt, at vejlederen er motiveret for at påtage sig opgaven, idet vejlederfunktionen kræver engagement og kreativitet, for at den uddannelsessøgende kan opnå et godt udbytte.

Der peges på en række forhold, der bør tages i betragtning ved udvælgelsen af vejledere, og det anbefales, at udvælgelsen sker i åbenhed.

Det nævnes, at vejlederen har til opgave at bistå den uddannelsessøgende læge med råd og vejledning vedr. såvel det aktuelle kliniske uddannelsesforløb som for det videre uddannelsesforløb, herunder også om eventuelle alternative specialmuligheder og om evt. supplerende uddannelse.

Det formelle grundlag for vejlederfunktionen har været i kraft i relativt kort tid.

Der er ikke foretaget en evaluering af ordningen, men det er kommissionens vurdering, at der er et stigende engagement omkring funktionen.

Foreløbige meldinger tyder på, at evt. problemer må tilskrives manglende tid til supervision, utilstrækkeligt engagement og beskedne eller ikke eksisterende pædagogiske forudsætninger.

Kommissionen anbefaler:

- At det kliniske arbejde tilrettelægges således, at der skabes muligheder for og tid til vejledning og supervision.
- At uddannelse og dermed også vejledning gøres meriterende.
- At vejledere sikres den fornødne uddannelse.

Det skal i den forbindelse præciseres, at vejlederen og den uddannelsessøgende under alle omstændigheder har en gensidig forpligtigelse til at søge hinanden, idet begge parter har et ansvar for, at der sker en løbende justering af uddannelsens progression og fokus i takt med den uddannelsessøgendes kompetenceudvikling.

Kommissionen skal herudover anbefale:

- At den eksisterende ordning justeres på baggrund af de indkomne erfaringer.
- At der fastlægges en national standard for vejlederfunktionen, herunder en standard, der beskriver vejlederens ansvar og kompetence.

Uddannelse af vejledere og praksistutorer

De egenskaber, en god vejleder/praksistutor skal besidde, er i høj grad almene og kan beskrives som personlige egenskaber som åbenhed, respekt og omsorg for kollegers trivsel og udvikling.

Hertil kommer, at vejlederen skal udvise interesse for og engagement i opgaven, samt have pædagogiske og kommunikative evner.

Vejlederkurser med træning i anvendelse af pædagogiske metoder og i kommunikation *skal* derfor tilbydes alle læger.

Vejlederkurserne bør desuden omfatte en orientering om organisationen af og ansvaret for videreuddannelsen på såvel det nationale, som det regionale og det amtslige plan.

Kommissionen anbefaler:

- At kurser i vejledning skal være obligatoriske for alle læger og det/de basale kurser placeres tidligt efter kandidateksamen.

10.3.12 Uddannelsesansvarlig overlæge og praksiskoordinator

Den uddannelsesansvarlige overlæges/praksiskoordinators ansvar, kompetence og funktion er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation ”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse”.

I publikationen præciseres det, at det uddannelsesmæssige ansvar på afdelingsniveau påhviler afdelingsledelsen, og det anføres, at afdelingsledelsen har ansvaret for at sikre rammerne for uddannelsesfunktionen samt for at påse, at uddannelsen har et tilstrækkeligt indhold og udbytte i forhold til de opstillede mål.

Om den uddannelsesansvarlige overlæge siges det, at vedkommende sammen med den administrerende overlæge (afdelingsledelsen) er ansvarlig for uddannelsen af afdelingens uddannelsessøgende læger, hvilket indebærer, at den uddannelsesansvarlige overlæge skal sikre, at videreuddannelsen som minimum opfylder målbeskrivelsen for det pågældende uddannelseselement.

Det anføres, at den uddannelsesansvarlige overlæge bl.a. har ansvaret for:

- Udarbejdelse og revision af uddannelsesprogrammer.
- Iværksættelse af og deltagelse i relevante uddannelsesaktiviteter.
- Udvikling, kvalitetssikring og fordeling af uddannelsesopgaver.
- Udvælgelse og supervision af kliniske vejledere.
- Sikring af introduktions-, justerings- og slutevalueringssamtalernes gennemførelse.
- Skemalægning af formaliserede uddannelsesaktiviteter i relation til afdelingens øvrige driftsopgaver.
- Varetagelse af kontakten til det administrative ledelsessystem og myndigheder i uddannelsesrelaterede spørgsmål.
- Håndtering af utilfredsstillende uddannelsesforløb.

I alle amter findes der 1-2 praksiskoordinatorer, som varetager administration af turnusordningen i almen praksis, herunder vejledning og undervisning af praksisreservelæger og praksistutorer, samt sikring af evalueringer. Ordningen med praksiskoordinatorer er videreudviklet under speciallægeuddannelsen i almen medicin til en koordinerende funktion i ”almen medicin uddannelseskoordination” (AMU).

Den uddannelsesansvarlige overlæges ansvar, kompetence og funktion er som nævnt beskrevet i Sundhedsstyrelsen publikation fra maj 1998, hvorfor erfaringerne også her er relativt beskedne. Foreløbige meldinger tyder på, at funktionen som uddannelsesansvarlig overlæge kan være behæftet med følgende problemer:

- Ansvar er ikke ledsaget af den fornødne kompetence, hvis uddannelsesaktiviteter influerer på afdelingens daglige drift.
- Der afsættes ikke de fornødne ressourcer til opgaverne.
- Der er ingen eller kun begrænsede muligheder for oplæring i funktionen.
- Opgaven er ikke meriterende.

Kommissionen anser det for nødvendigt, at det overordnede ansvar for den kliniske videreuddannelse på afdelingsniveau påhviler afdelingsledelsen.

Kommissionen finder:

- At den uddannelsesansvarlige overlæge skal tildeles et specifikt og veldefineret ansvar for videreuddannelsen i afdelingen/enheden, og at vedkommende samtidig skal tildeles den kompetence, der er nødvendig for at løse opgaven.

Som en konsekvens heraf anbefales det:

- At den uddannelsesansvarlige overlæges arbejde baseres på en funktionsbeskrivelse, der udarbejdes på grundlag af en national standard.
- At der etableres en uddannelse for uddannelsesansvarlige overlæger, og at gennemførelse af en sådan på sigt gøres til en forudsætning for ansættelse som uddannelsesansvarlig overlæge.
- At ledelsen opprioriterer funktionen som uddannelsesansvarlig overlæge og inddrager denne i ledelsesopgaverne.
- At der afsættes de fornødne ressourcer, herunder tid til at den uddannelsesansvarlige overlæge kan varetage de opgaver, der er pålagt vedkommende.

10.4 Pædagogiske, holdningsmæssige og kulturelle forhold

10.4.1 Pædagogiske forhold

Lægers overordnede motiv for at lære og forandre adfærd er knyttet til et personligt mål om at føle sig kompetent i klinisk praksis. Læger refererer først og fremmest til mesterlære/vejledning, når de beskriver en god læresituation. Under mesterlæren/vejledningen indlæres tekniske færdigheder, standarder for diagnostik og behandling samt holdninger og adfærd m.m.. Det er gennem et tæt samarbejde med en erfaren kollega, at den uddannelsessøgende overskrider grænserne for, hvad vedkommende kan lære alene, og udvikler sig som læge.

Generelt ønskes mesterlæren fastholdt som den dominerende undervisningsmetode i den kliniske videreuddannelse. Mesterlæren bør baseres på voksenpædagogiske principper:

- Gensidig ansvarlighed over for læreprocessens formål og gennemførelse.
- Fokus på den uddannelsessøgendes behov.
- Gensidig faglig respekt.
- Involvering af den uddannelsessøgende i emne- og metodevalg.
- Interaktiv deltagelse i uddannelsesaktiviteter.
- Undervisning baseret på konkrete problemstillinger.
- Konstruktiv feed-back.

Den pædagogiske viden vedrørende klinisk uddannelse (af læger) er ufuldstændig. Der findes flere forskellige metoder, der med fordel kan tages i anvendelse med henblik på fornyelse og forbedring af den kliniske uddannelse.

Som et eksempel kan der peges på en model, som har fået betegnelsen ”mønstergenkendelse” eller ”billedgenkaldelse” (pattern recognition, picture recall) og ”sygdoms manuskript” (illness scripts).

Modellen og den bagved liggende teori er baseret på en viden om, at klinisk ekspertise i højere grad er knyttet til genkaldelse af billeder af typiske og oplevede patienter, end til rationelt præget tankearbejde eller detaljeret patofysiologisk viden.

I billedgenkaldelsen anvendes ikke patofysiologisk viden, men klinisk relevant information. Herved bliver den pædagogiske opgave at eksponere den uddannelsessøgende for så mange ”billeder” som muligt.

Kundskabstilegnelsen synes yderligere at være stærkt bundet til indholdet i og omstændighederne ved den enkelte kliniske situation og lader sig ikke direkte overføre til andre situationer.

Overførsel af færdigheder i håndtering af patienter fremmes af, at undervisningen har problemløsende karakter, og at der er mulighed for øjeblikkelig korrigerende feed-back.

Kliniske lærebøgers beskrivelser af ”typiske” patienter bliver i denne forståelsesramme blot et billede, som ikke nødvendigvis medfører, at andre mere atypiske billeder genkaldes lettere.

Undervisning i rationel klinisk adfærd kan således kun meningsfyldt foregå ved ”learning by doing”. Den supplerende og korrigerende feedback fra tutor hjælper til at sikre, at den uddannelsessøgende læge får optimalt udbytte, dvs. lagrer de relevante ”billeder” eller ”mønstre”.

Innovative undervisningsmetoder kan bidrage til en bedre oplæring af den enkelte og til en kvalitetsudvikling af den praksis, hvor oplæringen finder sted.

Informationsteknologien kan anvendes til en styrkelse af informations- og kommunikationsniveauet hos såvel uddannelsessøgende som uddannelsesgivende læger.

10.4.2 Holdningsmæssige og kulturelle forhold

Holdninger hos såvel uddannelsessøgende som undervisere kan udgøre en barriere for videreuddannelsen.

De uddannelsessøgende læger er generelt velmotiverede for så vidt angår klinisk videreuddannelse, primært fordi de ønsker at dygtiggøre sig som læger, men også af hensyn til karriere og økonomi.

Det skal dog understreges, at uddannelse ikke er noget man får, men noget man tager. Kommissionen forudsætter således, at den uddannelsessøgende selv opsøger relevante uddannelsessituationer i sit kliniske arbejde og aktivt udbygger sin viden gennem selvstudier.

Det er kommissionens vurdering, at mange afdelinger har svært ved at leve op til de gode intentioner, og at hovedårsagen hertil er, at man bevidst eller ubevidst prioriterer afdelingens produktion uden at tage tilstrækkeligt hensyn til afdelingens uddannelsesforpligtelser, hvorved arbejdstilrettelæggelsen og dermed den kliniske uddannelse bliver ringere end nødvendigt.

Det er kommissionens vurdering, at der er brug for en holdningsændring, der indebærer en bred forståelse for og accept af, at sygehusvæsenets opgaver ud over undersøgelse, behandling og pleje af patienter også omfatter uddannelse, udvikling og forskning m.m., og at sidstnævnte opgaver ikke må nedprioriteres i forhold til førstnævnte, da dette på længere sigt vil føre til en dårligere behandlingskvalitet.

Kommissionen skal derfor anbefale:

- At det kliniske arbejde på afdelingsniveau tilrettelægges således at uddannelsen tilgodeses.
- At der ved arbejdsdelingen tages de fornødne hensyn til den kliniske videreuddannelse.
- At den uddannelsessøgende i videst muligt omfang inddrages i forbindelse med specielle eller sjældent forekommende uddannelsessituationer, og at alle implicerede derfor udviser den nødvendige fleksibilitet i sådanne situationer.

Kommissionen finder, at en god klinisk uddannelse kræver en aktiv medvirken af såvel den uddannelsessøgende læge som den uddannelsesgivende afdeling, hvilket bl.a. indebærer, at såvel den uddannelsesgivende som den uddannelsessøgende læge skal være:

- Velforberedt til evalueringssamtalerne.
- Villig til at indgå gensidigt forpligtigende aftaler i forbindelse med evalueringssamtalerne.
- Indstillet på at overholde aftalerne samt gøre opmærksom på ændringer i det aftalte forløb i tide.
- Indstillet på at være fleksibel f.s.v. angår arbejdstilrettelæggelsen, både til fordel for egen og for andres uddannelse.
- Indstillet på at lære og afklare, hvilke læringsmetoder (selvstudier, learning by doing etc.) der passer til vedkommende.
- Bevidst om det pædagogiske rum, som uddannelsen foregår i, og forstå sin egen rolle i dette.
- Indstillet på at deltage aktivt i afdelingens uddannelsesaktiviteter, både som giver og modtager.

11 Den teoretiske uddannelse og forskningstræning

Som beskrevet i kapitel 6 finder kommissionen det vigtigt, at hoveduddannelsen opbygges som en integreret helhed, omfattende såvel den praktisk-kliniske uddannelse, som den teoretiske uddannelse og forskningstræning.

I dette kapitel behandles kommissionens overvejelser og anbefalinger vedrørende den teoretiske uddannelse og forskningstræning.

11.1 Den teoretiske uddannelse

11.1.1 Indledning

Den formaliserede teoretiske videreuddannelse blev indført i form af et 120 timers teoretisk kursus i speciallægeuddannelsen i 1966 og i almen medicin uddannelsen i 1970.

Det oprindelige krav om 120 timers undervisning inden for alle specialer blev gradvist modificeret og i 1980 fremsatte Sundhedsstyrelsen et forslag, der medførte, at de teoretiske kurser varighed fremover vekslede mellem 150 og 300 timer pr. kursist fra speciale til speciale, idet man fandt, at behovet for teoretisk videreuddannelse måtte afhænge af, hvilket teoretisk grundlag der i løbet af den prægraduate uddannelse opnåedes inden for de enkelte specialer.

Som en følge af Speciallægekommissionens (1977) betænkning blev der i 1979 under Specialistnævnet nedsat et stående udvalg for den teoretiske videreuddannelse. Udvalget fungerede indtil 1988, hvor det blev nedlagt og nævnets opgaver vedr. den teoretiske videreuddannelse er siden blevet varetaget af Sundhedsstyrelsen i et samarbejde med Specialistnævnets forretningsudvalg.

Det overordnede ansvar for den teoretiske uddannelse har i hele perioden ligget hos Sundhedsstyrelsen. De videnskabelige selskaber har siden indførelsen af den teoretiske uddannelse varetaget de specialespecifikke kurser, mens Sundhedsstyrelsen har udbudt de fleste tværfaglige kurser.

Den teoretiske videreuddannelse har som hovedregel været placeret i speciallægeuddannelsens fase II (undervisningsstillingen) og er for så vidt angår de direkte kursusudgifter finansieret af de centrale sundhedsmyndigheder.

Det skal bemærkes, at der ud over den teoretiske uddannelse, der er direkte knyttet til speciallægeuddannelsen, finder en ganske omfattende, ikke-formaliseret teoretisk uddannelse sted i løbet af den lægelige videreuddannelse, ofte med mange forskellige udbydere (sygehus, amt, region, lægekredsforening, selskaber, interessegrupper, universiteter, lægeforeningen, industrien etc.).

11.1.2 Nuværende forhold

Det overordnede ansvar for den teoretiske uddannelse ligger hos Sundhedsstyrelsen.

Ansvar for den praktiske tilrettelæggelse af de specialerelaterede kurser er delegeret til de enkelte videnskabelige selskaber, hvis uddannelsesudvalg vælger en kursusleder, der i samarbejde med en række delkursusledere forestår kursernes afholdelse.

Ansvar for den praktiske gennemførelse af de tværfaglige kurser ligger hos Sundhedsstyrelsen, men varetages af kursusledere, der er udpeget af Sundhedsstyrelsen.

De teoretiske kursers er indplaceret i uddannelsesforløbet som vist nedenfor:

Turnusuddannelsen

Der er ikke opstillet formelle krav om kursusdeltagelse under turnusuddannelsen, men lokalt kan der være arrangeret introduktionskurser for nybagte kandidater, ligesom flere turnuskandidater supplerer uddannelsen med kurser udbudt af de enkelte sygehuse, industrien, lægekredsforeningerne, Den Almindelige Danske Lægeforening (især 1-dags kurser) og de videnskabelige selskaber.

Introduktionsuddannelsen (Fase I)

Der er ikke opstillet formelle krav om teoretisk uddannelse i forbindelse med ansættelse i en introduktionsstilling. Ved bedømmelse af ansøgere til undervisningsstilling tillægges deltagelse i teoretiske kurser dog en vis vægt, idet der kan optjenes et point (ud af 17 mulige) ved at deltage i 40 timers teoretiske kurser.

Adskillige kursusudbydere angiver, at ordningen har medført en stigende interesse for kursusdeltagelse.

Enkelte specialer (psykiatri, anæstesiologi) arrangerer i løbet af introduktionssuddannelsen teoretiske kurser, der i praksis er en forudsætning for at opnå ansættelse i en undervisningsstilling inden for det pågældende speciale, medens flere specialer arrangerer frivillige kurser.

Undervisnings- og 1. reservelægestilling (Fase II og Fase III)

Den formelle teoretiske videreuddannelse påbegyndes som oftest efter ansættelse i undervisningsstillingen, og størstedelen af uddannelsen gennemgås under ansættelse i denne stilling.

Inden for flere specialer har det vist sig at være umuligt at afvikle hele den teoretiske uddannelse i løbet af fase II, hvorfor en del kurser først afvikles under ansættelse som 1. reservelæge (fase III). Den teoretiske uddannelse inden for almen medicin gennemgås under ansættelse i blokstillingen og da i løbet af den sygehusbaserede del af uddannelsen. For samfunds- og arbejdsmedicin gælder der særlige regler.

Efter speciallægeuddannelsens afslutning

Også efter speciallægeuddannelsens afslutning foregår der en betydelig teoretisk uddannelse, men denne henregnes under efteruddannelsen (se kapitel 13).

Struktur, indhold og varighed

Den teoretiske videreuddannelses struktur, indhold og varighed er forskellig fra speciale til speciale.

Inden for nogle specialer dominerer de obligatoriske elementer, mens andre specialer lægger vægten på valgfrie elementer. Der er dog en tendens til, at antallet af valgfrie elementer reduceres.

Sundhedsstyrelsens kurser er således gradvist blevet reduceret fra at være valgfrie for alle, til at hvert enkelt speciale har udvalgt et eller flere kurser, som kan indgå i dette speciales uddannelse. Hertil kommer, at SOSA-kurset er blevet obligatorisk inden for flere specialer.

Hovedparten af de teoretiske kurser er specialespecifikke. Der findes dog nogle tværfaglige kurser, men specialernes brug af tværfaglige kurser varierer.

Færdighedskurser arrangeres normalt af de enkelte specialer og er da som regel obligatoriske, om end der inden for kirurgi er valgmuligheder.

Enkelte færdighedskurser som f.eks. kurser i laparoskopi, endoskopi, bronkoskopi og ekkokardiografi udbydes af andre.

De teoretiske kursers varighed varierer fra speciale til speciale og veksler mellem ca. 200 og 370 timer.

En gennemgang af kursuskatalogets specialespecifikke kurser viser, at de specialespecifikke kurser i et vist omfang omfatter kurser, som kunne være af interesse for uddannelsessøgende inden for andre specialer, men de ressourcer, der er til rådighed, sætter en begrænsning for, at uddannelsessøgende inden for et speciale kan deltage i kurser inden for et andet speciale. Som hovedregel kan de uddannelsessøgende således ikke deltage i flere eller andre kurser end de kurser, der er anført under de enkelte specialer.

Evaluering

I forbindelse med udgivelsen af Sundhedsstyrelsens publikation "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse" i 1998 blev det besluttet at iværksætte en evaluering af den teoretiske videreuddannelse (i princippet ikke af den uddannelsessøgende).

Af vejledningen fremgår det, at evalueringen kan finde sted ved afslutningen af de enkelte delkurser eller ved afslutningen af hele kursusrækken.

Evalueringen foregår ved, at den enkelte kursist skriftligt besvarer en række spørgsmål, der er udarbejdet på grundlag af specialets målbeskrivelse, kursusplanen og en på forhånd defineret grundviden, der angiver, hvad kursisten forventes at vide ved det pågældende kursus begyndelse. Efterfølgende gennemgås besvarelserne mundtligt, hvorefter besvarelserne i anonymiseret form sendes til hovedkursuslederen (bevis for evaluering), som sammenfatter besvarelserne til brug for delkursuslederen og selskabets videreuddannelsesudvalg.

Det er herefter hensigten, at selskabernes videreuddannelsesudvalg en gang årligt skal udfærdige en rapport til Sundhedsstyrelsen, men aktuelt er dette endnu ikke sket i større omfang.

Foreløbige meldinger bl.a. baseret på flere evalueringsforsøg, der blev gennem-

ført, før det blev besluttet at iværksætte en generel evaluering af den teoretiske videreuddannelse, tyder på, at man ikke i tilstrækkeligt omfang reflekterer over og vurderer de anvendte pædagogiske metoder.

11.1.3 Kommissionens overvejelser og forslag vedr. den fremtidige teoretiske uddannelse

Ansvar for den formaliserede teoretiske uddannelse

Den teoretiske uddannelse bør integreres i og gennemgås sideløbende med den kliniske uddannelse. Kommissionen finder det derfor hensigtsmæssigt at anvende begrebet den teoretiske uddannelse meget bredt og skal gøre opmærksom på, at udtrykket bør anvendes som betegnelse for alle de uddannelsesaktiviteter, der ikke indgår i den egentlige kliniske uddannelse. Det kan således dreje sig om deltagelse i studiegrupper og projektopgaver, studieophold ved andre afdelinger, færdighedstræning i laboratorier, forskningstræning samt indlæring af teoretisk viden f.eks. ved selvstudiedage, fjernundervisning og deltagelse i konventionelle teoretiske kurser m.v.

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

- At de teoretiske kurser udformes på grundlag af retningslinier, der efter forudgående drøftelse i det nationale videreuddannelsesråd udarbejdes af de centrale sundhedsmyndigheder/Sundhedsstyrelsen.
- At de teoretiske kurser godkendes af Sundhedsstyrelsen.

Det er vigtigt, at der udarbejdes retningslinier for de teoretiske kurser, der sikrer, at kommende speciallæger når det ønskede minimumskompetenceniveau inden for de i afsnit 6.4. beskrevne kompetenceområder, uafhængigt af geografi og specialevalg. Det skal fremgå af retningslinierne, at der forud for etablering og iværksættelse af kurser skal tages stilling til:

- Hvad er rationalet bag ønsket om at etablere det pågældende kursus?
- Hvad er det forventede udbytte?
- Hvilken undervisningsmetode er mest hensigtsmæssig?
- Hvilken kursusform bør anvendes (kursus, fjernundervisning, selvstudium, etc.)?
- Hvordan evalueres kurset, dvs. hvorledes afklares, om målet er nået, og om den anvendte undervisningsmetode og kursusform har virket efter hensigten?

Ansvar for den praktiske tilrettelæggelse og gennemførelse af en række af de tværfaglige teoretiske kurser, herunder valget af kursusudbydere, kan med fordel tildeles de regionale råd for lægers videreuddannelse, ligesom kommissionen finder, at de tværfaglige kurser i forskningsmetodologi bør udarbejdes af - eller i et tæt samarbejde med - de regionale sundhedsvidenskabelige fakulteter.

Kommissionen finder, at ansvaret for det faglige indhold i de specialespecifikke kurser fortsat bør uddelegeres til de videnskabelige selskaber. Det vil være hensigtsmæssigt, at der bliver indledt et samarbejde med de 3 regionale videreuddannelsesråd, og at de færdighedsudviklende kurser (med anvendelse af laboratorier) afvikles i samarbejde med de enkelte regioner/amter/H:S.

Struktur, indhold og varighed

Speciallægekommisionen finder overordnet, at speciallægeuddannelsen skal sikre de uddannelsessøgende de i afsnit 6.4. beskrevne kompetencer.

Dette indebærer, at de uddannelsessøgende ikke blot skal opnå en række specialespecifikke kompetencer, men at de også - uanset hvilket speciale de sigter mod - skal opnå en række kompetencer, der er fælles for alle specialer og derfor bl.a. kan erhverves ved at deltage i tværfaglige kurser.

Der bør derfor skelnes mellem tværfaglige og specialespecifikke kurser:

Ved *tværfaglige kurser* forstås kurser, der skal medvirke til at bibringe uddannelsessøgende inden for flere/alle specialer samme kompetence. De tværfaglige kurser skal således tilgodese udviklingen af de i kapitel 6 beskrevne generelle kompetencer i rollerne som kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Kommissionen anbefaler:

- At der etableres tværfaglige kurser i kommunikation, samarbejde, ledelse og administration, pædagogik og forskningsmetodologi.
- At rammer og krav til kursernes indhold fastsættes af Sundhedsstyrelsen.
- At kurserne i indhold og varighed sigter mod at understøtte de uddannelsessøgendes muligheder for at erhverve sig den nødvendige minimumskompetence inden for de pågældende områder.
- At kurserne derfor gøres obligatoriske for alle uddannelsessøgende.

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

De specialespecifikke kurser har til formål at støtte de uddannelsessøgende inden for et speciale i at nå de i specialets målbeskrivelse anførte kompetencer. Målbeskrivelsens krav må derfor ligge til grund for den teoretiske uddannelse.

Kommissionen anbefaler, at Sundhedsstyrelsen efter drøftelse med de enkelte specialer skal tage stilling til, om et givet kursus skal være obligatorisk eller ej.

Kommissionen finder dog:

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

Det skal i den forbindelse bemærkes, at forskningstræningen efter kommissionens vurdering bør være obligatorisk, medmindre den uddannelsessøgende har gennemført eller er i gang med at gennemføre egentlig forskeruddannelse eller på anden vis har erhvervet sig en tilsvarende kompetence.

Kommissionen har i sine overvejelser vedrørende den teoretiske uddannelses varighed søgt at forene hensynet til

- At den fremtidige speciallægeuddannelse skal sikre, at de kommende speciallæger når et kompetenceniveau, der gør det muligt at levere en høj professionel standard, uden at den formelle uddannelses varighed herved forlænges i forhold til den nuværende uddannelses formelle varighed,
- og at den kommende speciallægeuddannelse skal omfatte uddannelse inden for områderne: kommunikation, samarbejde, ledelse og administration, pædagogik og forskningstræning, hvilket kun i begrænset omfang er tilfældet i dag.

Den tid, der anvendes til teoretisk uddannelse, vil som oftest betyde en tilsvarende reduktion af den tid, der er til rådighed til den kliniske uddannelse. Der bør dog alligevel afsættes så megen tid til den teoretiske uddannelse inden for områderne

kommunikation, samarbejde, ledelse og administration samt pædagogik, at den ønskede minimumskompetence kan opnås.

Det er kommissionens vurdering, at der for at opnå en minimumskompetence inden for de nævnte områder, bør oprettes følgende tværfaglige kurser:

Kursus i kommunikationstræning med henblik på at forbedre de deltagende lægers færdigheder i at kommunikere med patienter, pårørende og kolleger. Det foreslås, at kurset gennemgås i løbet af introduktionsuddannelsen, og at der afsættes en uge hertil.

Kurser i ledelse, administration og samarbejde, omfattende SOSA-kurset, der videreføres, og 1-2 kurser i ledelse (personaleudvikling), samarbejde og personlig udvikling. Det anbefales, at SOSA-kurset gennemgås i løbet af introduktionsuddannelsen, og at de øvrige kurser placeres under hoveduddannelsen, samt at der i alt afsættes 2 uger hertil.

Kurser i pædagogik, omfattende et kursus i indlæring og undervisning samt et kursus i vejledning og supervision. Det anbefales, at førstnævnte kursus gennemgås under turnusuddannelsen, og sidstnævnte i løbet af hoveduddannelsen, samt at der afsættes 1 uge til de to kurser.

Efter kommissionens vurdering bør en del af de kurser, der i dag har status som specialespecifikke kurser, som f.eks. SOSA-kurset og visse forskningsmetodologiske kurser, fremover indgå i de obligatoriske tværfaglige kurser.

Det er ligeledes kommissionens vurdering, at der ikke er behov for, at tidsforbruget til de specialespecifikke kurser overstiger 6 uger, idet der i dag i gennemsnit bruges knapt 8 uger til samtlige teoretiske kurser.

Endvidere anbefales, at der afsættes 12 uger til forskningstræning, jf. afsnit 11.2.

Sammenfattende anbefaler kommissionen, at der afsættes 22 uger som samlet ramme for den teoretiske uddannelse med følgende fordeling:

| | |
|--|-------------|
| Obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse, administration, samarbejde og pædagogik | ca. 4 uger |
| Obligatoriske kurser i forskningsmetodologi samt forskningstræning | ca. 12 uger |

Specialespecifikke teoretiske kurser incl. færdigheds-
træning ca. 6 uger

I alt ca. 22 uger

De teoretiske kursers indplacering i uddannelsesforløbet

Kommissionen finder, at den teoretiske videreuddannelse skal spredes jævnt over hele uddannelsestiden, og at kurser bør integreres i videreuddannelsen på en sådan måde, at de understøtter den samlede kompetenceudvikling.

Kurserne bør derfor i videst muligt omfang placeres således, at de understøtter den uddannelsessøgendes mulighed for at tilegne sig den fornødne teoretiske viden og/eller de fornødne færdigheder, når behovet herfor opstår. En række kurser kan med fordel placeres tidligere i uddannelsen end i dag.

Det skal her bemærkes, at en arbejdsgruppe, der i 1993 gennemgik rammerne for den teoretiske videreuddannelse, anbefalede, at de teoretiske kurser blev spredt over hele den kliniske uddannelse, og foreslog, at kurserne blev fordelt med 10 pct. i fase I, 70 pct. i fase II og 20 pct. i fase III, hvilket var i overensstemmelse med hovedparten af de videnskabelige selskaber, der fandt det rigtigt at inddrage fase I i den teoretiske videreuddannelse.

Kommissionen anbefaler, at de videnskabelige selskaber i forbindelse med udarbejdelse af målbeskrivelser udarbejder forslag til de specialespecifikke kursers indplacering i uddannelsesforløbene.

Evaluering og kompetencemåling

Kommissionen mener ikke, at det er muligt at opstille generelle retningslinier for evaluering af de enkelte teoretiske kurser, men skal anbefale, at man ved udarbejdelse af kurser i den teoretiske uddannelse tager stilling til, hvordan det enkelte kursus skal evalueres, jf. det i afsnit 7.9.3.1 anførte, og i øvrigt følger de retningslinier, som er fastlagt i Sundhedsstyrelsens publikation ”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse”, 1998.

Hvad angår evaluering og kompetencemåling henvises i øvrigt til kapitel 12: Evaluering og kompetencemåling i speciallægeuddannelsen.

Økonomi

Der er i dag årligt afsat 14,5 mio. kr. til formaliseret teoretiske uddannelser. Midlerne, som administreres af Sundhedsstyrelsen, fordeles ikke med udgangspunkt i en overordnet fordelingsnøgle. Den konkrete fordeling er primært historisk begrundet, idet der dog også tages hensyn til antallet af særligt omkostningskrævede færdighedskurser og antallet af uddannelsessøgende inden for de enkelte specialer.

En følge af den eksisterende fordelingsmetode er, at visse specialer har væsentligt flere midler til rådighed for den teoretiske uddannelse end andre. Kursusudgiften opgjort pr. uddannelsessøgende varierer således mellem 8.000 og 75.000 kr. mellem specialerne.

Kommissionen anbefaler

- At der etableres en puljeordning, således at de videnskabelige selskaber administrerer et rammebeløb, som de selv kan udmønte under hensyn til målbeskrivelserne. Den økonomiske ramme skal afhænge af det samlede antal uddannelsessøgende i specialet.

11.2 Forskningstræning

11.2.1 Indledning

I henhold til kommissoriet skal den fremtidige speciallægeuddannelse sikre, at kommende speciallæger er i stand til at realisere og udvikle et vidensbaseret sundhedsvæsen.

Da et vidensbaseret sundhedsvæsen hviler på overførsel af forskningsresultater til sundhedsvæsenets drift, skal der sikres kommende speciallæger en kompetence til at medvirke hertil.

Alle lægevidenskabelige kandidater vil fremover have gennemgået en basal forskningstræning. I speciallægeuddannelsen drejer det sig derfor om at videreføre en allerede påbegyndt kompetenceopbygning.

Det er kommissionens vurdering, at den forskningsmæssige kompetenceopbygning, der skal finde sted i løbet af speciallægeuddannelsen, bør være klinisk orienteret og specialespecifik, dvs. rettet mod klinisk praksis i det speciale, lægen ud-

dannes i. Kompetence vil i såvel emne som metode være forskellig specialerne imellem, om end en række metoder vil være overlappende.

Kommissionen anbefaler følgende rammer for forskningstræningen:

11.2.2 Målsætning

En speciallæge bør inden for sit speciales videns- og færdighedsfelt besidde kompetence til at opsøge og kritisk vurdere forskningsresultater - specielt med henblik på dokumentation af forskningsresultaternes kliniske anvendelse.

De forskningsmæssige kompetencer, der skal opbygges i løbet af speciallægeuddannelsen, omfatter efter kommissionens vurdering derfor evnen til selvstændigt at kunne opsøge, vurdere og formidle ny viden inden for specialets og tilgrænsende specialers emnekreds gennem:

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

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

- At opsøge relevant baggrundslitteratur.
- At formulere det forskningsmæssige spørgsmål.
- At give forslag til design, herunder valg af metoder og materiale for undersøgelse samt kendskab til de typer af fejl, der kan opstå ved en fejlagtig planlægning.
- At angive forventede resultater af projektet.
- At angive etiske aspekter af projektet.
- At angive de organisatoriske, omkostningsmæssige og andre forudsætninger for at gennemføre projektet.

Kommissionen finder, at de anførte forskningsmæssige kompetencemål skal opfyldes af alle, der autoriseres til speciallæge, og foreslår derfor:

- At forskningstræning indgår som en integreret del af speciallægeuddannelsen og omfatter alle kommende speciallæger.

11.2.3 Rammer og indhold

Kommissionen finder, at forskningstræningen skal baseres på, at de uddannelsessøgende selvstændigt gennemfører et projektforsløb, der sigter på at opøve de ønskede forskningsmæssige kompetencer.

Forskningstræningen bør understøttes ved, at de uddannelsessøgende deltager i færdighedskurser i videnskabelig metode. Disse kurser bør i et vist omfang være specialespecifikke og skal bygge videre på den generelle forskningstræning, kommende lægevidenskabelige kandidater har erhvervet i løbet af grunduddannelsen.

Emnet for forskningstræningen vil ofte være formuleret af den uddannelsessøgende selv, men der skal også være mulighed for, at den uddannelsessøgende kan gennemføre forskningstræningen ved at deltage i et igangværende forskningsprojekt ved afdelingen/enheden. Emnet vil naturligt falde inden for specialets emnekredse og være klinisk forankret, men dette bør dog ikke være et krav.

Kommissionen anbefaler, at der udpeges to vejledere for den uddannelsessøgende og vil finde det hensigtsmæssigt, hvis den ene er vedkommendes mentor, subsidiært en af denne ”håndplukket” læge, der har den fornødne indsigt i det aktuelle forskningsprojekt, og den anden afdelingens/enhedens forskningsansvarlige overlæge.

Kommissionen finder, at emne og arbejdsplan skal godkendes af de to vejledere, der normalt vil have støttet den uddannelsessøgende under udarbejdelse af projekt-oplægget.

Forskningstræningen skal afsluttes med, at den uddannelsessøgende udarbejder en rapport, og kommissionen finder det naturligt, at den uddannelsessøgende fremlægger sin rapport, f.eks. ved et seminar, som er åbent for andre, der er interesseret i emnet. Den endelige form må dog afgøres i et samarbejde med den uddannelsessøgendes vejledere.

Kommissionen anbefaler, at rapporten bedømmes af den uddannelsessøgendes vejledere samt af en af det regionale sundhedsvidenskabelige fakultet udpeget/anerkendt bedømmer, idet det dermed sikres, at universitetet påtager sig et ansvar for kvaliteten af forskningstræningen.

Det vil være mest hensigtsmæssigt, at forskningstræningen gennemføres i løbet af hoveduddannelsen og i videst mulig omfang integreres i det samlede uddannelsesforløb.

Kommissionen anbefaler:

- At der i løbet af hoveduddannelsen afsættes 12 uger til forskningstræning.

Kommissionen anbefaler, at de 12 uger skal dække tidsforbruget til deltagelse i færdighedskurser i videnskabelig metode, men ellers hovedsageligt skal anvendes til opstilling af det valgte forskningsprojekt og udarbejdelse af den afsluttende rapport/afhandling, medens indsamling af evt. data o.l. kan ske sideløbende med det kliniske arbejde.

Den nærmere tilrettelæggelse bør aftales med vejlederne og indpasses i afdelingens arbejdstilrettelæggelse.

Kommissionen anbefaler, at læger, der gennemfører en anden og mere udvidet form for forskeruddannelse som f.eks. ph.d.-uddannelsen, ikke bør være forpligtet til at gennemføre forskningstræningen.

Fritagelse eller dispensation for forskningstræning bør efter kommissionens vurdering således gives, hvis den uddannelsessøgende har gennemført eller er i gang med at gennemføre en egentlig forskeruddannelse eller på anden måde har erhvervet/er i færd med at erhverve de forskningskompetencer, der kræves.

Kommissionen anbefaler, at en evt. fritagelse/dispensation skal godkendes af en instans uden for afdelingen og vil finde det naturligt at inddrage det regionale sundhedsvidenskabelige fakultet i beslutningen.

12 Evaluering og kompetencemåling i speciallægeuddannelsen

12.1 Indledning

I henhold til kommissoriet skal kommissionen vurdere, hvorledes kompetencemåling af den kommende speciallæge mest optimalt foretages i uddannelsens enkelte faser.

Dette spørgsmål behandles i dette kapitel, der også behandler spørgsmålet om evaluering af det enkelte uddannelsessteds funktion i relation til den lægelige videreuddannelse.

Overordnet set må måling af den uddannelsessøgende læges kompetence og evaluering af de uddannelsesgivende enheder ses som instrumenter til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse.

12.2 Evaluering af den uddannelsessøgende

12.2.1 Evaluering i Danmark

I betænkningen vedr. yngre lægers kliniske videreuddannelse fra 1989 anbefales det, at der på baggrund af obligatoriske målbeskrivelser og uddannelsesprogrammer foretages en løbende evaluering af den enkelte læges uddannelse.

Som en konsekvens heraf anmodede Sundhedsstyrelsen i 1991 de amtslige videreuddannelsesudvalg om at iværksætte en forsøgsordning med anvendelse af strukturerede evalueringssamtaler til brug ved måling af de uddannelsessøgendes kompetenceudvikling.

På grundlag af erfaringerne fra denne forsøgsordning nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, der i publikationen ”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse” fra januar 1998 har fastlagt retningslinierne for det evalueringssystem, der siden den 1. juli 1998 har været anvendt til måling af den kliniske kompetenceudvikling.

I vejledningen lægges der vægt på, at den kliniske evaluering omfatter såvel en proces- som en resultatkontrol, idet evalueringssystemet som et minimum omfat-

ter tre samtaler (introduktions-, justerings- og slutevalueringssamtale) i løbet af hver ansættelse, der indgår i et uddannelsesforløb.

Evalueringssystemet har dels til formål at sikre, at der er overensstemmelse mellem kompetenceudviklingen og de fastsatte kompetencemål, dels at sikre, at den uddannelsesgivende afdeling lever op til afdelingens uddannelsesfunktion. Systemet indebærer desuden, at det er muligt at foretage en løbende justering af uddannelsesprocessen og at vejlede den uddannelsessøgende, ligesom det - i enkeltstående tilfælde - udgør grundlaget for at udskille såvel uegnede uddannelsessøgende læger som uegnede uddannelsessteder.

Evalueringssamtalerne gennemføres på baggrund af et skemamateriale, som er publiceret i vejledningen, der ligeledes angiver, hvorledes man forholder sig, hvis evalueringen ikke er tilfredsstillende.

Ved slutevalueringen foretages der en sammenfattende bedømmelse af den uddannelsessøgendes kompetence og den uddannelsessøgende evaluerer uddannelsesstedets uddannelsesfunktion.

Dokumentation af den sammenfattende bedømmelse udleveres til den uddannelsessøgende, og kopi heraf arkiveres på uddannelsesstedet. Evalueringen af uddannelsesstedet tilgår uddannelsesstedet, den lokale sygehusledelse og sygehusforvaltningen/det lokale videreuddannelsesudvalg.

I den postgraduate teoretiske speciallægeuddannelse indgår et antal obligatoriske kurser. Tidligere blev der ikke foretaget evaluering af den teoretiske uddannelse, men fra 1998 er evaluering af såvel kursus som kursister obligatorisk.

Erfaringer med ordningen

De praktiske erfaringer med evalueringssystemet er endnu beskedne. Meget tyder dog på, at det er relativt sjældent, at en kompetenceudvikling, der ikke lever op til de i målbeskrivelsen stillede krav, resulterer i en negativ evaluering, ligesom det er undtagelsen, at en negativ evaluering får konsekvenser for en uddannelsesgivende afdeling.

I knapt en tredjedel af inspektorrapporterne rejses der alvorlig kritik af evalueringssystemet. Kritikken går dels på, at en del introduktions- og justeringssamtaler ikke afholdes, dels på at mange afdelinger ikke bruger samtalerne aktivt i forbindelse med de uddannelsessøgendes videre uddannelsesforløb.

FAYL har løbende fulgt udbredelsen af evalueringssamtaler op igennem 90'erne. Ifølge foreningens seneste uddannelsesenquete fra 1999 havde 78 pct. af de yngre læger, der var ansat i en enkeltstillingsklassificeret uddannelsesstilling deltaget i en evalueringssamtale (start-, midtvejs- eller afsluttende evalueringssamtale) inden for det seneste halve år. 21 pct. havde ikke deltaget i en evalueringssamtale. Af dem, der havde deltaget i en evalueringssamtale, svarede 83 pct., at de aftaler, der var indgået under samtalen, overholdtes, mens 17 pct. svarede, at aftalerne blev overholdt i ringe grad eller slet ikke.

12.2.2 Evaluering i Vesteuropa og Nordamerika

Der er betydelige variationer i evalueringen af videreuddannelsen i Vesteuropa og Nordamerika. Uddannelsestraditioner, uddannelsens organisering og antallet af uddannelsessøgende har været medbestemmende for de nationale evalueringsordninger.

I Sydeuropa med universitetsrelaterede uddannelsesprogrammer er afsluttende specialisteksamener det almindelige. Tilsvarende gør sig gældende for en række østeuropæiske lande, hvor videreuddannelsen er knyttet til postgraduate institutter for videre- og efteruddannelse.

Tyskland og Frankrig har ligeledes specialisteksamener. Det skal understreges, at der som helhed ikke er tale om nationale eksamener, men om ordninger arrangeret af forskellige ansvarlige institutioner.

I Storbritannien må de eksamener, som arrangeres af Royal Colleges, betragtes som adgangseksamener til den sidste del af speciallægeuddannelsen.

I Holland har man etableret stopprøver efter det første uddannelsesår samt årlige indberetninger om forløbet til den centrale myndighed.

I Norden har Finland i mere end 30 år haft en afsluttende tentamen med afprøvning af de teoretiske kundskaber. I Sverige og Norge har man hidtil afvist specialisteksamener.

I Nordamerika findes specialisteksamen i sin mest udbyggede form. Eksaminationsystemet udvikledes i begyndelsen 1900-tallet med baggrund i den store heterogenitet i den amerikanske lægeuddannelse. Eksaminationerne varetages af de enkelte videnskabelige selskaber (Specialist Boards) og gennemføres under an-

vendelse af betydelige lægefaglige, psykometrisk-testanalytiske og økonomiske ressourcer.

I internationalt regi er der, uanset holdningen til anvendelse af specialisteksamener, en stigende forståelse for betydningen af en løbende evaluering af den uddannelsessøgendes kompetenceudvikling, idet en sådan gør det muligt at korrigere den uddannelsessøgende og om nødvendigt tilrette den enkeltes uddannelsesprogram.

EU kommissionens Advisory Committee on Medical Training (ACMT) anbefaler således, at evalueringen af speciallægeuddannelsen bør være løbende og baseres på en struktureret uddannelsesplan, idet det er komiteens holdning, at en speciallæges viden og færdigheder ikke kan vurderes ved nogen form for afsluttende eksamen.

12.2.3 Grundlaget for den fremtidige kompetencemåling

I takt med den stigende erkendelse af, at speciallægekompetencen også indeholder andre elementer end den rene medicinske ekspertviden - og således bl.a. omfatter lederegenskaber samt pædagogiske og kommunikative evner m.v. - er troen på, at en læges kompetence kan måles med en enkelt test, svindende. Dette har været medvirkende til, at der igennem de senere år er sket en hastig udvikling af metoder til kompetencemåling.

Udviklingen er primært sket inden for det prægraduate, men har haft en vis afsmitning på det postgraduate område. Den øgede forskning i metoder til kompetencemåling og erfaringen med brug af disse har vist, at testmetoder ikke ukritisk kan overføres fra det prægraduate til det postgraduate område, og at valg af testmetoder er betinget af, hvilken kompetence man ønsker at måle.

Kompetencemåling er således kun mulig, hvis kompetencemålene er entydige og veldefinerede. Hertil kommer, at kompetencemåling kun er meningsfyldt, hvis man er indstillet på at drage de fornødne konsekvenser af en manglende målopfølgelse.

Kommissionens arbejdsgruppe vedr. kompetencemåling i speciallægeuddannelsen har i sin rapport gennemgået en række metoder til måling af de lægelige kompetencer, der indgår i den af kommissionen anbefalede speciallægekompetenceprofil.

Man sonderer almindeligvis mellem formativ og summativ evaluering.

Formativ evaluering er en integreret del af uddannelses- og læringsprocessen og indebærer en løbende feed-back til såvel uddannelsessøgende som uddannelsesgivende og kan dermed være en hjælp til at afdække evt. uddannelsesbehov, herunder også behov for justering af rammerne for uddannelsen. Formativ evaluering bliver således et middel til udvikling af den uddannelsessøgende og dennes kompetence.

Summativ evaluering er en vurdering af den uddannelsessøgendes præstation ved afslutningen af uddannelsen og har til formål at vise, om målet er nået. Summativ evaluering er således en vurdering af slutresultatet og i sin ultimative form lig med en eksamen.

Tabel B viser en række eksempler på metoder til kompetencemåling. Metoderne relaterer sig til de essentielle professionelle roller, som er beskrevet i kapitel 6.

Tabel B

| Eksempler på metoder til kompetencemåling i relation til de essentielle professionelle roller | | | |
|---|--|--|---|
| Roller | Vurdering af kompetence i relation til det daglige arbejde i klinikken | Vurdering af kompetence i forbindelse med supplerende uddannelsestiltag | Specifikke tests |
| Medicinsk ekspert | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Observationsdage • Kvantitative+kvalitative checklister • Læringsdagbøger • Vurdering af selvstyret læringsdokumenter • Vurdering af journalnotater, epikriser, m.m. | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af Evidens Baserede Medicinske opgaver | <ul style="list-style-type: none"> • Progressionstest af viden og viden om færdigheder • OSKE på lave niveauer • OSKE efter specielle færdighedskurser |
| Kommunikator | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra patient, kolleger, andet personale • Vurdering af videooptagelse | | <ul style="list-style-type: none"> • OSKE på lave niveauer • OSKE efter specielle kommunikationskurser |
| Samarbejder | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra kolleger, andet personale • Vurdering af videooptagelse | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af opgaver | <ul style="list-style-type: none"> • Observation i simulations-senarier |
| Leder/ Administrator | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra kolleger, andet personale | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af opgaver • Vurdering af projekter | |

| | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| Sundheds-Fremmer | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra patienter | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af informationsmateriale • Vurdering af oplysningskampagne, projekt, m.m | |
| Akademi-ker | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af selvstyret læringsdokumenter • Vurdering af instrukser udarbejdet af uddannelsessøgende • Struktureret vurdering af præsentationer • Struktureret vurdering af undervisning • Struktureret vurdering af vejledningsopgaver • Struktureret vurdering af uddannelsesplanlægningsopgaver | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af Evidens Baserede Medicinske opgaver • Vurdering af litteraturopgaver • Vurdering af forskningsprojekter, kvalitetssikringsprojekter, MTV-projekter • Peer-review af artikler | |
| Profes-sionel | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret tilbagemelding fra omgivelser • Vurdering af selvstyre læringsdokumenter | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af opgaver • Vurdering af interaktion i gruppediskussioner | |

Der findes, som vist i tabel B, talrige metoder til måling af kompetence. Før man vælger metode, skal mål og relevans være afgjort. I det følgende gennemgås nogle eksempler på metoder til kompetencemåling med speciel relevans for speciallægeuddannelsen.

Multiple choicetest

Multiple choice questionnaire (MCQ-tests) anvendes en del i udlandet til summativ kompetencemåling. Metodens fordel er, at den har en høj reliabilitet og er nem at administrere. Metodens ulempe er, at den ensidigt tester viden og ikke problemløsning eller viden anvendt i praksis. Endvidere fører testen ofte til udenadslære og tester i højere grad eksamenslæsningsevne end funktionel viden. Udvikling af nye spørgsmål kræver tillige betydelige ressourcer.

Progressionstest

En progressionstest er en spørgsmålssamling, som på postgraduat niveau formodes at skulle omfatte 10.000 -15.000 spørgsmål i vigtig, funktionel viden. Niveaue eller sværhedsgraden i spørgsmålene svarer til slutniveauet for uddannelsen, men stilles til alle niveauer af uddannelsessøgende.

200-300 spørgsmål stilles 2-4 gange årligt under hele uddannelsen. Hyppigheden og sværhedsgraden medfører, at man ikke kan "læse" til testen. Den tester derfor ikke eksamenslæsningsevne og stimulerer ikke til udenadslære. Den medvirker til vedligeholdelse af viden over tid, f.eks emner, som læres i den tidlige del af uddannelsen.

Testen er velegnet til formativ evaluering, idet den viser den enkelte uddannelsessøgendes vidensniveau og progression. Testtypen har de ulemper, at der dels løbende skal ske en opdatering af spørgsmålene (10-15 pct. pr. år) og dels kræves betydelige IT-ressourcer.

OSKE (Objektiv struktureret klinisk eksamen)

I denne testform observeres de uddannelsessøgende i en bred vifte af delkompetencer: anamneseoptagelse, patientkommunikation, fokuseret objektiv undersøgelse, tekniske procedurer, tolkning af laboratorietests, røntgenbilleder, m.v. Den uddannelsessøgende præsenteres for hvert delelement i ca. 10 min, og testen består typisk af ca. 15-20 delkomponenter. En observatør vurderer den uddannelsessøgende udfra et standardiseret observations- og scoringsskema.

OSKE har betydelig bedre reliabilitet og validitet end f.eks. mundtlige eksaminer på enkeltpatienter. OSKE'ens fordel er, at den standardiserer og objektiviserer vurderingen, og at denne baseres på observation af, hvad den uddannelsessøgende rent faktisk gør.

OSKE'en har imidlertid nogle ulemper såsom vanskelighed med at konstruere simulationsscenarier for de mere komplicerede procedurer, samt for standardisering af en procedure og nedbrydning til objektivt vurderbare delkomponenter. Desuden går læger på et højere erfaringsniveau frem efter en anden og mere vilkårlig struktur end 'novicer', som oftere anvender mere skematisk struktur i f.eks. anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse og problemløsning, hvilket giver problemer med vurderingen. Endelig er OSKE en meget ressourcekrævende testform.

I relation til speciallægeuddannelsen er OSKE velegnet til test på lave uddannelsesniveauer eller test på afgrænsede områder, hvor målet er, at alle anvender specifikke standardiserede procedurer og fremgangsmåder, f.eks. traumebehandling, hjertestopbehandling, håndtering af kritiske situationer og kommunikation.

MCQ-test af viden og færdigheder

I denne test er spørgsmålene rettet mod procedurer og teknik, f.eks. genoplivningsprocedurer eller apparatur. Testen imødekommer således nogle af validitetsproblemerne ved traditionel MCQ-test af viden. Denne type test har vist god korrelation med OSKE og observation af praksis og er betydelig lettere og billigere at administrere end en OSKE.

Opgaver, mini-projekter, større projekter

Et af målene i den postgraduate uddannelse er at udvikle den uddannelsessøgendes evne til at formulere kliniske og videnskabelige spørgsmål i relation til praksis samt kontinuerligt at opøve, vurdere, anvende og udvikle ny medicinsk teknologi. En metode til at vurdere processen i den uddannelsessøgendes videnshåndtering i relation til praksis er en form for peer-review af opgaver, mini-projekter eller større projekter,

som den uddannelsessøgende har udført, f.eks. litteraturanalyser, kvalitetssikringsprojekter, forskningsprojekter. Vurderingen skal standardiseres for at være pålidelig (vurdering af relevansen af problemet, klar formulering af problem, metode, data eller litteraturbehandling, fremstilling, diskussion, konklusion osv.).

Fordelen ved anvendelse af opgaver, projekter m.m er, at der ikke kræves kontinuerlig opdatering og konsensus vedrørende standard for viden, hvilket er vanskeligt og resourcekrævende i en tid med hastig udvikling i medicinsk teknologi. En anden fordel er, at der i højere grad opøves til et bredt udsnit af de tidligere nævnte professionelle kompetencer.

Observation i praksis/struktureret kollegial bedømmelse

Mesterlæreprincippet, hvor mester observerer den uddannelsessøgende i dennes praksis, er en væsentlig informationskilde vedrørende den uddannelsessøgendes kompetence.

I de fleste specialer arbejder de uddannelsessøgende imidlertid oftest på egen hånd. De uddannelsessøgendes kompetence kendes derfor ikke, med mindre der via stikprøver foretages en direkte observation af de uddannelsessøgende i praksis og kontrol af, at de har opnået den fastlagte minimums-kompetence.

Denne observation bør foregå struktureret med anvendelse af simple, kvalitative mål og enkle scoringssystemer, som kan vise, om den uddannelsessøgendes kompetence har en acceptabel standard. Observation med brug af scoringssystemer har den fordel, at såvel supervisor som uddannelsessøgende er bekendt med kriterierne for god udførelse, og at observationen bliver mere objektiv og dermed mere pålidelig.

En struktureret kollegial bedømmelse af den uddannelsessøgende er en både valid og praktisk anvendelig form for kompetencemåling. Metoden kræver, at en række af kollegerne inddrages i at bedømme den uddannelsessøgendes daglige præstationer på en sådan måde, at der kan gives karakterer inden for de forskellige kompetenceområder.

Til forskel fra simpel observation af de udførte præstationer muliggør metoden, at der kan foretages en samlet bedømmelse af den uddannelsessøgendes kompetence. Der anvendes et spørgeskema til at indsamle oplysningerne, og der foretages gennemsnitsberegning og sammenligning af resultaterne. Bedømmelserne baseres på normative standarder eller accepterede regler for klinisk beslutningstagen.

Gennem inddragelse af den uddannelsessøgende i udvikling af scoringssystemer og vurderingsprocessen udvikles dennes evne til selvurdering. Sådanne scoringssystemer kan kombineres med kvantitative checklister og dermed gøre disse mere pålidelige.

Observation i praksis kan også anvendes som en egentlig eksamen. F.eks. kan man ob-

servere den uddannelsessøgende på en dag sammensat med et repræsentativt udsnit af arbejdsopgaver.

Audit af praksis

Evaluering af praksis kan også ske ved superviseret og struktureret gennemgang af journalmateriale, patientforløb, arbejdsprocedurer og lignende.

Patienters vurdering af uddannelsessøgende

Patienter kan anvendes til vurdering af uddannelsessøgendes kommunikative evner. En høj grad af reliabilitet kan opnås, hvis vurdering baseres på ca. 35 patienter, og antallet af spørgsmål ligger på 5-10. Anvendelse af standardiserede patienter, dvs. patienter som er trænet i at spille en patientrolle, har høj reliabilitet og anvendes i stor udstrækning i OSKE.

Checklister

Checklister har været anvendt i flere specialer, især ved de praktiske kirurgiske procedurer. Kvantitative checklister siger noget om den uddannelsessøgendes erfaring, men ikke nødvendigvis noget om dennes kompetence.

Læringskurven for en given kompetence skal være kendt for at kunne sætte et kvantitativt kompetencemål. Læringskurver er meget individuelle, og kendes generelt ikke for særlig mange procedurer.

Udbyttet af checklister øges ved supplerung med kvalitative data f.eks. ved observation i praksis, datamateriale etc.

Klinisk datamateriale og kvalitetssikringsdata

Anvendelse af kliniske databaser og kvalitetssikringsdata - f.eks. komplikationsfrekvenser efter operationer, liggetider, m.m. - synes umiddelbart nærliggende. Problemet er imidlertid, at disse data sjældent er henførbare til en enkelt person, men er resultat af mange personers præstationer samt forskellige afdelingsrutiner og organisation af patientbehandling.

Læringsdagbøger (learning portfolios)

Princippet i en læringsdagbog er journalføring af egen læringsproces:

- Formulering af læringsspørgsmål.
- Formulering af læringsmål.
- Formulering af læringsstrategi og identifikation af metode.
- Indhentning af information/oplæring i procedure.
- Evaluering af læringsresultat vedr. viden, færdighed, adfærd, holdning.
- Evaluering af læringsproces.

Læringsdagbøger har primært været anvendt i efteruddannelsen, mens de i forhold til kompetencemåling i videreuddannelsen ikke anvendes i stor udstrækning. Læringsdagbøgers reliabilitet kendes ikke. Læringsdagbøger kræver pædagogisk indsigt, selv-

indsigt og initiativ af både den uddannelsessøgende og vejlederen for at være meningsfyldte.

Selvvurdering

Et af målene for professionel kompetence er evnen til selvvurdering. De fleste undersøgelser viser imidlertid, at denne evne er svær at udvikle, og at selvvurdering generelt korrelerer dårligt til andres vurdering og praktisk erfaring. Som metode til kompetencemåling er den ikke anvendelig.

12.2.4 Den fremtidige kompetencemåling

Da kompetencen hos den enkelte læge består i evnen til at mestre en flerhed af roller og egenskaber, der ikke indfanges ved én enkeltstående test/eksamen, finder kommissionen ikke, at der er belæg for at indføre specialisteksamen i Danmark.

Kommissionen finder, at der er et klart behov for at evaluere den kliniske videreuddannelse, og skal anbefale:

- At der fremover foretages en systematisk måling af kompetenceudviklingen hos uddannelsessøgende læger, og at denne har karakter af en fortløbende og konsekvenshavende formativ evaluering.

Der er et uændret behov for at evaluere de uddannelsessøgendes udbytte af kursusaktiviteten i speciallægeuddannelsen.

Kommissionen anbefaler på denne baggrund:

- At der for hvert speciale udarbejdes en målbeskrivelse, der angiver, hvilke kompetencer eller kompetenceelementer der som et minimum skal være erhvervet ved afslutningen af hvert enkelt af de uddannelseselementer, der indgår i den samlede uddannelse, og hvilke kompetencer der skal være erhvervet ved uddannelsens afslutning.
- At målbeskrivelserne indeholder en anvisning af metoder til evaluering af de kompetencer, der skal erhverves i løbet af uddannelsen.
- At konsekvenserne af manglende målopfyldelse fastlægges.

Ansvar for evalueringen af den uddannelsessøgende er i dag placeret hos vejlederen/praksistutoren, således at den uddannelsesansvarlige overlæge skal godkende den sammenfattende bedømmelse i forbindelse med slutevalueringssamtalen.

Kommissionen anbefaler:

- At ansvaret for den fortløbende og konsekvenshavende evaluering placeres hos den uddannelsessøgendes vejleder og den uddannelsesansvarlige overlæge.
- At ansvaret i almen praksis tilsvarende placeres hos praksistutoren.

Målbeskrivelserne bør opbygges som *minimumsbeskrivelser* og kun omfatte en beskrivelse af de krav, der skal være opfyldt, for at den uddannelsessøgende kan gå videre i det planlagte uddannelsesforløb og slutteligt opnå speciallægeanerkendelse.

At målbeskrivelserne opbygges som minimumsbeskrivelser bør ikke forhindre, at de enkelte afdelinger kan profilere sig ved at tilbyde uddannelseselementer, der ligger herudover.

Målbeskrivelserne skal opfyldes. Det bør være en absolut undtagelse, at der dispenseres for manglende opfyldelse af delmål, og speciallægeautorisation bør ikke kunne opnås, hvis der ikke foreligger dokumentation for, at de i målbeskrivelserne opstillede krav til slutkompetence er opfyldt.

Manglende mål opfyldelse kan skyldes forhold hos såvel den uddannelsessøgende som hos den uddannelsesgivende. Skyldes det forhold hos den uddannelsessøgende, bør vedkommende som hovedregel tilbydes den nødvendige supplerende uddannelse, evt. under ansættelse på en anden afdeling. Konsekvenserne for den uddannelsesgivende afdeling bør ultimativt være en deklassificering.

Den nødvendige dokumentation for opnået kompetence bør opsamles, f.eks. i en logbog.

Kommissionen anbefaler:

- At den uddannelsessøgende samler den nødvendige dokumentation for opnået kompetence i en uddannelseslogbog, der bør følge vedkommende under hele uddannelsesforløbet.
- At der af Sundhedsstyrelsen udarbejdes et paradigme for logbøger.
- At de videnskabelige selskaber på baggrund heraf udarbejder en logbog for hvert enkelt speciale.

Da evalueringen er konsekvenshavende, således at godkendelse af det enkelte uddannelseselement kan nægtes, bør det - bl.a. af retssikkerhedsmæssige grunde - være muligt at anke afgørelsen.

Kommissionen anbefaler på den baggrund:

- At anke over evalueringsafgørelser indgives til det regionale videreuddannelsesråd, der anmoder den postgraduate kliniske lektor inden for det pågældende speciale om en indstilling til sagen (se kapitel 9 om regionale videreuddannelsesråd).

Hvis den uddannelsessøgende tilsvarende finder, at uddannelsesstedet ikke lever op til sit uddannelsesansvar i henhold til uddannelsesprogram og målbeskrivelse, kan denne tilsvarende klage til det regionale videreuddannelsesråd.

Det regionale videreuddannelsesråds afgørelse kan videre ankes til Sundhedsstyrelsen, hvis afgørelse endelig kan ankes til Sundhedsministeriet

12.3 Evaluering af den uddannelsesgivende afdeling

12.3.1 Evaluering i dag

Det nuværende evalueringssystem, som er beskrevet i “Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse”, Sundhedsstyrelsen januar 1998, omfatter også en evaluering af uddannelsesstedets uddannelsesfunktion.

Evalueringen baseres på de uddannelsessøgende lægers vurdering af uddannelsesstedets uddannelsesfunktion. Som led i slutevalueringen giver den uddannelsessøgende læge - ved at udfylde et sæt standardiserede skemaer - en bedømmelse af såvel eget uddannelsesforløb som uddannelsesstedets evne til at løfte uddannelsesopgaven. Den uddannelsessøgende læge har i den forbindelse mulighed for at komme med forslag til forbedringer af eksempelvis introduktionsprogram, uddannelsesplanlægning, undervisningsformer, arbejdsvilkår, evalueringssamtale og den kliniske vejleders eller praksistutorens funktion.

Oplysningerne i de pågældende skemaer anvendes som led i den løbende overvågning og justering af uddannelsesstedernes funktioner og uddannelsens kvalitet. Oplysningerne kan endvidere indgå i overvejelser om eventuel indgriben overfor uddannelsessteder med utilfredsstillende uddannelsesfunktion.

12.3.2 Inspektorordning

Inspektorordningen blev igangsat i 1997 med henblik på kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse. Kvalitetsudviklingen sker bl.a. via formidling af gode erfaringer og råd til afdelingerne, ændringer i rutiner og uddannelsesmiljø og gennem monitorering af uddannelseskvaliteten.

Ordningen indebærer, at den enkelte afdeling kan bede om at få besøg af inspektorer (erfarne kolleger), der analyserer afdelingens varetagelse af videreuddannelsen.

Ordningen er primært tænkt som et tilbud til afdelingerne, men såvel sygehusejerne som Sundhedsstyrelsen har mulighed for at rekvirere et besøg ved en afdeling.

Ved et inspektorbesøg får afdelingen belyst styrker og svagheder i afdelingens håndtering af den kliniske videreuddannelse. På baggrund af besøget og dokumentationsmateriale fra afdelingen udarbejder inspektorerne en rapport med råd til forbedringer. Efterfølgende udarbejder inspektorerne og afdelingen en skriftlig aftale, der forpligter afdelingen til at foretage forbedringer på de svagt fungerende områder. Genbesøg på afdelingen indgår i aftalen.

Bag ordningen står en følgegruppe med repræsentanter for Amtsrådsforeningen, Den Almindelige Danske Lægeforening, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Dansk Medicinsk Selskab, Specialistnævnet, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og den praktiske administration af ordningen. I december 1999 havde 300 afdelinger tilmeldt sig ordningen, og af disse havde ca. 80 afdelinger gennemgået inspektion. 257 afdelinger havde endnu ikke tilmeldt sig ordningen.

Ved etableringen af ordningen blev der udarbejdet en manual, som angiver såvel rammer som eksempler på indhold i besøg og rapport. Der er i alt afsat 4 dage til en inspektion omfattende forberedelse, besøg, udfærdigelse af inspektorrapporten og 1 dag til genbesøg.

Dansk Evalueringsinstitut, der er en selvstændig institution under Undervisningsministeriet, har i december 1999 afgivet en evalueringsrapport om inspektorordningen.

Evalueringen er baseret på spørgeskemaundersøgelser omfattende såvel de afdelinger, som på evalueringstidspunktet havde haft inspektorbesøg, som de afdelinger, der ikke havde rekvireret inspektorbesøg, samt de inspektorer, der havde aflagt besøg, interview med lægevidenskabelige selskaber samt en tværgående analyse af inspektorrapporterne.

Den tværgående analyse har omfattet 50 rapporter samt 19 rapporter fra genbesøg. Dette datagrundlag har ikke været så omfattende som ønsket. Til gengæld har der

været tilfredsstillende tilbagemeldinger på spørgeskemaundersøgelserne og interviewene med de lægevidenskabelige selskaber.

I følge Evalueringsrapporten har inspektorordningen haft en positiv effekt på den lægelige videreuddannelse. Inspektorerne har i alle rapporter været i stand til at give råd og anvisninger, som har til formål at kvalitetsudvikle uddannelsen af yngre læger på den enkelte afdeling. Afdelingerne har i otte ud af ti tilfælde delvist eller helt honoreret den indgåede aftale. I forlængelse heraf har inspektorerne ved genbesøgene vurderet, at uddannelsesforholdene på de pågældende afdelinger faktisk er blevet bedre, og dermed at ordningen i en vis udstrækning har den tilsigtede effekt.

Mens den enkelte afdeling således har haft glæde af inspektorrapporterne, synes dette ifølge Evalueringsrapporten ikke at være tilfældet i samme udstrækning, når man vil anvende inspektorrapporterne til at danne sig et overblik over eksempelvis det generelle uddannelsesniveau, typiske problemer, "good practices" m.m.

Dette skyldes hovedsageligt, at inspektorrapporterne i den nuværende form er meget heterogene. En revision af manualen for ordningen kunne rette op på dette ved at fastsætte klarere rammer og kriterier for inspektorernes arbejde - eksempelvis en mere fast skabelon for rapporter så man med informationerne fra de enkelte rapporter vil være i stand til at tegne et bredere billede.

På baggrund af evalueringsrapporten forventes følgegruppen bag ordningen at vurdere og fremkomme med forslag til justering af ordningen.

Specialet almen praksis er ikke inddraget i ordningen. I specialet har de amtslige praksisreservelægekoordinatorer og de almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU'ere) tæt kontakt med amtets tutorlæger, og i nogle amter har disse uddannelseskoordinatorer endvidere påbegyndt praksisbesøg hos tutorlægerne. Disse besøg har karakter af mini-inspektorbesøg. I andre amter forsøger man sig med gensidige praksisbesøg, hvor tutorlæge og uddannelseslæge sammen besøger en anden undervisningspraksis.

12.3.3 Den fremtidige evaluering af de uddannelsesgivende enheder

Speciallægekommissionen finder, at inspektorordningen har medvirket til en styrkelse af kvaliteten af den lægelige videreuddannelse og har sat fokus på udviklingen af kvaliteten af uddannelsen på de besøgte afdelinger.

Kommissionen finder, at inspektorordningen skal videreføres, således at ordningen omfatter alle afdelinger, der varetager videreuddannelse af læger.

En justering af ordningen bør omfatte en standardisering og systematisering af inspektorrapporterne, således at det bliver muligt at sammenligne kvaliteten af uddannelsen ved afdelingerne. Dermed vil ordningen også kunne medvirke til at kvalitetsudvikle videreuddannelsen generelt.

Det vigtigste element i ordningen bør fortsat være udviklingsperspektivet for de besøgte afdelinger. Ordningen skal ikke ændres til at være en ensidig kontrolordning.

Det foreslås, at rapporterne danner grundlag for en mere systematisk opfølgning og erfaringsudveksling om uddannelserne inden for de enkelte specialer.

Kommissionen anbefaler, at der sker en afklaring af finansieringen af inspektorordningen. I lighed med hvad der gælder på andre områder med ekstern kvalitetsvurdering, certificering m.m., bør det overvejes, om det enkelte amt/H:S skal betale for inspektorbesøg ved afdelingerne i det pågældende amt/H:S.

For det andet bør der være klare regler for inspektorernes forhold (tjenestefrihed med løn, vikar på tjenestestedet m.m.).

For det tredje bør det overvejes, om de enkelte inspektorer kan frigøres fra deres hovedbeskæftigelse i længere perioder, f.eks. 3-6 måneder og dermed gennemføre et større antal afdelingsbesøg. I og med at inspektorordningen foreslås at komme til at omfatte alle afdelinger med uddannelsesopgaver, vil der være et stort behov for at udvide antallet af besøg. Med en længere tilknytning til ordningen vil den enkelte inspektor kunne gennemføre flere besøg og dermed få større erfaring, og det vil i højere grad være muligt at systematisere besøgene, så der bliver mulighed for at sammenligne afdelinger.

Endelig er det vigtigt, at de udvalgte inspektorer er kvalificerede, og at nye inspektorer gennem f.eks. et kursus indføres i ordningens principper og metoder.

Kommissionen anbefaler på den baggrund:

- At inspektorordningen gøres obligatorisk, således at den omfatter alle de afdelinger, der varetager videreuddannelse af læger.
- At der sker en videreudvikling af inspektorordningen med en standardisering og

systematisering af ordningen, herunder revision af ordningens manual og afklaring af inspektorenes forhold.

Med hensyn specialet almen praksis anbefales:

- At uddannelseskoordinatorernes besøg i tutorpraksis og/eller tutorkollegers besøg udvides, således at der gradvist indføres en inspektorlignende ordning i dette speciale.

13 Speciallægers efteruddannelse og professionelle udvikling

13.1 Indledning

Speciallægers efteruddannelse og professionelle udvikling efter autorisationen som speciallæge er ikke omtalt i kommissionens kommissorium. Kommissionen har valgt alligevel at behandle spørgsmålet i denne betænkning, da den lægelige efteruddannelse anses for nødvendig for at vedligeholde og udvikle de i kapitel 6 beskrevne speciallægekompetencer.

Efteruddannelse er en livslang, kontinuerlig læringsproces, der skal sikre, at lægen besidder den indsigt, de kundskaber, færdigheder, holdninger og erfaringer, som er nødvendige for at mestre de daglige arbejdssituationer, udfordringer og problemer.

Mens begrebet ”continuing medical education” (CME) normalt afgrænses som livslang kontinuerlig læring inden for medicinske fagområder, anvendes begrebet ”continuing professional development” (CPD) om tilegnelse, udvikling og vedligeholdelse også af bredere professionelle kompetencer inden for f.eks. ledelse og samarbejde, kommunikation, etik m.v.

”Efteruddannelse” anvendes i denne betænkning som en bred betegnelse dækkende begge begreber.

”Efteruddannelse” anvendes overordnet om den uddannelse, der ligger efter den direkte kompetencegivende uddannelse til speciallæge. Da efteruddannelse er en kontinuerlig livslang læringsproces, vil elementer heraf dog også indgå i den formaliserede speciallægeuddannelse.

Den enkelte læges stærkeste motivation for livslang læring bør være stræben efter høj professionel standard, hvor lægen definerer egne behov og kontrollerer egen læring. Den vigtigste forudsætning for voksne professionelles læring er høj grad af egenaktivitet, hvor læringen med udgangspunkt i den professionelles egne erfaringer, egne problemer og egne oplevede behov giver mulighed for refleksion og feedback samt anvendelse af det indlærte i det daglige arbejde.

13.2 Den lægelige efteruddannelse i andre lande

Det europæiske samarbejde

Permanent Committee of European Doctors (CP) er en europæisk organisation af de nationale lægeforeninger i EU- og EFTA-landene. Organisation vedtog i 1982 Dublindeklarationen, som blev revideret i 1993. I deklARATIONEN fastslås det:

- At den enkelte læge har en etisk forpligtelse til at deltage i en kontinuerlig livslang efteruddannelse.
- At den enkelte læge har ret til at deltage i kontinuerlig efteruddannelse og bør opmuntres og støttes heri.

I deklARATIONEN fremhæves også, at efteruddannelsen må udspringe af virkelige behov, og ansvaret derfor må ligge hos professionen selv, samt at efteruddannelsen er frivillig.

UEMO - den europæiske forening for praktiserende læger - har i 1994 vedtaget en deklARATION, der bygger på principperne i DublindeklARATIONEN, suppleret med mere præcise forslag specielt rettet mod alment praktiserende læger.

Advisory Committee on Medical Training (ACMT) under EU kommissionen fremkom i 1994 med 'Report 'Recommendations on CME' (XV/E/8414/94). Denne rapport, som er den eneste officielle EU-rapport om lægers efteruddannelse, fremhæver:

- At CME er den enkelte læges moralske forpligtelse.
- At "systemet" har pligt til at give mulighed for CME.
- At ressourceforbruget må være en del af sundhedsudgifterne.

Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG) - europæisk samarbejde mellem foreninger af yngre læger - betragter CME/CPD som forudsætning for kvalitetsforbedringer i sundhedssektoren.

PWG fastslår, at den enkelte læge har en etisk forpligtelse til at deltage i medicinsk efter- og videreuddannelse gennem hele sit arbejdsliv. Dokumentation for CME/CPD er den enkelte læges bevis på, at han/hun lever op til forpligtelsen om vedvarende efter- og videreuddannelse. Ligeledes har arbejdsgiveren en forpligtelse til at stille de fornødne ressourcer til rådighed for den enkelte læges efter- og videreuddannelse.

PWG foreslår et formaliseret system, der sætter den enkelte læge i stand til at identificere sit behov for CME/CPD, og dermed indrette sine videre- og efteruddannelsesaktiviteter herefter.

PWG mener, at der er juridiske, metodemæssige og ressourcemæssige problemer forbundet med recertificering, der langt overstiger de fordele, som et system med recertificering indebærer. PWG støtter arbejdet for at udvikle metoder til identificering af læger, der ikke lever op til de faglige standarder. Man finder ikke, at lægernes kollegialitet må bruges til at dække over inkompetente kolleger.

UEMS - den europæiske speciallægeforening - offentliggjorde i 1994 et 'Charter' vedrørende den enkelte læges personlige forpligtelse og ret til at vedligeholde sit faglige kompetenceniveau, og de lægelige organisationer forpligtelse og ret til at øve indflydelse på efteruddannelsesaktiviteterne.

European Accreditation Council for CME (EACCME) er nedsat af UEMS med det formål at samordne og styrke CME-aktiviteterne i Europa. EACCME skal endvidere fungere som en paraplyorganisation for de tilknyttede nationale CME-organisationer og som clearingscentral for akkreditering og anerkendelse af CME-aktiviteter i Europa. Organisationen drives og betales af UEMS.

UEMS besluttede i oktober 1999 at iværksætte EACCME-aktiviteterne fra januar 2000.

I EACCME-samarbejdet baseres CME-godkendelser på en optælling af timer (the "hour of CME"), idet en time svarer til et point. Det anbefales, at de nationale organisationer tager stilling til, om en given efteruddannelsesaktivitet kan godkendes, og hvor mange CME-timer den i så fald tæller. Endelig anbefales det, at de nationale organisationer beslutter, hvor mange CME-timer hver enkelt læge som et minimum skal samle inden for en given periode.

Samarbejdet sigter på, at det skal være lettere at overføre CME-points, som erhverves efter ovenstående kriterier, fra et speciale til et andet, mellem de forskellige EU-lande og mellem det europæiske CME-system og sammenlignelige systemer uden for Europa.

UEMS har stillet forslag om, at der skal optjenes 250 CME-points over en periode på 5 år. Der skelnes mellem interne og eksterne CME-aktiviteter, og det anbefales, at mindst 100 af de nævnte 250 points skal optjenes ved deltagelse i eksterne CME-aktiviteter, mens 100 skal optjenes ved interne personlige "learning-activiti-

es”.

Det anbefales i forslaget, at CME-udbyderne registrerer, hvor mange CME-timer den enkelte deltager tildeles, men det pointeres, at den enkelte deltager selv skal have overblik over sine CME-timer samt alle informationer vedrørende CME-aktivitet og udbyder.

Fra dansk side er Lægeforeningen repræsenteret i EACCME.

Recertificering af speciallæger

I en række lande er der i dag krav om, at speciallæger regelmæssigt skal recertificeres. ”Recertificering” anvendes her som betegnelse for den procedure, at speciallægen med faste tidsintervaller skal dokumentere, at vedkommende har deltaget i efteruddannelse med et nærmere fastsat indhold og omfang, for at bevare retten til at virke som speciallæge.

I Holland har det siden 1991 været et krav, at speciallæger recertificeres hvert femte år. Recertificeringen har indtil nu været baseret på rent kvantitative kriterier i form af krav om funktion inden for specialet i et minimum antal timer per uge.

Fra januar 2000 stilles der i Holland krav om, at speciallæger enten deltager i godkendte CME-aktiviteter i 40 timer årligt eller underkastes en kollegial bedømmelse hvert femte år.

I USA er der i lighed med Holland krav om en egentlig recertificering af speciallægerne. Recertificeringen bygger alene på kvantitative kriterier. Speciallæger skal forny deres licens hvert 7. år, mens der er krav om recertificering hvert 10. år. Kriteriet for såvel fornyelse af licens som recertificering som speciallæge er, at speciallægen har deltaget i obligatoriske pointgivende efteruddannelsesaktiviteter svarende til 50 timer årligt.

Visse steder i USA har det været forsøgt at supplere de kvantitative recertificeringskrav med ”site-visits” eller ”peer reviews”, det vil sige med en kollegial bedømmelse af den enkelte speciallæges virke på dennes arbejdsplads. Forsøgene er imidlertid hidtil ikke blevet udmøntet i permanente ordninger, idet omkostningerne herved har været fundet for store.

I England har General Medical Council besluttet, at alle engelske speciallæger fra år 2002 skal recertificeres hvert femte år. Det er besluttet, at recertificeringen ikke

skal have karakter af en specialisteksamen. I stedet vil der formentlig blive tale om en form for kollegial bedømmelse (peer review) af, om speciallægen i sit daglige arbejde lever op til de retningslinier, der er fastsat af de videnskabelige selskaber. (Retningslinierne er nedfældet i dokumentet "The Good CPD Guide" / Good Medical Practice).

Individuel registrering af efteruddannelse

I flere lande har man søgt at systematisere den individuelle registrering og planlægning af efteruddannelsesaktiviteter gennem introduktion af elektroniske registreringsprogrammer.

I Canada praktiseres et frivilligt CME program (Maintenance of Competence Program, MOCOMP), som er et fortløbende uddannelsesprogram udformet af The Royal College of Physicians and Surgeons. Programmet er baseret på, at brugeren, speciallægen, styrer sin efteruddannelse ud fra egne behov. Programmet kan karakteriseres som en uddannelseslogbog, der både findes i papirform og som et elektronisk program. På basis af de informationer, der findes i logbogen, og som også indgår i en samlet database, opnår lægen et overblik over elementerne i egen efteruddannelse samt en viden om egne efteruddannelsesaktiviteter i sammenligning med kollegers.

13.3 Den lægelige efteruddannelse i Danmark

I Danmark har der hidtil kun i meget begrænset grad været formelle krav til lægers efteruddannelse. Gennem sidste halvdel af 1990'erne er der imidlertid af de lægelige organisationer og selskaber iværksat en række initiativer med henblik på at udvikle den lægelige efteruddannelse og systematisere dens indhold og omfang.

Den Almindelige Danske Lægeforening besluttede i 1995, at den enkelte læge skulle kunne dokumentere sin efteruddannelse over for en lægelig instans. Praktiserende Lægers Organisation (PLO) vedtog i 1997 den målsætning, at samtlige alment praktiserende læger skal kunne dokumentere, at de har deltaget i efteruddannelse i 50 timer årligt og i 200 timer i løbet af 4 år. Registreringen er påbegyndt i 1999.

En lang række specialeselskaber er aktuelt i færd med at udarbejde forslag til dokumentation og registrering af efteruddannelsen inden for specialet, og flere selskaber har godkendt konkrete forslag. En rundspørge til selskaberne foretaget i februar 2000 viste, at 71 pct. af de i alt 31 selskaber, som havde svaret, havde udar-

bejdet regler og programmer for registrering af efteruddannelsen inden for speciallet eller var i færd hermed. 45 pct. af selskaberne svarede, at der forelå godkendte CME-programmer og regler for speciallet.

Som eksempel kan nævnes, at Dansk Selskab for Intern Medicin i 1998 har udarbejdet en rapport om "Den gode intern medicinske efteruddannelse", der beskriver en flerstrengt model til kvalitetssikring af den faglige efteruddannelse i intern medicin. Modellen baseres primært på støtte til individuel kompetencevurdering, registrering af aktiviteter og information om efteruddannelsesmuligheder.

Dansk Kirurgisk Selskab kan nævnes som eksempel på et selskab, som har udfærdiget et CME-program. En arbejdsgruppe under Dansk Kirurgisk Selskab fremlagde således i september 1999 et forslag om kontinuerlig efteruddannelse i kirurgi (gældende for kirurgi), de (i dag eksisterende) kirurgiske grenspecialer (urologi, kirurgisk gastroenterologi, plastikkirurgi, karkirurgi og thoraxkirurgi) og de kirurgiske subspecialer (endokrin-og mammakirurgi samt børnekirurgi).

Af forslaget fremgår, at kontinuerlig efteruddannelse er en ret og en pligt for alle med speciallægeanerkendelse i kirurgi og/eller kirurgisk grenspeciale, som er aktive i sygehusvæsenet eller speciallægepraksis.

Det anføres, at formålet er at vedligeholde og udvikle den enkelte læges viden og færdigheder, d.v.s. vedkommendes faglige kompetencer. Det nævnes endvidere, at kirurgisk efteruddannelse omfatter praktiske færdigheder og teoretisk viden, (herunder) pædagogiske færdigheder, ledelse og administration samt kommunikation.

Det anbefales i forslaget, at der i løbet af 5 år skal optjenes 250 CME-points, og at der maksimalt kan optjenes 100 points årligt. Det understreges, at kun aktiviteter, der er godkendt af Dansk Kirurgisk Selskab eller et af grenspecialeselskaberne samt er annonceret og kan søges af alle læger, som opfylder de for kurset anførte optagelseskriterier, kan tælle med.

Ifølge forslaget skal registrering og evaluering af den kirurgisk efteruddannelse foretages af et af selskaberne nedsat CME-udvalg, der ligeledes har til opgave at vurdere med hvilken vægt de enkelte efteruddannelsesaktiviteter indgår i uddannelsen, d.v.s. hvor mange points der kan optjenes ved at deltage i en given aktivitet.

Endelig omfatter forslaget nogle overordnede retningslinier for pointgivning for forskellige aktiviteter og en oversigt over den konkrete pointgivning inden for de enkelte gren- og subspecialer.

Et andet eksempel er et CME-program, udarbejdet i 1997 af Dansk Selskab for Onkologi og Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi i fællesskab. Det indgår i programmet, at medlemmerne af de pågældende selskaber årligt registrerer personlige efteruddannelsesaktiviteter og indberetter registreringen til selskaberne. Programmet er opbygget således, at der skal samles CME-points i to kategorier: en kategori som omfatter deltagelse i kongresser og kurser, og en kategori som omfatter varetagelse af underviserfunktion og videnskabelig aktivitet. Der er endvidere mulighed for at samle supplerende points i en tredje kategori, som omfatter varetagelse af vejlederfunktion, studieophold og kursusledelse.

Med henblik på at udstyre den enkelte læge med et værktøj til dokumentation, registrering og planlægning af egen efteruddannelse er der i et samarbejde mellem Den Almindelige Danske Lægeforening og de lægevidenskabelige selskaber udviklet et registreringsprogram, som er afprøvet både i papirform og i et elektronisk registerprogram. Programmet kan løbende forsyne den enkelte læge med en efteruddannelseslogbog og en uddannelsesprofil, der kan sammenlignes med kollegers. Programmet gør det samtidig muligt at danne sig et samlet overblik over lægers efteruddannelse. Programmet er blevet taget i brug først af almen medicin i maj 1999, og efterfølgende er udarbejdet et program, som er tilgængeligt for alle specialer.

Efteruddannelseskurser for læger udbydes primært af Den Almindelige Danske Lægeforening, de lægevidenskabelige selskaber og lægekredsforeningerne.

Aftaler om finansiering af kursusaktivitet og tjenestefrihed i forbindelse med deltagelse i kurser træffes mellem parterne på området.

PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) etablerede i 1995 en Efteruddannelsesfond. Fondens formål er at skabe bedre vilkår for en permanent og bred efteruddannelse for de praktiserende læger. I fonden har hver almen praktiserende læge rådighed over en personlig efteruddannelseskonto, som lægen kan anvende til finansiering af godkendt efteruddannelsesaktivitet. Mens visse kurser er forhåndsgodkendte, kræves der for andre en konkret godkendelse af det faglige indhold. Den faglige godkendelse varetages af de alment praktiserende lægers udvalg for efteruddannelse under Lægeforeningens Uddannelsesfaglige Udvalg (AMAD-EUS). Medlemmerne af AMADEUS udpeges af PLO og Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

For de sygehusansatte læger er det mellem Amtsrådsforeningen og Foreningen af Speciallæger (FAS) aftalt, at de lægelige chefer skal sikres den nødvendige efter-

uddannelse. For overlæger og afdelingslæger er det med henholdsvis FAS og Foreningen af Yngre Læger (FAYL) aftalt, at de af hensyn til den enkeltes faglige udvikling og kvaliteten i patientbehandlingen er sikret deltagelse i efteruddannelse mindst 10 dage årligt.

Fra 1. januar 2000 er alle heltids eller deltids praktiserende speciallæger omfattet af en efteruddannelsesaftale mellem FAS og SFU. Via en særlig fond ydes der tilskud til praktiserende speciallægers efteruddannelse svarende til delvis dækning af tabt arbejdsfortjeneste for 5 klinikdage om året. For hvert af de 16 specialer, som er repræsenteret i speciallægepraksis, er der udarbejdet en ”positivliste” over efteruddannelsesaktiviteter, som berettiger til tilskud. De enkelte lister er udarbejdet af de pågældende speciallægeorganisationer og er efterfølgende godkendt af de to aftalparter.

Det kan endvidere nævnes, at Amtsrådsforeningen og FAS via overenskomsten har afsat midler til brug for de videnskabelige selskabers udvikling af systemer til kvalitetssikring af speciallægers efteruddannelse. Siden ordningen blev etableret i 1997, har det imidlertid været begrænset, hvor mange projekter, der har modtaget støtte. I alt 13 selskaber har hidtil søgt og modtaget støtte via ordningen. Der er ikke mellem parterne aftalt et endemål for ordningen i form af eksempelvis krav om registrering af efteruddannelse eller lignende.

13.4 Kommissionens overvejelser og forslag

Kommissionens forslag til den fremtidige speciallægeuddannelse skal sikre, at kommende speciallæger når et kompetenceniveau, der gør det muligt at levere en høj professionel standard, og at kommende speciallæger bibringes de nødvendige forudsætninger (holdning, viden og færdigheder) for en fortløbende faglig og professionel udvikling.

Det er kommissionens vurdering, at den sundhedsfaglige udvikling vil være dynamisk og præget af stadige omstillingskrav. Det er endvidere vurderingen, at de fleste læger vil komme til at arbejde med specialiets funktioner i et multidisciplinært samarbejde på tværs af de i dag eksisterende rammer.

Kommissionen finder, at en høj professionel standard kun kan opretholdes, hvis alle speciallæger vedligeholder og videreudvikler de faglige kompetencer, der indgår i det af kommissionen foreslåede speciallægekompetencebegreb, og således deltager aktivt i en kontinuerlig og livslang efteruddannelse.

Kommissionen finder, at lægens forpligtelse til at udvikle og vedligeholde sine kompetencer kan opfyldes ved deltagelse i en række forskellige uddannelsesaktiviteter så som f.eks. studieophold ved andre afdelinger, deltagelse i videnskabelige møder og kongresser, kurser, studiegrupper o.l., undervisning, selvstudier m.m..

Kommissionen er bekendt med, at der i mange lande er overvejelser om at indføre et recertificeringssystem med henblik på at sikre, at efteruddannelsen har den tilsigtede effekt.

Det er imidlertid kommissionens vurdering, at det ikke aktuelt vil være hensigtsmæssig at indføre recertificering af danske læger.

Det er således vurderingen, at recertificering indebærer etablering af et kontrolsystem, som vil være meget ressourcekrævende. Det er endvidere vurderingen, at de fleste systemer er behæftet med betydelige metodologiske problemer, idet de som hovedregel ikke er egnede til at måle, om efteruddannelsen har haft den ønskede effekt på de deltagende lægers kliniske praksis. Endelig har det i flere studier af emnet ikke været muligt at påvise en positiv effekt af tvungen efteruddannelse.

Hertil kommer, at det i forbindelse med etablering af et recertificeringssystem må fastlægges, hvilke konsekvenser det skal have, hvis en læge ikke opfylder kriterierne for at opnå recertificering. Dette rejser en række juridiske problemer på såvel det nationale som det internationale niveau.

Det vurderes, at der er behov for at opprioritere den individuelle uddannelsesplanlægning.

Kommissionen finder i den forbindelse, at der er behov for fortsat udvikling af redskaber til brug for den personlige efteruddannelsesplanlægning og opstilling af kriterier og kvalitetskrav til denne planlægning. Eksempelvis kan systematiske og strukturerede medarbejdersamtaler bidrage til den personlige efteruddannelsesplanlægning.

Kommissionen forudsætter, at alle læger har ret og pligt til at vedligeholde og udvikle sine kompetencer. Kommissionen finder på den baggrund:

- At alle læger skal have mulighed for at deltage i en livslang kontinuerlig efteruddannelse.
- At den lægelige efteruddannelse skal (kunne) dokumenteres.

- At den enkelte læge selv skal være ansvarlig for at sikre og forestå dokumentationen af efteruddannelsen.

Kommissionen anbefaler på baggrund af ovenstående:

- At der ikke aktuelt etableres et recertificeringssystem i Danmark.
- At erfaringerne fra såvel det hollandske som det engelske recertificeringssystem følges nøje og drøftes i det nationale råd for lægers videreuddannelse.
- At den lægelige efteruddannelse kvalitetssikres, og at kvalitetssikring af den specialespecifikke efteruddannelse forankres i de videnskabelige selskaber.
- At arbejdet med udvikling af metoder til kvalitetssikring/akkreditering af efteruddannelsesaktiviteter fortsættes.
- At det igangværende arbejde med udvikling af metoder og værktøjer, der gør det muligt for den enkelte læge at dokumentere efteruddannelsen, fortsættes.

14 Lovgivningsmæssige, administrative og økonomiske konsekvenser

I det følgende kapitel behandles de lovændringer og administrative samt økonomiske konsekvenser, som følger af Speciallægekommissionens anbefalinger.

14.1 Lovændringer og administrative konsekvenser

14.1.1 Etablering af nationalt råd for lægers videreuddannelse

Kommissionen anbefaler, at der etableres et nationalt råd for lægers videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen varetager sekretariatsbetjeningen af rådet.

Kommissionen anbefaler, at sundhedsministeren tilvejebringer det nødvendige regelgrundlag for det nationale råds etablering og virksomhed.

Etableringen af et nationalt råd for lægers videreuddannelse vil efter kommissionens vurdering indebære, at Specialistnævnet samt Kontaktforum for lægelig grund- og videreuddannelse skal nedlægges. Specialistnævnet er etableret med hjemmel i lægeloven, og en nedlæggelse vil derfor kræve en ændring af denne. Ligeledes vil Bekendtgørelse om Specialistnævnets sammensætning, Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 568 af 20. juni 1996 og Bekendtgørelse om forretningsorden for Specialistnævnets virksomhed, Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 664 af 5. juli 1996, skulle ophæves.

14.1.2 Etablering af regionale videreuddannelsesråd

Kommissionen anbefaler, at der etableres tre regionale videreuddannelsesråd. Rådene skal varetage en række administrative opgaver vedr. tilrettelæggelsen af den lægelige videreuddannelse i regionerne.

Det anbefales endvidere, at der i hver uddannelsesregion etableres en klinisk-pædagogisk-udviklende funktion, og ansættes et antal postgraduate kliniske lektorer og professorer.

Kommissionen anbefaler, at sundhedsministeren tilvejebringer det nødvendige regelgrundlag for de regionale råds etablering og virksomhed.

14.1.3 Etablering af råd for lægelig videreuddannelse i amterne/H:S

Kommissionen anbefaler, at der i hvert amt/H:S nedsættes et videreuddannelsesråd, og at Sundhedsstyrelsen efter drøftelse i det nationale råd for lægers videreuddannelse fastlægger et kommissorium for rådene.

14.1.4 Bekendtgørelser vedr. den lægelige videreuddannelse

En række af kommissionens anbefalinger indebærer, at de eksisterende bekendtgørelser vedr. den lægelige videreuddannelse må revideres, ligesom der eventuelt vil kunne være behov for udstedelse af nye bekendtgørelser på området.

Følgende anbefalinger og tiltag forudsætter efter kommissionens vurdering en ændring i det eksisterende regelgrundlag:

- Udarbejdelse af konkrete uddannelsesbestemmelser for hvert speciale på grundlag af reviderede målbeskrivelser og kommissionens anbefalinger om videreuddannelsens fremtidige opbygning og indhold.
- Ændring af enkeltstillingsklassifikationen under hensyn til at hovedparten af speciallægeuddannelsen fremover skal baseres på længerevarende og sammenhængende forløb, herunder for visse specialers vedkommende med ophold i speciallægepraksis.
- Udarbejdelse af retningslinier for forskningstræning som integreret del af speciallægeuddannelsen. Der opstilles en række forskningsmæssige kompetencemål, der skal være opfyldt af alle kommende speciallæger, og det anbefales, at der afsættes 12 uger til forskningstræning.
- Standardisering og systematisering af inspektorordningen i lyset af, at kommissionen anbefaler, at ordningen gøres obligatorisk.

Det vurderes, at der umiddelbart vil være behov for ændringer i følgende bekendtgørelser:

Bekendtgørelse om uddannelse til selvstændigt virke som læge, Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 657 af 20. september 1990.

Bekendtgørelse om speciallæger, Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 af 27. juni 1996.

Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger, Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 654 af 3. juli 1996.

Bekendtgørelse om lægers adgang til at opnå turnusstillinger, Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 279 af 17. april 1997.

Kommissionen anbefaler, at Sundhedsministeriets og Sundhedsstyrelsens udkast til kommende regelændringer forelægges og drøftes i det nationale råd for lægers videreuddannelse.

14.1.5 Vejledninger og retningslinier vedr. den lægelige videreuddannelse

Kommissionens anbefalinger vedr. de fremtidige målbeskrivelser, evalueringssystemet og generel pædagogisk oprustning lægger op til en revision af eksisterende vejledninger og retningslinier vedr. den lægelige videreuddannelse.

Det omfatter efter kommissionens vurdering i første række følgende anbefalinger og tiltag:

- Udarbejdelse af national standard for vejlederfunktionen.
- Etablering af kurser for vejledere og praksistutorer.
- Udarbejdelse af national standard for de uddannelsesansvarlige overlægers funktion.
- Etablering af kurser for uddannelsesansvarlige overlæger og praksiskoordinatorer.
- Ændring af proceduren for faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger.
- Udarbejdelse af ”operationelle målbeskrivelser”.
- Etablering af obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse og administration samt samarbejde og pædagogik.

- Revision af specialespecifikke kurser.
- Udformning af uddannelseslogbøger.

Sundhedsstyrelsen varetager iværksættelsen og fastlægger indholdet i de nævnte tiltag på grundlag af kommissionens anbefalinger herom og efter drøftelse i det nationale råd for lægers videreuddannelse. De lægelige specialer inddrages i det fornødne omfang, navnlig i forbindelse med udformning af målbeskrivelser, fastlæggelse af indholdet i de specialespecifikke kurser og kursernes indplacering i uddannelsesforløbet.

Der er tale om en række nyskabelser, som bør indarbejdes i de gældende vejledninger og retningslinier på området. Efter kommissionens vurdering er der umiddelbart behov for ændringer i følgende vejledninger:

”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse”, Sundhedsstyrelsen 1998.

”Vejledning om faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger”, Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 107 af 4. juli 1997.

”Vejledning i udarbejdelse af målbeskrivelser for den lægelige videreuddannelse”, Sundhedsstyrelsen 1995.

14.2 Økonomiske konsekvenser

14.2.1 Generelle betragtninger

Kommissionen har, i det omfang den har fundet det muligt, forsøgt at anslå de økonomiske konsekvenser af kommissionens forslag.

Det har for en række af de anbefalede tiltag ikke været muligt at foretage en nøjagtig beregning af de økonomiske konsekvenser. Vanskeligheden knytter sig i den forbindelse især til usikkerhed om det forbrug af lægelig arbejdskraft, som vil medgå til at realisere kommissionens enkelte forslag.

Hvor ikke andet er anført, er de økonomiske overslag beregnet med den forudsætning, at der er 500 uddannelsessøgende læger på hver årgang af den lægelige videreuddannelse. Der forudsættes endvidere en lønsats svarende til gennemsnitsløn-

nen for en læge, som har været færdiguddannet i 5 år, idet den gennemsnitlige kandidatalder for læger ansat i et hoveduddannelsesforløb forventes at blive 5 år.

Kommissionen er opmærksom på, at den fremtidige udvikling i de udgifter, som følger af kommissionens forslag, er betinget af den fremtidige udvikling i antallet af uddannelsessøgende læger. En øget produktion af medicinske kandidater vil således medføre en stigning i de udgifter, som knytter sig til uddannelsesopgaven.

Der forventes at være økonomiske konsekvenser - i form af henholdsvis merudgifter og besparelser - for både sygehusejerne og de statslige myndigheder. Kommissionen har ikke noget samlet bud på nettoresultatet for parterne og tager desuden ikke stilling til, hvordan de forskellige anbefalede tiltag skal finansieres.

Kommissionen forudsætter, at spørgsmålet om finansiering afklares mellem de relevante parter. Kommissionen kan pege på den mulighed, at f.eks. 10-15 pct. af de kommende års realvækst i sygehusevæsenet afsættes til kvalitetsforbedringer af den lægelige videreuddannelse. Ved en videreførelse af de seneste års realvækst ville dette over en periode på 4-5 år i takt med de praktiske muligheder for at gennemføre forbedringerne give et økonomisk løft på over 200 mio. kr., hvilket efter kommissionens vurdering vil være nødvendigt, hvis kommissionens anbefalinger skal have den ønskede effekt.

14.2.2 Tilrettelæggelse af den kliniske videreuddannelse

En række af kommissionens anbefalinger omhandler muligheden for gennem en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse at bidrage til, at arbejdstiden i klinikken udnyttes uddannelsesmæssigt optimalt.

Kommissionen anbefaler i den forbindelse bl.a., at arbejdstilrettelæggelsen og arbejdsdelingen skal sigte mod, at relevante krydspunkter opnås så hyppigt som muligt. Herved forstås bl.a., at tilrettelæggelsen af kliniske funktioner som stuegang, ambulatorievirksomhed, operativ virksomhed m.v. sker med henblik på, at den uddannelsessøgende sikres muligheder for at udføre disse arbejdsopgaver under supervision.

Anbefalingen indebærer bl.a., at der vil være behov for dobbeltdækning med læger på visse funktioner. Det vurderes på den baggrund, at der som konsekvens vil skulle anvendes mere lægetid til uddannelsesaktiviteter, og at der følgelig fremover vil være en vis merudgift til lægelønninger.

Det er samtidig vurderingen, at der ikke på det foreliggende grundlag kan foretages en tilstrækkeligt valid beregning af størrelsen af det merforbrug af lægetid, som vil skulle anvendes til uddannelsesformål som følge af kommissionens anbefalinger.

Der foreligger således hverken valide undersøgelser af det nuværende tidsforbrug til uddannelse i de uddannelsesgivende afdelinger eller undersøgelser af, hvad der må betragtes som optimalt i relation til den uddannelsestid, som bør anvendes i de forskellige uddannelsesfaser inden for de forskellige specialer.

Det er især vanskeligt at skelne mellem aktiviteter, der må betegnes som ren klinisk ”produktion”, og aktiviteter, som tillige har uddannelsesmæssigt indhold. I mange tilfælde vil en sådan skelnen ikke give mening, idet en given klinisk aktivitet oftest vil have et indhold af begge typer.

Ressourcekravet vedrørende den lægelige videreuddannelse vil ikke mindst afhænge af udviklingen i antallet af læger og fordelingen mellem uddannelsessøgende og uddannelsesgivende læger.

Udviklingen i forholdet mellem antallet af faste speciallæger og læger i tidsbegrænsede stillinger (læger under uddannelse) i de senere år har alt andet lige styrket mulighederne for at yde superviseret undervisning. Som omtalt i kapitel 3 har forholdet mellem antallet af faste speciallæger og læger i tidsbegrænsede stillinger i sygehusvæsenet i løbet af perioden 1983-1999 ændret sig fra 1:3 til 1:1. Ser man på det samlede sundhedsvæsen er forholdet mellem speciallæger og ikke-speciallæger i dag i størrelsesordenen 2:1.

I de kommende år forventes en stigning i antallet af læger, der skal have videreuddannelse. I 1999 blev 441 kandidater færdige fra universiteterne. Dette tal forventes at stige til ca. 750 i år 2005.

I samme periode må der ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognose forventes et fald i antallet af erhvervsaktive speciallæger, hvilket bl.a. skyldes, at en stor pukkel af læger, der blev uddannet i 1970'erne, går på pension.

Det må således forventes, at der inden for de førstkomende år vil være færre potentielle uddannelsesgivende læger til at varetage den kliniske videreuddannelse, mens der til gengæld vil være flere uddannelsessøgende læger. Det vil dog være muligt i et vist omfang at inddrage flere speciallæger til uddannelsesfunktioner,

herunder speciallæger i almen praksis (uddannelsen i almen medicin) og speciallægepraksis (uddannelsen i oftalmologi, otologi og dermatologi).

Der er i dag ca. 600 ubesatte lægestillinger på landsplan, og der forventes ikke arbejdsløshed blandt læger inden for en overskuelig fremtid. Umiddelbart må kommissionens anbefalinger derfor først og fremmest søges realiseret med de erhvervsaktive læger, som findes i dag.

Det er da også kommissionens vurdering, at det uddannelsesmæssige indhold i den kliniske hverdag kan styrkes betydeligt med en ændret og mere målrettet arbejds- og uddannelsestilrettelæggelse. Endvidere vil en generel synliggørelse og opgradering af uddannelsesopgaven, sådan som kommissionen lægger op til, kunne medvirke til, at uddannelsespotentialiet i den kliniske hverdag udnyttes bedst muligt.

Et af de instrumenter, som kommissionen anbefaler i den forbindelse, er uddannelses-budgettering og -kontrakter, der fastlægger den uddannelsesgivende afdelings opgaver og forpligtelser inden for en given økonomisk ramme. Kommissionen er opmærksom på, at uddannelsesbudgettering rejser betydelige praktiske vanskeligheder.

Tilsvarende vil den generelle pædagogiske oprustning af den lægelige videreuddannelse, som kommissionen lægger op til (målbeskrivelser, kompetencemåling osv.), kunne medvirke til, at uddannelsesudbyttet af de ressourcer, der er investeret, bliver det bedst mulige.

Det bør endvidere indgå i overvejelserne om de økonomiske konsekvenser af kommissionens anbefalinger, at den positive virkning af en række anbefalinger i nogen grad vil kunne opveje den forventede stigning i uddannelsesomkostningerne.

For det første vil en samling af uddannelsen i ét sammenhængende forløb medføre, at ressourcer, der af den uddannelsesansvarlige afdeling/enhed er investeret i den uddannelsessøgende i de tidlige faser af uddannelsen, giver et afkast i de senere faser, hvor den uddannelsessøgende er mest ”produktiv”.

For det andet er det vurderingen, at speciallægeuddannelsens opbygning i ét sammenhængende forløb kan forventes at medvirke til et fald i den reelle uddannelses-tid for speciallæger.

Et generelt fald i uddannelsestiden for speciallæger vil alt andet lige medføre, at uddannelsesomkostningerne pr. speciallæge vil falde. På den anden side har en færdiguddannet speciallæge en højere løn, som må antages at afspejle, at en speciallæge typisk er mere produktiv end en læge under uddannelse.

Det er endelig værd at bemærke, at udviklingen i forholdet mellem antallet af faste speciallæger og læger under uddannelse som nævnt har styrket mulighederne for at yde superviseret undervisning. Det forventede fald i den reelle uddannelsestid for speciallæger vil kunne understøtte denne udvikling.

Sammenfattende vurderer kommissionen, at der vil skulle anvendes mere lægetid til supervision og vejledning, og at der derfor vil være en vis merudgift til lægelønninger. Udgifterne hertil må forventes at udgøre en betydelig andel af det økonomiske løft, som kommissionen foreslår under afsnit 14.2.1.

Kommissionen anbefaler, at parterne på området på baggrund af kommissionens overvejelser drøfter og i fællesskab søger at fastlægge et niveau for det nødvendige forbrug af lægetid på uddannelsesaktiviteter. En nærmere afklaring af de praktiske økonomiske konsekvenser vil kunne tage afsæt heri.

14.2.3 Etablering af det nationale videreuddannelsesråd

Det nationale råd for lægers videreuddannelse er som nævnt tiltænkt en central rolle i forbindelse med iværksættelse og implementering af kommissionens anbefalinger. Kommissionen lægger stor vægt på, at dens anbefalinger implementeres inden for en kortere årrække. Kommissionen er i den forbindelse opmærksom på, at der i implementeringsfasen vil blive stillet betydelige krav til Sundhedsstyrelsens betjening af rådet, ligesom der i denne fase bl.a. skal udformes nye uddannelsesbestemmelser og målbeskrivelser samt i tilknytning hertil ske revision af en række vejledninger og bekendtgørelser. Endvidere medfører den anbefalede ændring af klassifikationssystemet, at der i en overgangsperiode vil være et ”dobbeltsystem”, hvorfor der i denne periode vil være et øget ressourceforbrug i Sundhedsstyrelsen til administration af ordningen.

14.2.4 Etablering af regionale videreuddannelsesråd

Kommissionen anbefaler, at der i tilknytning til de regionale videreuddannelsesråd etableres et sekretariat. Sekretariatet skal yde generel betjening af rådet, herunder medvirke til iværksættelse af de fra rådet udgående initiativer.

Kommissionen anbefaler ligeledes, at der i hver af de tre uddannelsesregioner etableres en klinisk-pædagogisk-udviklende funktion, der refererer til det regionale videreuddannelsesråd, og at der i tilknytning til funktionen ansættes et antal postgraduate kliniske lektorer og professorer.

Kommissionen tillægger det stor betydning, at den klinisk-pædagogisk-udviklende funktion i regionerne vægtes højt. Kommissionen er opmærksom på, at aktiviteten og dermed ressourceforbruget inden for dette område vil variere med muligheder og ambitioner i de enkelte regioner.

Forslaget om ansættelse af postgraduate kliniske lektorer og professorer indebærer som udgangspunkt, at der i hver region skal ansættes postgraduate kliniske lektorer inden for de specialer, der i den pågældende region indgår i den lægelige videreuddannelse, mens der som udgangspunkt kun ansættes 1 postgraduat klinisk professor pr. region. Formodentlig kan det inden for visse af de store specialer blive aktuelt at ansætte mere end 1 lektor pr. region, mens 1-2 lektorer inden for visse af de små specialer vil kunne dække behovet i hele landet. Under denne forudsætning vil der således skulle ansættes ca. 120 kliniske lektorer og 3 professorer.

Kommissionens forslag vedrørende etablering af regionale videreuddannelsesråd, herunder den klinisk-pædagogisk-udviklende funktion samt de postgraduate kliniske lektorer og profesorer, skønnes at ville medføre en udgift i størrelsesordenen 20 mio. kr.

En række etablerings- og driftsomkostninger, såsom udgifter til lokaler, EDB-udstyr m.v., er ikke medtaget i skønnet. Endvidere bemærkes det, at der ikke er taget højde for, at de regionale videreuddannelsesråd, herunder sekretariaterne, vil komme til at varetage en række opgaver, som også med den nuværende opgavefordeling varetages regionalt eller amtsligt, hvorfor udgifterne hertil kan modregnes i de ovenfor anførte udgifter. Endelig er der ikke taget højde for udgifter til eventuel kompensation for de postgraduate kliniske lektorers frigørelse fra kliniske opgaver.

Det er kommissionens vurdering, at der er behov for flere læger med en faglig profil, der er tilstrækkeligt pædagogisk funderet til at løfte de pædagogiske opgaver, som kommissionen lægger op til, herunder opgaven som drivkraft i den pædagogisk-udviklende funktion. Kommissionen vil på den baggrund foreslå, at der med henblik på at styrke den pædagogiske udvikling både præ- og postgraduat afsættes midler til etablering af en dertil egnet uddannelse.

14.2.5 Målbeskrivelser

Kommissionen anbefaler, at der som en højt prioriteret opgave inden for alle specialer udarbejdes konkrete og operationelle målbeskrivelser, som bl.a. beskriver de mål og kompetencer, der indgår som bestanddele af målene samt anviser metoder til evaluering af de kompetencer, der skal erhverves i løbet af uddannelsen. Det anbefales endvidere, at der udarbejdes uddannelseslogbøger, som skal følge de uddannelsessøgende gennem videreuddannelsen og bl.a. medvirke til en systematisering af kompetenceudviklingen. Kommissionen forventer, at logbøgerne i vidt omfang vil være computerbaserede.

Der vil på den baggrund skulle iværksættes et udviklingsarbejde med henblik på revision af de eksisterende målbeskrivelser og udarbejdelse af logbøger. Det er kommissionens vurdering, at der vil være behov for en løbende dialog med de videnskabelige selskaber. Det anbefales i den forbindelse, at der indgås aftale med en eller flere personer inden for hvert speciale om mod honorar at udarbejde forslag til reviderede målbeskrivelser og uddannelseslogbøger i lyset af kommissionens anbefalinger, samt at der i denne proces stilles pædagogisk assistance til rådighed for de pågældende.

Det anslås, at den samlede udgift til de nævnte initiativer vil være i størrelsesordenen 4 mio. kr.

14.2.6 Kompetencemåling

Kommissionen anbefaler, at der fremover foretages en systematisk måling af kompetenceudviklingen hos uddannelsessøgende læger, og at denne har karakter af en fortløbende og konsekvenshavende evaluering.

Der er tale om en kvalitetsudvikling af en aktivitet, som de uddannelsesgivende afdelinger også i det nuværende system varetager (jf. "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse", Sundhedsstyrelsen, 1998).

Kommissionens forslag indebærer en intensivering af evalueringen og dens metoder. Med henblik på introduktion og implementering af kommissionens anbefaling vil der være behov for en pædagogisk oprustning - i form af kurser, temadage eller workshops - af vejledere/praksistutorer og uddannelsesansvarlige overlæger/praksiskoordinatorer, som vil få det praktiske ansvar for kompetencemålingen. Opgaven skal endvidere ses i sammenhæng med den generelle pædagogiske oprustning, bl.a. i relation til udvikling og implementering af "den operationelle målbeskrivel-

se". Denne oprustning vil kræve yderligere ressourcer, men omfanget heraf kan først vurderes, når der er gennemført en revision af de eksisterende målbeskrivelser.

14.2.7 Inspektorordningen

Kommissionen anbefaler, at inspektorordningen gøres obligatorisk, således at den omfatter alle de afdelinger, der varetager videreuddannelse af læger. Det anbefales endvidere, at der sker en videreudvikling af ordningen, herunder bl.a. en standardisering og systematisering.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en følgegruppe for inspektorordningen, som bl.a. har til opgave at rådgive om ordningens fremtidige udformning. Følgegruppen gennemførte i 1999 en evaluering af ordningen. Resultatet af evalueringen vil sammen med Speciallægekommisionens anbefalinger danne grundlag for følgegruppens arbejde med revision af Inspektorordningen.

I en fremtidig obligatorisk ordning vil udgiften afhænge af antallet af afdelinger (ca. 525) og besøgsfrekvens på den enkelte afdeling. Den foreløbige vurdering i følgegruppen er, at et besøg hvert tredje år vil være passende. Kommissionen anslår på den baggrund, at de samlede udgifter vil være i størrelsesordenen 3-5 mio. kr. årligt.

Der er i det nævnte beløb ikke medregnet udgifter til frikøb af inspektorer. Denne udgift afholdes med den nuværende ordning af det amt, hvor den pågældende inspektor er ansat. Den fremtidige finansiering vil skulle aftales mellem parterne, når følgegruppen er fremkommet med et forslag til inspektorordningens fremtidige udformning.

14.2.8 Færdighedslaboratorier

Kommissionen anbefaler, at sygehusejerne tager de fornødne skridt til at sikre, at de uddannelsessøgende har adgang til færdighedslaboratorier i det omfang, det forudsættes i målbeskrivelserne.

Færdighedslaboratorier er i dag etableret i Sønderjyllands og Ribe amter og i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Vejle og Fyns amter ventes at etablere færdighedslaboratorier til ibrugtagning henholdsvis medio 2000 og januar 2001.

Skal kommissionens anbefaling følges, vil der efter alt at dømme skulle etableres

yderligere en række færdighedslaboratorier. Hvor mange afhænger dels af indholdet af de fremtidige målbeskrivelser, dels af laboratoriernes dækningsgrad, som rent geografisk kan variere.

Kommissionen forudsætter, at der i relation til udbygningen af antallet af færdighedslaboratorier sker en faglig og kapacitetsmæssig koordinering mellem regionerne - herunder med den regionalt forankrede klinisk-pædagogisk-udviklende funktion - og de lægevidenskabelige fakulteter i regionerne. Ligeledes bør der ske en koordination på tværs af de forskellige specialer.

Udgiften til etablering og drift af færdighedslaboratorier vil variere med den geografiske dækningsgrad, driftsform, ambitionsniveau m.v.

14.2.9 Forskningstræning

Kommissionen anbefaler, at forskningstræning indgår som en integreret del af speciallægeuddannelsen. Der skal i løbet af hoveduddannelsen afsættes 12 uger til forskningstræning. Den afsatte tid skal primært anvendes til opstilling af det valgte forskningsprojekt samt udarbejdelse af rapport. Indsamling af data forventes at kunne ske sideløbende med det kliniske arbejde.

Det er kommissionens vurdering, at udgifterne til 12 ugers fritagelse for klinisk arbejde vil være ca. 40 mio. kr. pr. årgang.

Vejlederfunktionen i forbindelse med forskningstræning skønnes at omfatte ca. 25 vejledningstimer pr. forløb, svarende til et beløb i størrelsesordenen 5 mio. kr. på landsplan.

14.2.10 Kurser i den lægelige videreuddannelse

Kommissionen anbefaler, at der etableres obligatoriske tværfaglige kurser i kommunikation, ledelse og administration, pædagogik og forskningsmetodologi. Kommissionen anbefaler, at der samlet afsættes ca. 4 uger (20 dage) til sådanne kurser.

Under forudsætning af, at der er tale om internatkurser skønnes det, at kursusudgiften vil være ca. 1.200 kr. pr. deltager pr. dag. Med et deltagerantal på 500 vil den årlige udgift være 12 mio. kr.

Yngre lægers overenskomst giver ret til betalt frihed til deltagelse i de teoretiske

kurser, som indgår i den lægelige videreuddannelse. Det bør således være muligt i løbet af uddannelsen at afvikle de nævnte tværfaglige kurser inden for de i overenskomsten fastsatte rammer.

Der er i dag årligt afsat 14,5 mio. kr. til den formaliserede teoretiske uddannelse.

Under forudsætning af at fraværet fra det kliniske arbejde er uændret, vil de samlede udgifter til de specialespecifikke kurser (herunder færdighedskurser) være ca. 15 mio. kr.

Samlet vil den årlige udgift til tværfaglige og specialespecifikke kurser være i størrelsesordenen 27 mio. kr., hvilket svarer til en merudgift på 12,5 mio. kr.

Det bør efter kommissionens opfattelse ske en konkret vurdering af, hvorvidt de enkelte kurser nødvendigvis skal tilrettelægges som internatkurser. Tilsvarende bør muligheden for at tilrettelægge internet- eller computerbaserede kurser overvejes.

14.2.11 Kurser i bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger

Kommissionen anbefaler, at der etableres kurser i §-14 bedømmelse. Specialerne forudsættes i den forbindelse at råde over en gruppe af speciallæger, som kan deltage i bedømmelsesudvalg. Sundhedsstyrelsen arrangerer og har ansvaret for kurserne. Sundhedsstyrelsen skal således fortsat sikre, at bedømmelserne lever op til en national standard.

Det anslås, at de større specialer som hovedregel bør råde over 6 §14-bedømmere. For de mindre specialer vurderes det, at behovet vil være dækket ved 3 bedømmere.

Kommissionen skønner, at der samlet vil være en udgift i størrelsesordenen 0,2 mio. kr. til uddannelse af et korps af §14-bedømmere. Der vil i det væsentlige være tale om en etableringsudgift, men løbende udskiftninger må naturligvis påregnes.

Det bør overvejes, om der er mulighed for, at kurserne - eller dele heraf - alternativt kan gennemføres som internet- eller computerbaserede kurser.

14.2.12 Kurser for vejledere og praksistutorer

Kommissionen anbefaler desuden, at der etableres obligatoriske kurser for vejle-

dere/praksistutorer i pædagogisk metode og kommunikation. Samtidig anbefales det, at der etableres en uddannelse for uddannelsesansvarlige overlæger/praksiskoordinatorer, og at gennemførelse af en sådan på sigt gøres til en forudsætning for ansættelse som uddannelsesansvarlig overlæge/praksiskoordinator.

Alle uddannelsessøgende tilbydes basale kurser i pædagogik og vejledning. Herudover skønnes yderligere 50 uddannelsessøgende at ville have behov for videreuddannelse af mere avanceret karakter. Der tænkes i denne sammenhæng på kurser rettet mod ansættelse som uddannelsesansvarlige, lektorer og lignende. De samlede udgifter til kurser for vejledere og praksistutorer anslås til ca. 5 mio. kr. årligt.

14.2.13 Uddannelsen i speciallægepraksis

Kommissionen peger på, at videreuddannelsen for hudlæger, øre-, næse- og halslæger og øjenlæger skal omfatte ophold i speciallægepraksis. En mulig tilrettelæggelse af opholdet i speciallægepraksis kunne være at opretholde ansættelsen ved den uddannelsesansvarlige enhed i sygehusvæsenet. Lønnen afholdes i denne model af sygehusvæsenet.

Nettobetaling for indretning af arbejdsplads, instruktion og aflastning aftales som del af en tutoraftale med de speciallægepraksis, som ønsker at deltage. Den obligatoriske videreuddannelse i speciallægepraksis vil omfatte 15-20 årsværk. Hvis disse finansieres som dækning af lønudgiften vil den årlige udgift skønsmæssigt blive 7-10 mio. kr.

Lønudgiften til den uddannelsessøgende i speciallægepraksis modsvarer i et vist omfang af en aktivitetsøgning i speciallægepraksis.

14.2.14 Uddannelsen i almen medicin

Kommissionen foreslår, at uddannelsesforløbet i almen medicin ændres. Ændringen medfører, at uddannelsen i almen medicin forlænges med 18 måneder, som skal anvendes til ansættelse som uddannelsesamanuensis inden for specialet.

En beregning af de økonomiske konsekvenser må baseres på, at der som følge af ændringen skal etableres forløb som introduktionsamanuensis (6 mdr.) og uddannelsesamanuensis (12 mdr). Sundhedsstyrelsen har udmeldt, at der pr. 1. januar 2001 skal være 160 uddannelsesforløb i almen medicin for at opveje den øgede af-

gang, som i de kommende år vil være konsekvensen af aldersfordelingen inden for faget.

Ved 160 blokforløb er der således en merudgift til introduktionsdelen (5. årskandidat) på 39,5 mio. kr. (af hensyn til behovet for fleksibilitet regnes her med 200 stillinger), mens der til selve uddannelsesdelen (1. reservelæge) vil være en merudgift på 77 mio. kr. Ændringen vil således medføre en merudgift på i alt 116,5 mio. kr. Hertil kan komme eventuelle udgifter til den praktiske indretning af ekstra arbejdspladser.

Den nævnte merudgift er ikke indeholdt i den størrelsesorden for merudgifter, som kommissionen anslår i afsnit 14.2.1.

Der er i beregningen ikke taget højde for, at en overflytning af en relativt større del af uddannelsesforløbet til almen praksis vil medføre en besparelse på lønudgifterne på sygehusene. Tilsvarende indgår det ikke i beregningen, at ændringen vil medføre en forøget aktivitet i almen praksis.

14.3 Iværksættelse af kommissionens anbefalinger

Arbejdet med at udmønte kommissionens anbefalinger bør sættes i værk snarest muligt. Det er kommissionens vurdering, at dens anbefalinger kan iværksættes over af en tre-årig periode under forudsætning af, at der afsættes de fornødne ressourcer hertil.

Det nationale råd for lægers videreuddannelse er tiltænkt en central rolle i iværksættelsen af kommissionens anbefalinger. Det er imidlertid kommissionens opfattelse, at en række tiltag ikke bør afvente, at det nationale råd er etableret. Forarbejdet i forbindelse med den anbefalede revision af målbeskrivelser og teoretiske kurser samt udarbejdelse af logbøger bør således påbegyndes snarest muligt, idet målbeskrivelserne skal være udarbejdet og godkendt, inden den anbefalede revision af uddannelsesbestemmelserne kan påbegyndes.

En ændring af Lægeloven med henblik på etablering af det nationale råd for lægers Videreuddannelse kan efter kommissionens vurdering være gennemført med udgangen af 2000.

I tabel C vises kommissionens skitse til opgaveansvar og tidsfølge for iværksættelse af dens anbefalinger. Skitsen viser, i hvilken rækkefølge de anbefalede tiltag tænkes gennemført. Kommissionen forventer dog, at iværksættelse og gennem-

førelse af tiltag i de forskellige faser kan overlape hinanden, hvor dette er hensigtsmæssigt.

Tabel C. Skitse til opgaveansvar og tidsfølge for iværksættelse af Speciallægekommissionens anbefalinger:

| Ansvarlig | Fase 1 | Fase 2 | Fase 3 | Fase 4 | Fase 5 |
|----------------------------|---|--|---|---|---|
| Sundhedsministeriet | Ændring af lægelov | Bekendtgørelse vedr. det nationale råds etablering og virksomhed. | | | Bekendtgørelse om speciallæger. |
| Sundhedsstyrelsen | Revision af vejl. for § 14-bedømmelse Revision af inspektorordningen. Udarbejdelse af paradigmer for målbeskrivelse. Udarbejdelse af paradigme for logbog. | Bekendtgørelse vedr. forretningsordenen for det nationale råd. Udarbejdelse af retningslinier for forsknings- og træning. Udarbejdelse af retningslinier for tværfaglige kurser. | Udarbejdelse af kommissorium for amtslige råd. Udarbejdelse af kommissorium for regionale råd. Revision af målbeskrivelser Udarbejdelse af standard for vejledere. | Revision af "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse." Revision af specialespecifikke kurser. Revision af uddannelsesbestemmelser. Etablering af tværfaglige kurser. Udarbejdelse af logbog. | Kursus for § 14-bedømmelse. Bekendtgørelse vedr. evaluerings-systemet. Bekendtgørelse vedr. uddannelse til speciallæge. |
| Amterne/H:S | | | Etablering af regionale råd. Justering af amtslige råd. Etablering af færdighedslaboratorier. Etablering af uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse. | | Kursus for vejledere. Kursus for uddannelsesansvarlige overlæger. |

15 Mindretalsudtalelser

4 medlemmer af kommissionen har afgivet mindretalsudtalelser:

15.1 Sundhedsfaglig direktør Lone de Neergaard:

“Kommentarer til endeligt udkast til betænkning fra Speciallægekommisionen, april 2000.

Speciallægekommisionens betænkning er et væsentligt bidrag til at opnå den styrkelse af kvaliteten i den lægelige videreuddannelse, som alle er enige om er ønskelig og nødvendig. Betænkningen indeholder anbefalinger af vidt forskellig karakter og omfatter en række elementer og facetter i videreuddannelsen. Samlet giver betænkningen et godt grundlag for det videre arbejde. Jeg støtter til fulde og ser frem til iværksættelsen af forslagene - idet det forudsættes, at de nødvendige rammer tilvejebringes på centralt og decentralt niveau.

Jeg finder det imidlertid problemfyldt, at kommissionen kun har behandlet en mindre del af specialerne, og at en konkretisering af det principielle forslag med henblik på vurdering af hensigtsmæssigheden ikke er gennemført. Der udestår således et endog overordentlig stort arbejde, før et samlet forslag til den fremtidige speciallægeuddannelse foreligger.

På et enkelt punkt finder jeg, at anbefalingerne med stor sandsynlighed vil medføre større problemer end fordele. Det vedrører forslaget om at nedlægge intern medicin som speciale.

Jeg finder, at det er væsentligt at fastholde den fokusering på behandling af og udvikling inden for de almindelige brede medicinske sygdomme, som er sket generelt over de sidste 5-10 år. Intern medicin er andet og mere end blot summen af grenspecialerne. En styrkelse af intern medicin bør ske både gennem den organisatoriske tilrettelæggelse af varetagelsen af de medicinske opgaver og gennem videreuddannelsen til speciallæge.

Som en konsekvens af denne tankegang, der er baseret på betragtninger om de medicinske sygdommes karakter og forløb, etablerede H:S som et væsentligt element i Sygehusplan H:S 2000 medicinske centre på de fire lokale hospitaler. Sammenhængen i intern medicin afspejles både i dagtiden i samarbejdet mellem klinikkerne i medicinsk center og i vagttiden gennem fælles vagt for medicinsk center på flere niveauer.

De første års erfaringer viser, at denne omstilling giver fordele i form af bedre patientforløb og bedre videreuddannelse for yngre læger. Erfaringerne viser imidlertid også, at det ikke er uden problemer at opnå og fastholde denne opgavefordeling mellem intern medicin og grenspecialerne, samt at sikre at speciallægerne har den fornødne brede kompetence til at kunne varetage både intern medicinske og grenspecialiserede funktioner. Baggrunden herfor er, at der på alle niveauer i lægegruppen er større fokus på grenspecialerne end på den fælles intern medicinske funktion.

Jeg er opmærksom på, at formålet med ”common trunk” for de medicinske specialer har til formål at sikre det fælles element i uddannelserne. Spørgsmålet er imidlertid, om fællesmængden kan fastholdes i det fornødne omfang inden for den givne tidsramme i konkurrence med de fortsat øgede krav til omfanget af det grenspecialiserede element. Dette vil ikke ske af sig selv, men forudsætter en endog meget stærk central styring. Jeg er bekymret for, at selv den største centrale støtte til ”common trunk” elementet i grenspecialerne ikke vil være tilstrækkeligt til at neutralisere det i ethvert grenspeciales iboende momentum til i for høj grad at profilere og fokusere specialedelen.

Hvis de kommende speciallæger inden for det medicinske område ikke har den nødvendige brede kompetence, må det forudses, at man i de funktionsbærende enheder i medicin vil skulle ansætte speciallæger fra i princippet alle ni medicinske grenspecialer - en model der er u hensigtsmæssig både ud fra funktionelle, rekrutteringsmæssige og resurse mæssige hensyn.

Jeg er enig i det principielle grundlag for betænkningens anbefaling af speciallægers kompetenceniveau og specialestrukturen. Det kan imidlertid ved gennemlæsning af kap. 7 konstateres, at kommissionen har haft vanskeligheder ved at beskrive en model på det medicinske område, der på tilfredsstillende vis opfylder de mål og ønsker, som kommissionen har lagt til grund for arbejdet. Den konkretisering af modellen, som kunne have vist dens levedygtighed eller det modsatte, er ikke gennemført.

Jeg foreslår derfor som en midlertidig løsning, at den lægelige videreuddannelse på det medicinske område bevares uændret, indtil en mere tilfredsstillende løsning kan beskrives og gennemarbejdes.

Lone de Neergaard”

15.2 Centerchef, dr.med. Karine Bech:

“Kommentar til Speciallægekommissionens betænkning.

Speciallægekommissionens betænkning anbefaler en lang række gode forslag som uden tvivl vil forbedre speciallægeuddannelsen. Det gælder forslagene om uddannelsens opbygning, mål og kompetencemåling, forskningstræning, organisation og styring samt forslag til gennemførelse af den kliniske uddannelse.

Det var også i kommissionens kommissorium at vurdere den nuværende specialestruktur med henblik på, om den aktuelle grenspecialisering var hensigtsmæssig i forhold til den strukturelle udvikling inden for sundhedsvæsenet. Imidlertid har gennemgangen af de nuværende grundspecialer og grenspecialer overvejende omfattet medicin og kirurgi og deres grenspecialer, som ikke alene kan give et samlet billede over den fremtidige specialestruktur. Jeg ønsker derfor at fremkomme med følgende udtalelse som en personlig kommentar.

Jeg finder, at det nuværende forslag om at nedlægge intern medicin til fordel for at ændre flertallet af medicinske grenspecialer til grundspecialer er særdeles problematisk. Intern medicin er ikke identisk med summen af de nuværende medicinske grenspecialer. Det strider samtidig imod nogle af de krav, kommissionen selv stiller som forudsætning for et speciale, samtidig med at intern medicin er et anerkendt speciale i hele den vestlige verden.

De fleste lande har som Danmark gennemgået en udvikling med et stigende antal specialer. Udviklingen går nu i retning af at samle specialerne i større fagområder i erkendelse af, at der er behov for en større grad af helhedsbetragtning ved observation og behandling, idet mange af patienterne er præget af kroniske og ofte konkurrerende lidelser dækket af forskellige specialeområder. Netop intern medicin udgør et sådant større fagområde, hvor vægtning af specialefunktionerne og prioritering af indsatsen vil falde naturligt. I modsætning hertil har de nuværende medicinske grenspecialer naturligt størst fokus og interesse i eget fagområde og ikke i grundspecialet.

I erkendelse heraf foreslås det i betænkningen, fremfor at opprioritere intern medicin, i stedet at nedlægge intern medicin som speciale og lade det samlede intern medicinske curriculum indgå i målbeskrivelsen for alle de fremtidige medicinske specialer, således at alle de kommende medicinske grenspecialer får den samme intern medicinske basisuddannelse. Det kræver en tro på, at de nuværende medicinske grenspecialer kan dække den brede intern medicin samtidig med at varetage

specialefunktionerne, og ændre fokus fra en profilering af grenspecialet til interesse for den almene medicinske funktion. I modsætning hertil mener jeg, at der med forslaget vil opstå en stadig konflikt mellem opgavevaretagelsen af den basale intern medicin samtidig med grenspecialet. Jeg forudser, at den intern medicinske andel af det samlede curriculum over tid reduceres og tilpasses de enkelte grenspecialer, således at den fælles uddannelse bliver illusorisk. Denne udvikling finder jeg er i strid med grundtanken for den medicinske funktionsbærende enhed.

På denne baggrund skal jeg anbefale, at der på nuværende tidspunkt ikke foretages ændringer i specialestrukturen, men at evt. ændringer afventer en grundig gennemgang og vurdering af alle de nuværende specialer.

Derimod kan jeg fuldt tilslutte mig betænkningens øvrige forslag, som jeg finder vil højne speciallægeuddannelsen betydeligt.

Karine Bech”

15.3. Overlæge, dr.med. Tove Nilsson:

Tove Nilsson kan tilslutte sig udtalelsen fra Karine Bech.

15.4. Professor, overlæge, dr.med. Jørn Nerup:

“Dansk Medicinsk Selskabs indstilling vedrørende specialestruktur og speciallægeuddannelse i Danmark.

Dansk Medicinsk Selskab (DMS) har i Speciallægekommissionen kun haft én repræsentant. Derfor har DMS gennem sit ”Rygdækningsudvalg” repræsenterende alle 42 specialer og grundspecialer gennem hyppig og regelmæssig mødeaktivitet omhyggeligt fulgt arbejdet i Speciallægekommissionen.

I respekt af kommissoriet for kommissionens arbejde har DMS pålagt sin repræsentant i kommissionen at søge resultater, som

- vil bidrage til at øge den danske speciallægeuddannelses kvalitet, specielt på det kliniske område og som
- tydeliggør det offentlige og ledelsesmæssige ansvar for speciallægeuddannelsen gennem

- tilvejebringelsen af de nødvendige ressourcer og den hensigtsmæssige organisatoriske placering af ansvaret for speciallægeuddannelsens detaljerede tilrettelæggelse og gennemførelse.

Det er DMS' opfattelse, at det i meget betydelig grad er lykkedes for Speciallægekommissionen at opfylde disse mål. Dette er lykkedes gennem et godt samarbejde mellem alle kommissionens medlemmer og på baggrund af det store arbejde, som er udført af de af kommissionen nedsatte arbejdsgrupper. I arbejdsgrupperne har aktivt deltaget en lang række repræsentanter for DMS.

DMS vedkender sig et stort medansvar for kommissionens anbefalinger og forslag. I implementeringen af kommissionens forslag vil DMS og de enkelte lægevidenskabelige selskaber nødvendigvis skulle spille en væsentlig rolle. DMS og dets medlemsselskaber er naturligvis parate til loyalt og aktivt at medvirke hertil.

På enkelte afgørende områder kan DMS dog ikke tilslutte sig kommissionsflertallets synspunkter og anbefalinger. *DMS har derfor ønsket at afgive følgende mindretalsindstilling:*

Dansk Medicinsk Selskabs synspunkter vedrørende specialestruktur og speciallægeuddannelse i Danmark:

Baggrund:

Den gældende specialestruktur og speciallægeuddannelse i Danmark har sit udgangspunkt i den betænkning som speciallægekommissionen af 1973 afgav i 1977 (betænkning nr. 815).

Det væsentligste formål med kommissionsarbejdet var - som nu - at skabe en bedre og mere tidssvarende uddannelse af speciallæger til det danske sundhedsvæsen.

Vedrørende specialestrukturen foreslog kommissionen etablering af 21 grundspecialer, som for en dels vedkommende skulle have en overbygning i form af grenspecialer. Det var kommissionens hensigt, at uddannelsen i et grenspeciale skulle være en fortsættelse af uddannelsesforløbet i grundspecialet. Kommissionen ønskede gennem sit forslag at skabe et fleksibelt uddannelsessystem, en hensigtsmæssig udnyttelse af til rådighed værende ressourcer, at det endelige specialevalg skulle ske sent, samt at specialestrukturen skulle være robust og gøre det let at indpasse nye faglige udviklinger i strukturen og i videreuddannelsessystemet.

Kun få ændringer i specialestrukturen har fundet sted siden 1977 betænkningen. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 fra 1996 har fastlagt den for tiden gældende specialestruktur af 25 grundspecialer og 17 grenspecialer knyttede til grundspecialerne intern medicin, kirurgi og neurologi.

Sammenfattende kan det fastslås:

- at den i 1977 betænkningen introducerede specialestruktur faktisk har været langtidsholdbar, robust og fleksibel, og
- at den faktiske uddannelsesvarighed - trods videreuddannelsesreformen fra 1989 - er betydeligt længere end den normerede.

Om eventuelle ændringer i specialestrukturen:

I løbet af kommissionens arbejde er der *ikke* fremlagt nogen analyse, som sandsynliggør at den lægelige videreuddannelses kvalitets- og kapacitetsproblemer skyldes den eksisterende specialestruktur. Det er heller ikke sandsynliggjort, at den eksisterende specialestruktur har været hindrende for sundhedsvæsenets introduktion af nye, diagnostiske eller terapeutiske principper og heraf følgende hensigtsmæssige strukturtilpasninger og løbende ændringer af videreuddannelsens indhold.

Der er således i det foreliggende *ikke* fremlagt dokumentation for - eller overbevisende argumenteret for - nødvendigheden af radikalt at ændre den eksisterende specialestruktur.

DMS mener således ikke, at der er tilstrækkelig begrundelse for forslagene om:

- at nedlægge grundspecialet intern medicin
- at omdanne 9 af 11 intern medicinske grenspecialer til specialer (betegnet intern medicin:kardiologi etc.)
- at nedlægge de intern medicinske grenspecialer - hepatologi og medicinsk allergologi
- at nedlægge grenspecialet klinisk neurofysiologi

Hertil kommer

- at forholdene vedrørende de ”billeddannende specialer” - dvs. radiologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin - kun har været genstand for egentlig drøftelse i en arbejdsgruppe. Nogen detaljeret enkeltvis gennemgang af f.eks. radiologiens ønsker om subspecialisering har ikke fundet sted i kommissionens plenum
- at laboratoriespecialerne ligeledes kun er drøftet i nogen detaljeringsgrad i en arbejdsgruppe.

- at specialer som pædiatri, gynækologi/obstetrik, neurologi og ortopædkirurgi - som alle har ønsker om subspecialisering efter speciallægeuddannelsen og anerkendelse heraf - ikke har været drøftet i kommissionens plenum
- at heller ikke de resterende specialer har været behandlet i plenum
- at kommissionen har besluttet ikke at behandle skriftlige henvendelser fra en lang række specialer og grenspecialer.

Det er et problem, at kommissionen ikke er nået til en klar definatorisk afgrænsning af specialebegrebet. En beskrivelse af et lægevidenskabeligt område, f.eks. i form af dets størrelse, dets forekomst i EU og EØS landene og dets betydning for patientbehandlingen, på en måde som kunne danne et gennemskueligt og alment accepteret rationelt, logisk og konsistent grundlag for konsekvente beslutninger om specialestrukturen foreligger således ikke.

Konsensus omkring en specialestruktur vil derfor på denne baggrund repræsentere et kompromispræget valg mellem en flerhed af forskellige, men hver for sig legitime interesser. Dette gælder naturligvis i samme grad for kommissionsflertallets valg som for DMS' nedenfor beskrevne forslag.

Kommissionen introducerede tidligt i sine drøftelser begrebet "fagområde" som en mulig fællesbetegnelse for hidtil anerkendte grenspecialer, de facto eksisterende subspecialer og større, klinisk relevante interesse- og ekspertområder.

Kommissionsflertallets pragmatiske opfattelse af fagområdebegrebet synes at være

- en overbygning eller udbygning af et speciale, i hvilken
- det uddannelsesmæssige indhold er mindre formaliseret og mere individuelt og som kan være
- en del af den enkelte uddannelsessøgendes §-14 profilering, dvs.
- en overvejende personligt oparbejdet kompetence for hvilken de centrale sundhedsmyndigheder ikke udsteder autorisation eller anerkendelse, samt at
- et kompetenceområde kan opbygges med udgangspunkt i flere specialer.

En entydig definition og afgrænsning af fagområdebegrebet i forhold til specialebegrebet har imidlertid ikke kunnet opstilles.

Forslaget om hvilke grenspecialer, der fremtidigt skal være fagområder, og hvilke andre kliniske funktioner der skal kaldes fagområder, får derfor karakter af arbitrære valg.

Det konsekvente ville være, at anvende fagområdebegrebet om alle overbygninger og udbygninger på de specialer, man måtte beslutte sig for at anerkende. Dette ville umiddelbart kunne ses som en naturlig videreudvikling af de principper, som lagdes til grund for 1977 betænkningens forslag.

Betænkningen anfører i beskrivelsen af *enhedsmodellen* (kap. 7), at denne vil være en fleksibel og tilpasningsdygtig model for den fremtidige specialestruktur i Danmark.

DMS' og de lægevidenskabelige selskabers ønske om, at fagområder anerkendes af de centrale sundhedsmyndigheder, eller at de certificeres i DMS regi efter delegation fra de centrale sundhedsmyndigheder, har været medvirkende til, at denne model ikke blev valgt af flertallet i kommissionen.

DMS og selskabernes ønske om en certificering/autorisering af fagområderne skal bl.a. ses på den baggrund

- at der bør være en alment anerkendt og beskrevet sammenhæng imellem uddannelse og faglig kompetence
- at der i et tiltagende europæisk samarbejde må tilstræbes mere ensartethed end forskellighed på certificerings/autorisationsområdet
- at patienternes, sygehusejernes og lægernes muligheder for identifikation af speciel faglig kompetence er af praktisk betydning.

Sammenfattende er det DMS' opfattelse:

- at det ikke er dokumenteret, at den eksisterende specialestruktur er en væsentlig årsag til den lægelige videreuddannelses kvalitets- og kapacitetsproblemer
- at der ikke er tilvejebragt argumentation, som overbevisende taler for, at den eksisterende specialestruktur bør ændres. Kommissoriet for kommissionens arbejde forudsætter i sin ordlyd heller ikke dette, men blot at specialestrukturen skal vurderes
- at den eksisterende specialestruktur ikke vil være en hindring for gennemførelsen af kommissionens forslag i øvrigt
- at rationel, logisk konsistent argumentation ikke ligger til grund for kommissionsflertallets forslag vedrørende specialestrukturen
- at en række specialers forhold og en henvendelse fra en lang række specialer og grenspecialer ikke er realitetsbehandlet
- at enhedsstrukturmodellen er beskrevet som hensigtsmæssig, men fravælges på grund af en frygt for, at "de videnskabelige selskaber vil stile efter at etablere et

selvstændigt anerkendelsessystem, hvis det offentlige ikke ønsker at autorisere de i modellen beskrevne fagområder.” (kapitel 7)

Dansk Medicinsk Selskabs forslag vedr. specialestrukturen

I regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002 fra 1999 slås det fast, at den Funktionsbærende Enhed (FBE) i løbet af en kort årrække vil være det organisatoriske grundelement i den danske sygehusstruktur.

I kommissionen har der været enighed om dette, samt

- at sygehusstrukturen ikke skal afspejle specialestrukturen. I en FBE skal der derfor ikke være *grenspecialiserede afdelinger*, men *grenspecialiserede funktioner integrerede omkring grundspecialet*
- at specialestrukturen ikke skal diktere uddannelsesstrukturen og
- at et bestemt uddannelsesforløb med tilhørende speciallægeanerkendelse og evt. anerkendelse i et bestemt fagområde ikke må være en forudsætning for, at §-14 bedømmelse i forhold til en konkret beskrevet overlægestilling og ansættelse heri kan finde sted
- at videreuddannelsen som sit vigtigste mål har at uddanne læger til de funktionsbærende enheder
- at fremtidens speciallægeuddannelse også skal kunne tilgodese funktioner i en højt specialiseret enhed og i speciallægepraksis.

DMS er enig i disse synspunkter, og en eventuel revision af specialestrukturen bør derfor tage udgangspunkt heri.

Vedrørende specialestrukturen er det DMS' opfattelse

- at enhedsstrukturmodellen bestående af grundspecialer med overbygninger i form af fagområder, baseret på et dobbeltanerkendelsessystem vil være den mest fremtidsorienterede, mest fleksible, mest konsekvente og mest tilpasningsdygtige model for specialestrukturen i Danmark
- at såfremt denne model fravælges, bør en eventuel nødvendig ændring af den eksisterende specialestruktur først og fremmest tage sit udgangspunkt i hensyn til FBE's optimale funktionsmuligheder
- at kommissionsflertallets forslag vedrørende den kirurgiske specialestruktur derfor er hensigtsmæssigt
- at kommissionsflertallets forslag vedrørende intern medicin er klart uhensigtsmæssigt for en FBE.

Dette fordi

- grundspecialet intern medicin afskaffes, og nogle intern medicinske grenspecialer nedlægges og andre ikke oprettes
- den for tiden gældende specialestruktur inden for intern medicin med ét grundspeciale og 11 grenspecialer baseres på den opfattelse, at intern medicin er mere og andet end summen af grenspecialerne
- grundspecialet intern medicin dækker *ikke kun* opgaver i vagten, men i høj grad også de daglige opgaver i FBE, hvor flertallet af patienterne har mere end én diagnose, der kræver aktiv behandling, og for flertallets vedkommende dækker disse to eller flere organsystemer/grenspecialeområder.
- dette bør synliggøres i struktur, uddannelses- og specialeanerkendelsessystem
- nedlægges specialet intern medicin samtidig med etableringen af 9 specialer - benævnt intern medicin: lungemedicin etc. - baseres specialestrukturen på et princip om, at intern medicin nu er summen af de nye intern medicinske specialer
- såfremt dette skal være logisk holdbart og funktionelt acceptabelt, er det uhenigtsmæssigt at nedlægge nogle intern medicinske grenspecialer samt at undlade at oprette andre
- det vil være meget vanskeligt i flertalsforslagets struktur for det intern medicinske område at fastholde den faglige tyngde i "the common trunk" såvel uddannelsesmæssigt som ressourcetildelingsmæssigt og funktionsmæssigt. De nye intern medicinske specialisters faglige identitetsopfattelse vil ligge mere i speciallets suffix betegnelse end i præfix delen, og dette vil helt naturligt afspejles i deres handlesæt. I den foreslåede struktur vil det være et ledelsesansvar at sikre den generelle intern medicinske funktion i FBE'en. Flertalsforslaget indebærer risiko for en kronisk interessekonflikt i den intern medicinske FBE, som vil kunne være hæmmende for FBE'ens optimale funktion.
- Forslaget om at nedlægge intern medicin som speciale går desuden stik imod alle internationale tendenser. Følges flertalsforslaget, vil Danmark være *det eneste EU/EØS land, hvor intern medicin som speciale ikke findes*
- følges flertallets forslag om nedlæggelse af intern medicin som speciale, risikeres det, at pres vil opstå for oprettelse af selvstændige vagtberedskaber i flere af de foreslåede nye intern medicinske specialer
- en revision af specialestrukturen bør have karakter af en helhedsløsning ud fra klare, rationelle og alment anerkendte principper. Det er derfor beklageligt, at en række specialers forhold *ikke* er detaljeret drøftet i Speciallægekommissionen
- at fagområdebegrebet ikke er sufficient gennemdrøftet. Det er ulogisk, at flertallet anvender begrebet og flere gange omtaler, at et lægefagligt område skal have status af et fagområde uden, at fagområdebegrebet gives officiel status, og uden at den enkelte læges specielle viden og kunnen anerkendes i en eller anden form.

- kommissionens mange gode forslag som direkte sigter på at øge speciallægeuddannelsens kvalitetsniveau, kan DMS tilslutte sig. *Disse forslag vil kunne gennemføres helt uafhængigt af den kommende specialestruktur.* Med henblik på kommissionens vigtigste opgave, at forbedre speciallægeuddannelsens kvalitet, er disse forslag under alle omstændigheder kommissionsarbejdets vigtigste produkt.

Dansk Medicinsk Selskab foreslår på den beskrevne baggrund derfor:

- at kommissionens forslag - eksklusive forslagene vedrørende specialestrukturen - gennemføres
- at forslagene vedrørende specialestrukturen inden for det kirurgiske område gennemføres under forudsætning af, at kirurgi får betegnelsen kirurgisk gastroenterologi, samt at forholdene vedrørende børnekirurgi, mammakirurgi og endokrin-kirurgi efterfølgende behandles i det kommende nationale råd for lægers videreuddannelse (NRLV)
- at kommissionsflertallets forslag vedrørende det intern medicinske område *ikke* gennemføres
- at specialet intern medicin bevares, og at ingen i dag eksisterende intern medicinske grenspecialer nedlægges eller omdannes til fagområder, og at oprettelse af et grenspeciale i medicinsk onkologi drøftes i NRLV
- at de øvrige specialers forhold henvises til drøftelse i NRLV
- at fagområdebegrebet, dets mulige offentligt anerkendte placering i specialestruktur og i sundhedsvæsen ligeledes henvises til drøftelse i NRLV
- at NRLV efterfølgende tager stilling til
 - om den generelle specialestruktur skal ændres i retning af enhedsmodellen, og
 - om et offentligt anerkendelsessystem for erhvervet kompetence i et fagområde skal introduceres

Jørn Nerup

Dansk Medicinsk Selskab”

Kilder

Rapport fra kommissionens arbejdsgruppe 3.1. vedr. den kliniske videreuddannelses praktiske gennemførelse, 29. juli 1999.

Revideret rapport fra kommissionens arbejdsgruppe 3.2 vedr. kompetencemåling af speciallægeuddannelsen, 18. august 1999.

Rapport fra arbejdsgruppe 3.3 vedr. decentralisering af den lægelige videreuddannelse, 24. august 1999.

Rapport fra arbejdsgruppen vedr. turnusuddannelsen, revideret 15. oktober 1999.

Rapport fra arbejdsgruppen vedr. revision af den lægelige specialestruktur inden for de tværgående diagnostiske specialer: Diagnostisk radiologi, Klinisk fysiologi og nuklearmedicin samt Klinisk neurofysiologi, november 1999.

Rapport fra arbejdsgruppe vedr. revision af den lægelige specialestruktur inden for de tværgående specialer: Klinisk biokemi, Klinisk farmakologi, Klinisk mikrobiologi, Klinisk immunologi, Klinisk genetik og Patologisk anatomi, november 1999.

Rapport fra arbejdsgruppen vedr. forskningstræning, december 1999.

Rapport fra arbejdsgruppe vedr. udarbejdelse af vejledning/manual for udarbejdelse af målbeskrivelser, april 2000.

Kap. 3.

Betænkning om videreuddannelsen til speciallæge, 1977.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 af 27. juni 1996.

Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 551 af 25. november 1976 om uddannelse til selvstændigt virke som læge.

Lov nr. 246 om ændring af arbejdstilrettelæggelsen m.v. for underordnede sygehuslæger og om fornyelse og forlængelse af overenskomster for underordnede sygehuslæger m.fl.

Betænkning om lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse, september 1989 (betænkning nr. 1183).

Sundhedsstyrelsens publikation om målbeskrivelser, 1992.

Sundhedsstyrelsens "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse", 1998.

Sundhedsstyrelsens stillings- og vakancetælling, april 1999.

Bekendtgørelse nr. 989 af 11. december 1992 vedr. krav til forskeruddannelsen.

Forskerakademiets rapport om sundhedsvidenskabelig forskeruddannelse, 1998.

Kap. 4.

Hans Karle: Internationale relationer. Redegørelse til Speciallægekommissionen, april 1999.

Henning Bundgaard: Videreuddannelsesreformen, notat til Speciallægekommissionen, april 1999.

Kap.5.

Sygehuskommissionens betænkning: "Udfordringer i sygehusvæsenet", januar 1997.

Sundhedsstyrelsens debatoplæg: "Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning.", marts 1998.

Dansk Medicinsk Selskab: "Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur", maj 1998.

Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002, maj 1999.

4. rapport fra Advisory Committee on Medical Training (ACMT), 1997.

Kap. 6.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 657 om uddannelse til selvstændigt virke som læge af 20. september 1990.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 17 om lægers adgang til at opnå turnusstilling af 12. januar 1995.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 om speciallæger af 27. juni 1996.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 654 om uddannelse af speciallæger af 3. juli 1996.

Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier for udarbejdelse af målbeskrivelser, 1992.

Sundhedsstyrelsens "Enkeltsstillingsklassifikation pr. 1. januar 1998".

Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 107 af 4. juli 1997 om faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger.

Kap. 7.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 om speciallæger af 27. juni 1996.

4. rapport fra Advisory Committee on Medical Training (ACMT), 1997.

Betænkning om videreuddannelsen til speciallæge, 1977.

Dansk Selskab for Intern Medicins notat "Den intern medicinske grundspecialist nødvendige kompetenceområde", november 1999.

Sundhedsstyrelsens stillings- og vakancetælling, april 1999.

Kap. 8.

"Målbeskrivelse for specialeuddannelsen i almen medicin".

Oplæg om den ny specialeuddannelse i almen medicin, udarbejdet af Praktiserende Lægers Organisation og Dansk Selskab for Almen Medicin, juni 1999.

Kap. 9

Lov om udøvelse af lægegerning.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 568 om Specialistnævnets sammensætning af 20. juni 1996.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr 664 om forretningsorden for Specialistnævnets virksomhed af 5. juli 1996.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 657 om uddannelse til selvstændigt virke som læge af 20. september 1990.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 17 om lægers adgang til at opnå turnusstilling af 12. januar 1995.

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 599 om speciallæger af 27. juni 1996.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 654 om uddannelse af speciallæger af 3. juli 1996.

Sundhedsministeriets notat af 18. juni 1996 om oprettelse af "Kontaktforum for den lægelige grund- og videreuddannelse".

Sundhedsstyrelsens cirkulæreskrivelse af 29. december 1989 vedr. de amtslige videreuddannelsesudvalgs opgaver og sammensætning.

Kap. 10.

Betænkningen "Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse" fra 1989.

Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier for udarbejdelse af målbeskrivelser, 1992.

Sundhedsstyrelsen: "Inspektorordningen. Evalueringsrapport", december 1999.

Foreningen af Yngre Lægers uddannelsesenquete fra 1999.

Sundhedsstyrelsen: "Rapport vedrørende den kirurgiske speciallægeuddannelse", november 1994.

Foreningen af Yngre Lægers enquete vedr. yngre lægers gennemsnitlige arbejdstid, maj 1996.

Overenskomst for underordnede sygehuslæger af 1999.

Sundhedsstyrelsen: "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse", januar 1998.

Kap. 11.

Sundhedsstyrelsen: "Rammer for den teoretiske videreuddannelse af læger", Rapport fra arbejdsgruppe, maj 1995.

Sundhedsstyrelsen: "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse", januar 1998.

Kap. 12.

Betænkningen "Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse" fra 1989.

Sundhedsstyrelsen: "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse", januar 1998.

Sundhedsstyrelsen: "Inspektorordningen. Evalueringsrapport", december 1999.

Foreningen af Yngre Lægers uddannelsesenquete fra 1999.

Kap. 13.

Dublin-deklarationen af 1982, revideret i 1993.

Advisory Committee on Medical Training (ACMT) rapport 'Recommendations on CME' af 1994.

Dansk Selskab for Intern Medicins rapport "Den gode intern medicinske efteruddannelse", 1998.

Dansk Kirurgisk Selskab: "Kontinuerlig efteruddannelse i kirurgi", 1999.

Oversigt

over modtagne henvendelser fra lægevidenskabelige selskaber, organisationer m. fl.

| Selskab | Dato | Emne |
|--|----------------------|---|
| Dansk Kirurgisk Selskab | 03.04.00 | Ønsker speciale i kirurgisk gastroenterologi og ikke kirurgi |
| Lægemiddelindustriforeningen | 03.03.00 | Ønsker at speciallægeuddannelsen i klinisk farmakologi fortsætter |
| Dansk Selskab for anæstesiologi og intensiv medicin | 14.03.00 | Ønske om at udvide speciallægeuddannelsen med et 1/2 år mhp. at styrke den præhospital indsats og smertebehandling. |
| Cheferne for de endokrin-kirurgiske afdelinger RH og ÅAS | 17.03.00 | Ønske om at mamma- og endokrinkirurgi etableres som et speciale. |
| Dansk Selskab for Otolaryngologi-Hoved- & Halskirurgi | 09.03.00 | Ønske om at bevare thyreoidea-kirurgi som et område inden for otolaryngologi. |
| Dansk Selskab for Intern Medicin | 07.03.00 | Støtte til Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi vedr. etablering af speciale i medicinsk onkologi. |
| Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi | 01.03.00 og 03.03.00 | Ønske om etablering af et grenspeciale/speciale i medicinsk onkologi. |
| Dansk Børnekirurgisk Selskab | 02.03.00 | Argumenter for specialet børnekirurgi |
| Dansk Gastroenterologisk Selskab | 28.02.00 | Ønske om at bevare hepatologi som et speciale. |

| | | |
|--|----------|---|
| Medicinsk Allergologisk Selskab | 27.02.00 | Ønske om at bevare medicinsk allergologi som et speciale. |
| European Board of Paediatric Surgery | 18.02.00 | Støtte til at børnekirurgi etableres som et speciale i Danmark. |
| Danske Dermato-venerologers Organisation | 17.02.00 | Ønske om at 1/2 års hoveduddannelse foregår i speciallægepraksis. |
| Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi | 11.02.00 | Ønske om etablering af grenspeciale i medicinsk onkologi. |
| Dansk Børnekirurgisk Selskab | 03.02.00 | Ønsker at blive anerkendt som speciale. |
| Dansk Kirurgisk Selskab ved Ovl. Niels Quist, Odense | 03.02.00 | Anbefaler, at børnekirurgi organiseres som fagområde knyttet til de kommende kirurgiske specialer. |
| Dansk Ortopædisk Selskab | 01.02.00 | Ønske om anerkendelse af ekspertfunktioner/fagområde/de facto subspecialer. Nedenstående områder nævnes: - <i>Håndkirurgi</i> - <i>Børneortopædi</i> - <i>Ortopædisk rykkirurgi</i> - <i>Alloplastikkirurgi</i> - <i>Traumatologi</i> - <i>Arthroskopisk kirurgi</i> - <i>Skulder-/albuelidelser</i> - <i>Fodlidelser.</i> |
| Dansk Cardiologisk Selskab | 31.01.00 | Ønske om at konvertere kardiologi til et grundspeciale. |
| Dansk Børnekirurgisk Selskab | 24.01.00 | Ønske om at blive ligestillet med de eksisterende kirurgiske grenspecialer. |

| | | |
|--|----------|---|
| Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi | 18.01.00 | Ønske om at bevare klinisk farmakologi som et speciale. |
| Dansk Børnekirurgisk Selskab | 13.01.00 | Ønske om etablering af et offentlig anerkendt sub- gren- eller monospeciale. |
| Dansk Gastroenterologisk Selskab | 08.01.00 | Ønske om at konvertere kirurgisk gastroenterologi til et grundspeciale og oprette et speciale i mamma- og endokrinkirurgi. Ønske om at etablere fagområderne: - <i>Øvre gastrokirurgi</i> - <i>Colo-rectalkirurgi.</i> |
| Dansk Kirurgisk Selskab | 22.12.99 | Specialestrukturen indenfor det kirurgiske område. Accept af en specialestruktur omfattende kirurgisk gastroenterologi, urologi, karkirurgi, thoraxkirurgi og plastikkirurgi, samt ønske om etablering af et speciale i mamma- og endokrinkirurgi. Det antydes, at børnekirurgi bør være et fagområde. |
| Dansk Selskab for Klinisk Neurofysiologi | 09.12.99 | Ønske om at bevare klinisk neurofysiologi som speciale/grenspeciale. |
| Dansk Selskab for Hepatologi | 05.12.99 | Ønske om at opretholde specialet. |
| Yngre Reumatologer | 29.11.99 | Ønsker at såvel de medicinske som de fysiurgiske lidelser i bevægeapparatet forbliver samlet i et speciale. |
| Klinikcheferne, de reumatologiske afdelinger i H:S | 26.11.99 | Som ovenfor. |

| | | |
|---|----------|---|
| Danske Reumatologers og Fysiurgers Organisation | 18.11.99 | Ønske om at såvel de medicinske som de fysiurgiske lidelser i bevægeapparatet forbliver i samlet i et speciale. |
| Dansk Karkirurgisk Selskab | 15.11.99 | Ønske om at specialet bliver et selvstændigt speciale. |
| Dansk Thoraxkirurgisk Selskab | 10.11.99 | Ønske om at specialet bliver et selvstændigt speciale. |
| Dansk Selskab for Muskuloskeletal medicin | 02.11.99 | Ønske om at etablere et speciale i muskuloskeletal medicin. |
| Dansk Kirurgisk Selskab | 27.10.99 | Vedr. certificering og den kirurgiske specialestruktur. |
| Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik | 27.10.99 | Kommentar til Dansk Selskab for muskuloskeletal medicins ønske om oprettelse af speciale i muskuloskeletal medicin. |
| Dansk Cardiologisk Selskab | 23.10.99 | Ønske om at kardiologi bliver et selvstændigt speciale. |
| Dansk Hæmatologisk Selskab | 15.10.99 | Ønske om at opretholde specialet. |
| Dansk Urologisk Selskab | 14.10.99 | Orientering til selskabets medlemmer vedr. de verserende rygter om specialestrukturen. |
| Dansk Karkirurgisk Selskab | 12.10.99 | Karkirurgiens fremtid. |
| Dansk Hepatologisk Selskab | 16.08.99 | Kommentar til interview i Ugeskr. f. Læger. |
| Dansk Reumatologisk Selskab | 04.03.99 | Ønske om at etablere div. ekspertområder som f.eks. idrætsmedicinsk reumatologi. |

| | | |
|---|----------|--|
| Dansk Anæstesiologisk Selskab og Dansk Selskab for Intensiv Terapi | 24.02.99 | Ønske om etablering af intensiv terapi som grenspeciale under anæstesiologi. |
| Dansk Selskab for Rehabilitering | 15.02.99 | Ønske om etablering af ekspertom- rådet fysikalsk med. og rehabilite- ring, men fraråder etablering af speciale i muskuloskeletal medi- cin. |
| Dansk Selskab for Muskulo- skeletal Medicin | 09.02.99 | Ønske om etablering af et speciale i muskuloskeletal medicin. |
| Dansk Idrætsmedicinsk Selskab | 16.12.98 | Ønske om etablering af idrætsme- dicin som sub - eller supraspeciale inden for specialerne reumatologi, ortopædkirurgi og almen med. |
| Dansk Pædiatrisk Selskab | 10.12.98 | Ønsker at bevare specialet som en helhed, der også omfatte adole- scensmedicin. Ønsker at/har etableret fagområder omfattende bl.a. neonatologi, neu- ropædiatri, pædiatrisk allergologi m.fl. |

Målbeskrivelser for den lægelige videreuddannelse

Baggrund, indhold og generelle retningslinier

April 2000

SPECIALLÆGEKOMMISSIONEN

Indhold

| | |
|--|-----|
| 1. Indledning | 240 |
| 1.1 Arbejdsgruppens kommissorium, sammensætning og arbejde | 240 |
| 2. Arbejdsgruppens overvejelser | 242 |
| 2.1. Arbejdsgruppens opgaver | 242 |
| 2.2. Formålet med målbeskrivelser | 242 |
| 2.3. Målbeskrivelsens indhold | 243 |
| 2.3.1. Målbeskrivelsen | 243 |
| 2.3.2. Læringsprocessen | 248 |
| 2.3.3. Evaluering og kompetencemåling | 248 |
| 2.3.4. Den formaliserede teoretiske uddannelse (kurser) | 249 |
| 2.3.5. Uddannelsesprogram | 249 |
| 2.3.6. Uddannelsesplan | 249 |
| 2.3.7. Logbog | 250 |
| 2.3.8. Temadag | 251 |
| 3. Vejledning i udarbejdelse af målbeskrivelser | 252 |
| 3.1 Indledning | 252 |
| 3.2. Målbeskrivelsens opbygning | 252 |
| 3.2.1. Beskrivelse af specialet | 252 |
| 3.2.2. Beskrivelse af uddannelsens opbygning inden for specialet | 252 |
| 3.2.3. Beskrivelse af de kompetencer, der skal være erhvervet ved afslutningen af de forskellige uddannelseselementer | 253 |
| 3.3. Beskrivelse af læringsprocessen | 253 |
| 3.4. Beskrivelse af metoder til kompetencemåling | 253 |

| | |
|--|-----|
| 4. Konklusioner og anbefalinger | 255 |
| 5. Litteratur | 256 |
| Bilag I - VII | 257 |

1 Indledning

Speciallægekommisionen vedtog efter en gennemgang af rapporterne fra de af kommissionen nedsatte arbejdsgrupper vedr. henholdsvis den kliniske videreuddannelses praktiske gennemførelse og kompetencemåling under speciallægeuddannelsen at konkretisere og operationalisere disse arbejdsgruppers anbefalinger ved at fremsætte forslag til ændring af de gældende retningslinier for udfærdigelse af målbeskrivelser såvel som ved at angive retningslinier for kompetencemåling.

Kommissionen fandt det vigtigt, at der blev udarbejdet en overordnet model for de målbeskrivelser, der efterfølgende skal udarbejdes af de enkelte specialer ud fra de i rapporterne fremsatte anbefalinger om, at det er nødvendigt at udarbejde operationelle målbeskrivelser, der præciserer uddannelsens forløb, indhold og læringsmetode og samtidig gør det muligt at gennemføre en fortløbende såvel som en afsluttende evaluering af speciallægeuddannelsen.

1.1 Arbejdsgruppens kommissorium, sammensætning og arbejde

Kommissionen fastsatte følgende kommissorium:

Arbejdsgruppen skal på baggrund af de i ovennævnte rapporter (3.2 og 3.2) stillede forslag vedr. målbeskrivelser og kompetencemåling udarbejde en vejledning/manual for udarbejdelse af målbeskrivelser.

Vejledningen/manualen skal indeholde de krav til målbeskrivelsernes indhold, struktur og form, der måtte være nødvendige for at udarbejde operationelle målbeskrivelser, og som gør det muligt at foretage en løbende evaluering af speciallægeuddannelsen.

Vejledningen/manualen skal herudover anvise, hvorledes evalueringen/kompetencemåling foretages ved afslutningen af uddannelsens enkelte elementer.

På grundlag af ovenfor nævnte vejledning/manual skal arbejdsgruppen herefter i et samarbejde med de videnskabelige selskaber inden for specialerne neurologi, oftalmologi og ortopædkirurgi udarbejde forslag til konkrete målbeskrivelser inden for de tre specialer.

Arbejdsgruppens sammensætning

Formand:

Cheflæge Poul Diederich

Medlemmer:

Centerchef, dr.med. Karine Bech, kontorchef, overlæge, dr.med. Karsten Bech (fra 16/9 1999), kontorchef, overlæge Hans Peder Graversen (indtil 16/9 1999), afdelingschef Jens Krogh, overlæge, dr.med. Tove Nilsson, 1. reservelæge dr.med. Henrik Sengeløv, overlæge, dr.med. Steen Tinning.

Sekretariat:

Kontorchef, overlæge, dr.med. Karsten Bech (indtil 16/9 1999), fuldmægtig Flemming Vesterø Jensen (indtil 16/9 1999), fuldmægtig Thomas I. Jensen (fra 16/9 1999), afdelingslæge Henning Beck, læge, ph.d. Henning Bundgaard.

Arbejdsgruppens arbejde

Arbejdsgruppen har holdt 6 møder og har i forløbet haft møde med professor med. dr. Knut Aspegren, Laboratoriet for Kliniske Færdigheder, Københavns Universitet.

På baggrund af arbejdsgruppen udkast til vejledning i udarbejdelse af målbeskrivelser, har overlæge, dr.med. Flemming W. Bach og overlæge, dr.med. Birthe Krogh Rasmussen som repræsentanter for Dansk Neurologisk Selskab, overlæge, dr.med. Carsten Edmund og overlæge, Ph.D Nicolai Larsen som repræsentanter for Dansk Oftalmologisk Selskab og professor, overlæge, dr.med. Cody Bünger og overlæge, Jens Ole Søjbjerg som medlemmer af uddannelsesudvalget under Dansk Ortopædisk Selskab udarbejdet eksempler på målbeskrivelser for de tre specialer. Disse eksempler på målbeskrivelser er indgået i arbejdsgruppens videre arbejde.

2 Arbejdsgruppens overvejelser

2.1 Arbejdsgruppen opgaver

Arbejdsgruppen skulle i henhold til kommissoriet:

- Udarbejde en vejledning i, hvordan en målbeskrivelse skal udarbejdes, så den præcist definerer de minimumskrav, der kan stilles til uddannelsen, og fremstår på en sådan måde, at den dels danner en realistisk baggrund for udfærdigelse af uddannelsesprogrammer, dels gør det muligt at foretage en løbende evaluering af speciallægeuddannelsen.
- Anvise relevante metoder til måling af den uddannelsessøgendes kompetence såvel ved afslutningen af uddannelsens enkelte elementer som ved speciallægeuddannelsens afslutning.
- Udarbejde forslag til konkrete målbeskrivelser inden for specialerne neurologi, oftalmologi og ortopædkirurgi.

2.2 Formålet med målbeskrivelser

Arbejdsgruppen fandt, at målbeskrivelsernes hovedformål er at angive det krævede indlæringsresultat efter et afsluttet uddannelsesforløb. Et sådant indlæringsresultat er karakteriseret ved, at såvel kvantitative som kvalitative mål er opfyldte.

Målbeskrivelsen skal desuden:

- Udgøre grundlaget for udarbejdelsen af uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner samt for en fortløbende evaluering af uddannelsen.
- Udgøre en fælles standard for uddannelsen inden for de enkelte specialer og dermed medvirke til at sikre, at der ikke opstår kvalitative forskelle i speciallægeuddannelsen fra region til region.
- Udgøre en del af grundlaget for de centrale sundhedsmyndigheders tilladelse til at betegne sig som speciallæge.
- Udgøre en del af grundlaget for udvælgelse af afdelinger med et tilstrækkeligt uddannelsespotentiale.

2.3 Målbeskrivelsens indhold

Arbejdsgruppen vurderede, at en målbeskrivelse bør omfatte:

- En detaljeret beskrivelse af mål (herunder delmål) og de kompetencer, der indgår som bestanddele af målene. Målene er af såvel kvantitativ som kvalitativ art.
- En detaljeret beskrivelse af de læringsprocesser, der kan føre til målet.
- En anvisning af metoder til evaluering af de kompetencer, der erhverves i løbet af uddannelsen.

2.3.1 Målbeskrivelsen

Kompetencer, delmål og mål¹.

Beskrivelsen af delmål og mål bør omfatte en angivelse af, hvilke kompetencer der som et minimum skal være erhvervet ved afslutningen af hvert enkelt af de uddannelseselementer, der indgår i den samlede uddannelse, henholdsvis de kompetencer, der skal være erhvervet ved uddannelsens afslutning.

I henhold til rapporten fra arbejdsgruppe 3.2. kan de kompetencer, der skal være erhvervet ved uddannelsens afslutning, d.v.s. speciallægekompentencen, udtrykkes som evnen til at mestre en flærhed af de nedenfor anførte roller:

Rollerne er nærmere beskrevet i bilag III.

| Roller | Generelle kompetencer som speciallæge |
|--------------------------|--|
| Medicinsk ekspert | <ul style="list-style-type: none">• Mestre diagnostiske og terapeutiske færdigheder, som er nødvendige for en etisk og effektiv varetagelse af patientbehandlingen• Opsøge og anvende relevant information i klinisk praksis• Varetage effektiv lægegerning med respekt for såvel patienten, uddannelse, forskning og lovgivning |
| Kommunikator | <ul style="list-style-type: none">• Etablere optimal kontakt til patienter og pårørende• Indhente relevant anamnese fra patienter/pårørende/andre• Mestre relevant dialog med patienter/pårørende og behandler team |
| Samarbejde | <ul style="list-style-type: none">• Rådgive og diskutere konstruktivt med læger, sundhedspersonale og andre• Medvirke konstruktivt i tværfaglige teams |

¹ Se definitioner af de anvendte begreber i bilag I.

| | |
|---------------------------------|--|
| Leder/ Administrator | <ul style="list-style-type: none"> • Udnytte ressourcer rationelt i en afstemning af patientbehandling, uddannelsesbehov, forskning og eksterne aktiviteter • Motivere og engagere i sundhedsorganisationen • Anvende informationsteknologi til optimering af patientbehandling, livslang læring og andre aktiviteter |
| Sundhedsfremmer | <ul style="list-style-type: none"> • Identificere vigtige faktorer for sundhed, som påvirker patienterne • Arbejde for øget sundhed hos patienten og i lokalsamfundet • Opdage og reagere på de forhold, hvor rådgivning er påkrævet |
| Akademiker | <ul style="list-style-type: none"> • Forpligtelse til en personlig kontinuerlig uddannelsesstrategi (livslang læring) • Kritisk vurdere medicinsk information • Kritisk vurdere lægelig praksis • Facilitere læring hos patienter, yngre kolleger, studenter og andre • Bidrage til udvikling af ny viden |
| Professionel | <ul style="list-style-type: none"> • Præstere høj kvalitet i behandling med integritet, ærlighed og medfølelse • Udvide passende personlig og mellem menneskelig professionel adfærd • Praktisere faget i etisk overensstemmelse med forpligtelserne som læge |

Målbeskrivelsen skal angive, hvilke af de ovenfor beskrevne kompetencer der skal være erhvervet ved afslutningen af speciallægeuddannelsens enkelte elementer, uanset om dette er kliniske moduler eller teoretiske kurser. Såvel delmål som mål skal være konkrete, idet de udgør grundlaget for udfærdigelse af uddannelsesprogrammer, den uddannelsessøgendes selv vurdering og for uddannelsesstedets evaluering af den uddannelsessøgende. Hertil kommer, at kravet er en forudsætning for, at parterne kan foretage de uddannelsesmæssige ændringer, der måtte være nødvendige for at nå de opstillede mål.

Paradigmeskiftet:

Fra:

At **”kende til”**, at **”have prøvet”**, at **”kunne”** og at **”beherske”** slutkompetencen

Til:

At **”kunne”** de enkelte *delelementer* i en slutkompetence

Der skal opstilles konkrete mål for, hvad der skal *kunnes*. Dette kan f. eks. gøres ved at opstille *checklister* over den faktuelle viden og de tekniske færdigheder, der skal være opnået på et givet tidspunkt eller ved at angive, hvilke sygdomme den uddannelsessøgende skal være i stand til at udrede og behandle (= kunne) på et givet tidspunkt under uddannelsesforløbet. Kvantitativ registrering og minimumstal

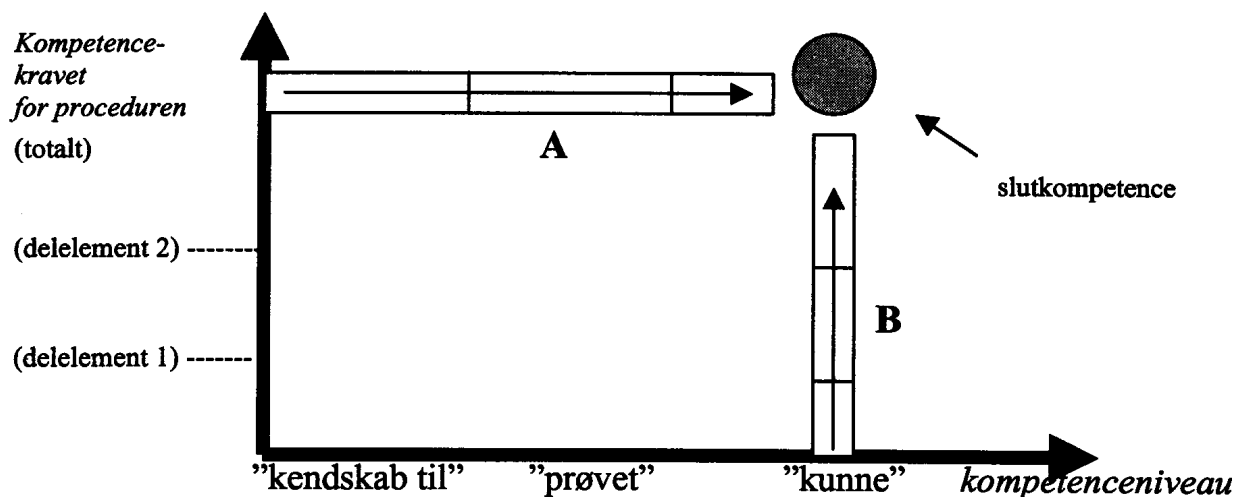
for procedurer er ikke i sig selv tilstrækkelige, disse skal altid vurderes kvalitetsmæssigt (godkendelse af, at proceduren kan udføres tilfredsstillende, se under Evaluering og Logbog).

Også når det drejer sig om en række af de generelle kompetencer, kan disse mål bedst beskrives i *handlingstermer*.

At kompetencer beskrives i handlingstermer er en opfyldelse af *det ovenfor beskrevne paradigme*, der udtrykker, hvilke handlinger - såvel praktiske som intellektuelle - der skal kunne ved afslutningen af de delelementer, der indgår i den samlede uddannelse og angiver, at summen af disse handlinger udgør slutkompetencen.

Målbeskrivelsen skal angive veldefinerede slutmål, dvs. en klar og entydig beskrivelse af, hvilke kompetencer, der inden for det enkelte speciale skal være erhvervet ved afslutningen af speciallægeuddannelsen.

For at lette forståelsen kan ovennævnte paradigmeskift illustreres ved en grafisk model, der viser, hvordan beskrivelsen af kompetenceudviklingen går fra at kende, have prøvet og til at kunne hele problemstillingen, til at kunne de delelementer uddannelsen er opbygget af.



Figur 1. Grafisk fremstilling af den anbefalede ændrede beskrivelse af kompetenceudviklingen, fra **A**: i kompetencetermer til **B**: i handlingstermer; hvad skal man kunne på et givet tidspunkt i uddannelsen.

Paradigmeskiftet kan også illustreres med nedenstående eksempler:

Eksempel: Højresidig hemikolektomi:

I stedet for som tidligere at beskrive niveauerne som at *have kendskab til* høj.-sidig hemikolektomi, at *have assisteret* til høj.-sidig hemikolektomi og at *kunne udføre* høj.-sidig hemikolektomi,

skal niveauerne beskrives som følger: At *kunne åbne og lukke* et abdomen (delelement 1), at kunne mobilisere høj. kolonhalvdel (delelement 2), at *kunne udføre* høj.-sidig hemikolektomi (slutkompetence).

Det er også muligt at angive kompetenceudviklingen i handlingstermer inden for mere ”bløde” fag.

Eksempel: Akut hjerteinsufficiens

I stedet for som tidligere at *have kendskab til*, at *have prøvet* eller *selvstændigt at have gennemført* modtagelse, information, diagnostik og behandling af patient med akut hjertesvigt,

skal kompetenceudviklingen beskrives som at *kunne modtage og initiere primær behandling*, at *kunne informere patient og pårørende korrekt*, at *kunne opstille et relevant udredningsprogram* etc., stigende til at *kunne indlede, gennemføre og afslutte en rationel, korrekt varetagelse* af en patient med akut hjertesvigt, dvs. med inddragelse af alle speciallægens roller.

Minimumskompetence

Målbeskrivelsen skal angive den minimumskompetence, der skal være opnået ved afslutningen af uddannelsens enkelte elementer. Det skal understreges, at målbeskrivelsen ikke bør have karakter af en urealistisk ønskeliste, men i stedet angive de mål, der skal være opfyldt, for at den uddannelsessøgende kan fortsætte det planlagte uddannelsesforløb og slutteligt opnå speciallægeanerkendelse inden for det valgte speciale.

Målbeskrivelsen skal for det enkelte speciale fastlægge uddannelsens bredde (afgrænsning mod andre specialer) og dybde (detaljeringsgrad).

Kvantitative og kvalitative mål

Målbeskrivelsens indhold vil afhænge af specialets art, men i alle specialer vil der kunne opstilles samordnede kvalitative og kvantitative mål for en række af de specialespecifikke kompetencer som f.eks. praktiske færdigheder.

Inden for de teknisk prægede eller operative fag vil antallet af egenhændigt udførte, superviserede operative indgreb, eller dele af indgreb som f.eks. at åbne eller lukke et abdomen, naturligt indgå i beskrivelsen. Man bør under alle omstændigheder være opmærksom på, at kvantitative mål nødvendigvis må suppleres med en evaluering af kvaliteten af det udførte arbejde.

Tidsplan for kompetenceudviklingen

Ved udarbejdelsen af målbeskrivelsen for de enkelte specialer skal det angives, hvornår den uddannelsessøgende skal kunne mestre de enkeltelementer, der indgår i såvel de specialespecifikke som de generelle kompetencer, idet målbeskrivelsen dermed beskriver den ønskede udvikling inden for disse kompetencer, hvilket er en forudsætning for at kunne udarbejde såvel uddannelsesprogrammer som uddannelsesplaner.

Forskelle mellem specialer

Specialernes vægtning af de roller, som indgår i speciallægekompetencen, må forventes at være forskellig.

Alle specialer må antages at have en klar opfattelse af, hvilke kompetencer der indgår i rollen som medicinsk ekspert i det givne speciale. Når det gælder de øvrige kompetencer må de enkelte specialer tage stilling til, med hvilken vægt disse skal indgå i specialets målbeskrivelse. Det skal i den forbindelse indskræpes, at de i afsnit 2.3.1. beskrevne roller skal tilpasses de enkelte specialer.

Nedenfor er vist et eksempel på, hvorledes rollen som sundhedsfremmer er tilpasset specialet ortopædkirurgi.

Eksempel: Ortopædkirurgisk sundhedsfremmer:

- Identificere vigtige faktorer for at undgå ulykker; Lokale trafikforhold, lokale arbejdsforhold, uhensigtsmæssige forhold i skoler og på legepladser.
- Arbejde for at reducere antallet af ulykker de nævnte steder, bl.a. ved rådgivning af relevante persongrupper eller myndigheder.
- Opdage og reagere på andre forhold, som f.eks. rulleskøjteulykker eller andre sportsskader, hvor rådgivning er påkrævet.

2.3.2 Læringsprocessen

Målbeskrivelsen skal angive forslag til metoder eller læringsprocesser, som bibringer den uddannelsessøgende de kompetencer, som er fastlagt i målbeskrivelsen. Valg af læringsproces vil i sagens natur være betinget af målet med den givne uddannelse, hvorfor undervisningsmetoder og læringsprocesser vil variere betydeligt fra speciale til speciale, men antageligt også i et vist omfang inden for samme speciale, her primært betinget af de uddannelsesgivende afdelingers muligheder.

Overordnet set skal der anvendes undervisningsmetoder og læringsprocesser, der er optimale.

I bilag II præsenteres en række af de begreber, der indgår i læringsprocessen, mens der i bilag IV er opstillet en oversigt over de Læringsprocesser, der kan føre til erhvervelsen af speciallægekompetence.

2.3.3 Evaluering og kompetencemåling

Målbeskrivelserne skal fremover anvise valide og realistiske målemetoder, der skal anvendes til vurdering af, om den ønskede kompetence er nået ved afslutning af et uddannelseselement. Hvis to eller flere målemetoder er ligeværdige f.s.v. angår pålidelighed og validitet bør den målemetode, der indebærer det mindste ressourceforbrug, anbefales.

Det skønnes ikke muligt at måle en læges kompetence med én enkelt målemetode. Arbejdsgruppen har derfor konkluderet, at kompetencemålingen skal foretages ved at anvende forskellige målemetoder, og at metodevalget afhænger af målet, samt den valgte metodes gennemførlighed, pålidelighed og validitet.

Metoder til evaluering af den lægelige videreuddannelse er gennemgået i rapporten vedr. kompetencemåling af speciallægeuddannelsen. Uddannelse og træning i at varetage evaluering indgår i vejlederkurserne (jf. ”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse”, Sundhedsstyrelsen, 1998).

I denne rapportes Bilag V er vist en række eksempler på metoder til kompetencemåling af de roller, der indgår i den samlede speciallægekompetence.

Evalueringssystemet i Sundhedsstyrelsens ”Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse. Struktur, retningslinier og ansvarsfordeling”, 1998 anbefales i øvrigt fastholdt uændret.

2.3.4 Den formaliserede teoretiske uddannelse (kurser m.v.)

Målbeskrivelsen skal indeholde en beskrivelse af den teoretiske uddannelse, der indgår i speciallægeuddannelsen.

De obligatoriske tværfaglige kursers placering i uddannelsesforløbet skal fastlægges.

For de specialespecifikke obligatoriske kurser (herunder kurset i forsknings- træning og eventuelle færdighedskurser) gælder, at målbeskrivelsen skal indeholde en nøje formulering af kursernes formål, omfang, form, indhold, evalueringsmetode og tidsmæssige indplacering, ligesom der skal tages stilling til, hvilke kurser der skal være obligatoriske, og hvilke der kan være valgfrie. Hertil kommer, at det valgfrie kursustilbud skal beskrives nøje.

2.3.5 Uddannelsesprogram

Der udfærdiges et uddannelsesprogram af uddannelsesstedet for hver af de stillingskategorier, der indgår i speciallægeuddannelsen på det pågældende uddannelsessted. Generelt kan uddannelsesprogrammet opfattes som uddannelsesstedets katalog over kompetencegivende uddannelsesaktiviteter, der anvendes for at opfylde målbeskrivelsen for det pågældende uddannelseselement.

2.3.6 Uddannelsesplan

Uddannelsesplanen udfærdiges i fællesskab af den uddannelsessøgende og vejlederen/tutoren i forbindelse med introduktionssamtalen og justeringssamtalen (-erne). Uddannelsesplanerne udfærdiges på baggrund af specialets målbeskrivelse,

afdelingens uddannelsesprogram for den pågældende stillingskategori og den uddannelsessøgendes hidtidige faktiske uddannelsesforløb. Til belysning af det hidtidige uddannelsesforløb kan den uddannelsessøgendes logbogsoptegnelser anvendes. For den kommende uddannelsesperiode angives i uddannelsesplanen særlige uddannelsesmæssige indsatsområder, dels hvad den uddannelsessøgende og vejlederen/tutoren forpligter sig til, for at målbeskrivelsens krav kan indfries. (Der henvises i øvrigt til “Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse”, Sundhedsstyrelsen, 1998)

2.3.7 Logbog

Målbeskrivelsen og det derudfra udarbejdede uddannelsesprogram skal udgøre det overordnede styringsinstrument i den lægelige videreuddannelse, men bør også sikres anvendt i det daglige kliniske arbejde. For at støtte dette skal den uddannelsessøgende læge føre daglige strukturerede optegnelser over uddannelsesrelevante aktiviteter. Til dette formål udarbejder det enkelte specialeselskab en logbog.

Logbogen skal ved en overskuelig og præcis udformning gøre det let og overkommeligt for den uddannelsessøgende læge at foretage de daglige optegnelser, og kan, hvis den uddannelsessøgende ønsker det, anvendes i dialogen mellem den uddannelsessøgende og hans/hendes vejleder/tutor. Herved fungerer den som et kommunikationsredskab, hvis værdi for den kontinuerlige kompetenceudvikling yderligere øges, når den følger den uddannelsessøgende gennem hele speciallægeuddannelsen.

Arbejdsgruppen anbefaler således, at der udarbejdes en logbog, der dækker både introduktionsfasen og hoveduddannelsen i det givne speciale.

Der bør - som en pendant til den modsvarende målbeskrivelsesdel - udarbejdes en logbogsdel for alle de uddannelseselementer, der indgår i speciallægeuddannelsen. Logbogen bør indeholde det materiale, der er relevant for den uddannelsessøgende, herunder uddannelsesbestemmelser, målbeskrivelse, uddannelsesprogram, uddannelsesplan og evt. checklister m.m.

Formålene med at indføre logbog er:

- at omsætte målbeskrivelsers og uddannelsesprogrammets intentioner til et brugbart værktøj i det daglige kliniske arbejde,

- at skabe daglig opmærksomhed på ansættelsens uddannelsesmæssige formål,
- at præcisere, hvilke uddannelsesmæssige aktiviteter/procedurer den uddannelsessøgende læge skal fokusere på,
- at vise effekten af de daglige uddannelsesaktiviteter og dermed dokumentere uddannelsens progression,
- at skabe et bedre og dokumenteret grundlag for det daglige samarbejde mellem den uddannelsessøgende læge og vejlederen/tutoren, herunder understøtte strukturerede samtaler og fremme evt. nødvendig justering af uddannelsesplaner.
- at etablere et bedre grundlag for fastlæggelse af relevante og nødvendige uddannelsesaktiviteter ved påbegyndelse af et nyt uddannelseselement.

2.3.8 Temadag

For at initiere og sikre en ensartet opfattelse og forståelse af de ovenfor beskrevne retningslinier for udarbejdelse af målbeskrivelser anbefaler arbejdsgruppen, at Sundhedsstyrelsen arrangerer en temadag med de videnskabelige selskaber, forudgået af Sundhedsstyrelsens officielt udmeldte retningslinier for udfærdigelse af målbeskrivelser for speciallægeuddannelsen.

3 Vejledning i udarbejdelse af målbeskrivelser

3.1 Indledning

Ved udfærdigelse af målbeskrivelser skal specialerne påse, at disse beskriver realistiske, kvantitative og kvalitative *minimumskrav* til den kompetence, der skal opnås i forløbet af og ved afslutningen af speciallægeuddannelsen. Målbeskrivelserne skal desuden udfærdiges på en sådan måde, at de danner et realistisk og operationelt grundlag for efterfølgende udfærdigelse af uddannelsesprogrammer og uddannelsesplaner.

3.2 Målbeskrivelsens opbygning

3.2.1 Beskrivelse af specialet

Der anføres en kortfattet beskrivelse af specialet, indeholdende en afgrænsning i forhold til andre specialer, herunder afgrænsning mellem funktionsvaretagelse i primær sektor (speciallægepraksis) og i sekundær sektor (sygehusvæsenet). Beskrivelsen skal indeholde en kort opsummering af specialets størrelse (f.eks. antal læger og antal ydernumre), specialets geografiske udbredning og organisation (funktionsbærende enheder og højt specialiserede enheder). Endvidere anføres antal stillinger for hver uddannelsesfase. Store eller afgørende udviklingstendenser inden for specialet anføres. Se eksempel i bilag VI A.

3.2.2 Beskrivelse af uddannelsens opbygning inden for specialet

Beskrivelsen skal indeholde en beskrivelse af uddannelsens enkelte uddannelseslementer, gerne suppleret med et kassediagram.

Beskrivelsen skal omfatte en beskrivelse af de moduler, der indgår i såvel introduktions- som hoveduddannelsen med en angivelse af de enkelte modulers indhold, varighed og tidsmæssige indplacering i uddannelsesforløbet.

Det skal af beskrivelsen fremgå, hvornår kompetencemåling skal udføres.

3.2.3 Beskrivelse af de kompetencer, der skal være erhvervet ved afslutningen af de forskellige uddannelseselementer

Der skal opstilles veldefinerede og entydige mål, der i beskrivelsen af målet angiver, hvad den uddannelsessøgende skal være i stand til at *kunne* ved afslutningen af det enkelte uddannelseselement, samt på hvilket kvalitativt niveau og under hvilke betingelser handlingen skal udføres (Ref.: VUE-projekt Roskilde Amt 1997-98).

Det skal undgås, at der opstilles diffuse mål og anvendes termer som ”have indgående kendskab til”, ”have grundlæggende viden om” og ”have kendskab til”, da de ikke er entydige. Der skal i stedet anvendes udtryk som: Den uddannelsessøgende skal ved afslutningen af det pågældende uddannelseselement ”være i stand til selvstændigt at stille en korrekt diagnose”, ”rutinemæssigt kunne udføre et fejlfrit operativt indgreb”, etc.

I bilag III er vist en oversigt over de kompetencer, der ved speciallægeuddannelsens afslutning skal være erhvervet inden for de kompetenceområder (roller), der indgår i speciallægekompetencen.

En målbeskrivelse vil som regel være udformet i prosaform, men tabelform kan også anvendes - se eksempel i bilag VI B.

3.3 Beskrivelse af læringsprocesser

På baggrund af de opstillede delmål og slutmål beskrives, hvorledes de kompetencer, der indgår i målene, skal nås. Beskrivelsen skal således omfatte en anvisning af, hvilke veje, d.v.s. undervisningsmetoder, læringsprocesser o.l., der kan føre til erhvervelse af den ønskede kompetence.

I bilag IV er opstillet en oversigt over de læringsprocesser, der kan føre til erhvervelsen af speciallægekompetence. Oversigten viser, hvorledes man i skematisk form kan opstille en oversigt over mulige læringsprocesser, der kan føre til erhvervelse af den ønskede kompetence ved afslutningen af et givet uddannelseselement.

3.4 Beskrivelse af metoder til kompetencemåling

På grundlag af de opstillede mål anvises valide og realistiske målemetoder, der kan anvendes til vurdering af, om den ønskede kompetence er nået ved afslutning af et

givet uddannelseselement. Hvis to eller flere målemetoder er ligeværdige f.s.v. angår pålidelighed og validitet bør den målemetode, der indebærer det mindste resourceforbrug, anbefales.

Der er forskellige metoder til bedømmelse af kompetence (se bilag V). Hvad angår valg af målemetoder, anbefales, at man i videst mulig omfang anvender *simple* metoder.

Det skal bemærkes, at *struktureret kollegial bedømmelse* af den uddannelsessøgende er en både valid og praktisk anvendelig form for kompetencemåling.

4 Konklusioner og anbefalinger

Arbejdsgruppen anbefaler, at der for samtlige specialer udarbejdes nye målbeskrivelser omfattende:

1. En kort beskrivelse af specialet.
2. En opstilling af klare, veldefinerede og entydige del- og slutmål med en præcis angivelse af, hvad den uddannelsessøgende skal kunne ved afslutningen af hvert enkelt uddannelses-element.
3. En nøje beskrivelse af, hvilke kompetencer der indgår i de enkelte mål.
4. En beskrivelse af de mulige processer, som fører til de opstillede mål.
5. En beskrivelse af de metoder, der er mest hensigtsmæssige at anvende ved måling af den uddannelsessøgendes kompetence ved afslutningen af et uddannelseselement såvel som ved afslutningen af speciallægeuddannelsen.

Desuden anbefaler arbejdsgruppen:

- At der udarbejdes logbog til de uddannelsessøgende i specialet.
- At Sundhedsstyrelsen gennemfører en temadag med deltagelse af de videnskabelige selskaber med henblik på ensartet opfattelse af retningslinierne for udfærdigelse af målbeskrivelser.

5 Litteratur

1. Sundhedsstyrelsens "Vejledende retningslinier for målbeskrivelser", 1992, 1995.
2. Speciallægekommissionen, rapporter fra arbejdsgruppe 3.1. og 3.2.
3. VUE - projektet for Roskilde Amt 1997-1998.
4. Karen Faurfelt et al. Læger lærer når de arbejder - men hvordan? ANDRA 1999.
5. Den uddannelsesintensive hospitalsafdeling. Mål, midler, planlægning. FAYL, 1985.
6. Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen 1998 .
7. The Good Assesment Guide, Jolly and Grant (Eds.), Joint Centre for Education in Medicine).

Bilag I

Præsentation og definition af det anvendte begrebsapparat.

1. Ved en **målbeskrivelse** forstås en beskrivelse af det eller de mål, der skal være nået ved afslutningen af et givet uddannelsesforløb.
2. Ved et **mål** forstås den sum af kompetencer, som skal være erhvervet ved afslutningen af et uddannelseselement.
3. Ved et **delmål** forstås i denne forbindelse den sum af kompetencer, som bør være opnået på et givet tidspunkt i uddannelsen.
4. Ved et **slutmål** forstås den sum af kompetencer, der skal være erhvervet ved uddannelsens afslutning.
5. Ved **kompetence** hos en læge forstås, i henhold til rapporten fra arbejdsgruppen vedr. kompetencemåling i speciallægeuddannelsen, evnen til at mestre, d.v.s. applicere og adaptere viden og færdigheder inden for områder, omfattende en flerhed af roller og egenskaber. (Se rapportens afsnit 3.1., tabel 1).

I rapporten anføres, at den færdiguddannede speciallæge skal mestre den viden og besidde de færdigheder, der er nødvendige for at honorere specialets krav til en speciallæge inden for det pågældende speciale, men at vedkommende ud over rollen som *medicinsk ekspert* også skal være i stand til at kunne mestre en række generelle kompetencer som *kommunikator, samarbejder, sundhedsfremmer, leder og administrator, akademiker og professionel*.

Kompetence kan således opdeles i:

Specialespecifik kompetence, hvorved man forstår den eller de lægefaglige kompetencer, der er specifikke for det enkelte speciale eller fagområde, d.v.s. summen af de tekniske færdigheder og teoretisk viden, som karakteriserer en speciallæge i det givne speciale.

Generel kompetence, hvorved man forstår den del af den lægefaglige kompetence, der er gældende for alle specialer, dvs. evnen til at kunne planlægge og gennemføre relevante lægelige analyse- og beslutningsprocesser, og at kunne anvende sin generelle lægelige viden og færdigheder i sammenhæng med sin specialviden og -kunnen.

I den generelle kompetence indgår også evnen til at kommunikere, samarbejde, lede og administrere samt virke som sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Speciallægeuddannelsen er opbygget således, at den tilstræber en løbende kompetenceudvikling hos den uddannelsessøgende læge, hvorfor man skelner mellem del- og slutkompetence.

Ved **delkompetence** forstås den andel af slutkompetencen, der skal være opnået ved afslutning af uddannelsens enkelte elementer.

Ved **slutkompetence** forstås den kompetence, der skal være opnået ved uddannelsens afslutning.

Slutkompetencen omfatter den sum af viden, færdigheder, holdninger og adfærd som karakteriserer den færdiguddannede speciallæge, og som opfylder de i målbeskrivelsen opstillede krav til specialespecifik-, generel medicinsk- og almen kompetence.

Bilag II

Læringsprocessen

Ved **læring** (indlæring) forstås en individuel psykologisk, kognitiv proces, som er induceret af andre (instruktion, supervision, vejledning) eller af individet selv ved læsning o.l. eller spontant (selvlæring). Ved læringsprocessen kombineres teoretisk indlæring med refleksion og analyse over tidligere og nuværende erfaringer til en syntese, som efterfølgende anvendes og uddybes.

Ved en **1. ordens læring** forstås indlærte ændringer eller justering af handling eller adfærd, baseret på erfarede resultater eller reaktioner på den forudgående udførte handling eller adfærd.

Ved en **2. ordens læring** forstås en vurdering af afvigelsen mellem det opnåede og det ønskede resultat, som giver årsag til ikke blot en justering af handlinger eller adfærd, men også til en refleksion og analyse af tilgrundliggende årsager, af faktorer og forhold som har indflydelse på handlingen og resultatet. Den lærende sætter sig således uden for situationen og foretager en intellektuel objektiv analyse, vurdering og refleksion, som resulterer i en dybere forståelse, ikke blot for den aktuelle situation, men for baggrunden for handlingsmønsteret og betydningen af resultatet.

Metoder

Ved **instruktion** forstås en undervisningsmetode, som egner sig til oplæring i konkrete tekniske og manuelle færdigheder. Instruktion har ofte karakter af regelsæt eller handlingsanvisninger på baggrund af krav om standardisering fra uddannelsesstedets side.

Ved **vejledning** forstås en dialogbaseret læringsform mellem en mere erfaren (vejleder) og en mindre erfaren (vejledte). Vejledning er basiselementet i den vejleder/tutorfunktion, som indføres eller er indført på alle niveauer i den lægelige videreuddannelse. I vejledningsfunktionen indgår en gradvis overføring af teoretisk viden og empiri, men også en overføring af fagkultur, holdninger, normer og regler for professionel adfærd samt bidrag til personlig udvikling.

Supervision indeholder flere delelementer af vejledningsfunktionen. Der indgår dog også en kontrollerende funktion med mulighed for umiddelbar feedback til

den uddannelsessøgende som inkorporerer denne i en 1. eller 2. ordens læringsproces (se disse).

Ved **formel undervisning** forstås en planlagt og tilrettelagt aktivitet med det umiddelbare formål at formidle viden og bevirke indlæring hos den uddannelsessøgende.

Feed-back

Feed-back er en nødvendig del af såvel en 1. - som en 2. ordens læringsproces.

Overordnet skal feed-back være:

- Umiddelbart efterfølgende den pågældende handling eller procedure.
- Rettet mod det mål, der var sat for læringen.
- Konkret og specifik.
- Faktuel og objektiv.
- Givet med psykologisk indsigt, starte positivt og være konstruktiv i sin form, for at forhindre blokeringer og negative holdninger.

Feed-back virker bedst, når den har karakter af en dialog mellem den uddannelsessøgende og den omverden, som er involveret i uddannelsen.

Man bør derfor overveje at beskrive de aktører, som er involveret i læringsprocessen og definere samtlige aktørers rolle f.s.v. angår deres forpligtigelse til at give kontinuerlig feed-back på den uddannelsessøgendes handlinger, arbejdsindsats, holdninger og adfærd.

Der lægges således op til, at der i målbeskrivelserne ikke blot opstilles rammer for den uddannelsessøgendes læring og kompetenceudvikling, men også rammer for den uddannelsesgivende afdelings egen læring og udvikling.

Kontinuerlig feed-back fra den uddannelsessøgendes omgivelser er nødvendig i den 2. ordens læringsproces, som udvikler generelle kompetencer, faglig modenhed, adækvat fagkultur og etik.

Ved den gensidige tilpasning og justering, der er en følge af en kontinuerlig feed-back, stimuleres professionalisme, evnen til at indgå i menneskelige relationer samt det faglige fællesskab, og rammerne for de generelle kompetencer skabes. Samtidig udvikles den uddannelsesgivende afdelings evne til fornyelse og faglig

udvikling, hvortil kommer, at holdningen til de pædagogiske aktiviteter, som berører medarbejderne, ofte bedres.

Der er næppe tvivl om, at kontinuerlig feed-back er af afgørende betydning for udviklingen af en række af de almene kompetencer så som holdning, adfærd, etik og moral, ligesom det må antages, at den fagkultur og de faglige værdier, der indkorporeres i løbet af speciallægeuddannelsen præges af en kontinuerlig feed-back. Feed-back gives i et vist omfang af alle de personer, den uddannelsessøgende kommer i kontakt med i løbet af uddannelsen, men ikke mindst ældre kollegers og især faglige chefers bevidste eller ubevidste feed-back i form af attitude, adfærd, holdninger, rituelle handlinger o.l., der er med til at præge den uddannelsessøgende og indlejres som fagkultur hos denne.

En sådan bevidst eller ubevidst læring kan i et vist omfang styres, hvis vejledere og faglige chefer er sig det bevidst og for de seniore læger, der fremover overdrages i mentorfunktionen, vil dette kunne få stor betydning for udviklingen af de uddannelsessøgendes almene kompetencer og fagkultur.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at det enkelte speciales fagkultur, herunder specialets gældende normer for adfærd, etik o.l. i sig selv udgør en kontrollerende og justerende feed-back mekanisme. Denne gensidige tilpasning mellem medlemmerne inden for samme fagområde har vist sig at være en langt kraftigere adfærds- og holdningsregulerende mekanisme end nedskrevne regler for adfærd.

Bilag III A

Oversigt over de kompetencer, der ved speciallægeuddannelsens afslutning skal være erhvervet inden for de kompetenceområder (roller), der indgår i speciallægekompetencen.

| Rolle | Kompetence (hvad speciallægen skal kunne) |
|--------------|--|
|--------------|--|

| | |
|------------------------------|---|
| Medicinsk Ekspert | <ol style="list-style-type: none">1. Optage en anamnese, som er fyldestgørende i relation til patientens problem.2. Gennemføre objektiv undersøgelse, der som minimum opfylder specialets specifikke standarder.3. Anvende optimal medicinsk diagnostik.4. Fortolke og anvende de opnåede data i patientvaretagelsen.5. Formidle vurderinger og anbefalinger i forståelig form.6. Anvende viden og ekspertise i udførelse af tekniske færdigheder relevant i hans/hendes speciale.7. Opsøge og implementere viden som er nødvendig i varetagelsen af patienter i relation til behov og forventninger fra samfundet.8. Vurdere, finde, supplere og applicere information, der er nødvendig for problemløsning, samt introducere nye terapeutiske muligheder i klinisk praksis.9. Udvide medicinsk ekspertise i andre situationer end de, som involverer direkte patientbehandling (præsentationer, medikolegale sager, m.m).10. Være kritisk over for egen formåen. |
| Samarbejder | <ol style="list-style-type: none">1. Identificere og beskrive roller, ekspertise og begrænsninger for alle medlemmer af tværfaglige teams, som er nødvendige for optimal opnåelse af mål relateret til patientvaretagelse, videnskabelige problemer, uddannelsesmæssige opgaver eller administrative opgaver.2. Fastlægge behandlingsplan for en patient i samarbejde med medlemmer af det tværfaglige team.3. Indgå i tværfaglige team-møder med respekt for de øvrige team-medlemmers mening og og samtidig bidrage med sin egen specialespecifikke ekspertise. |

4. Formidle hvordan sundhedsorganisationen påvirker patientbehandling, forskning og uddannelsesmæssige aktiviteter lokalt, regionalt og nationalt.
5. Samarbejde med medlemmer af det tværfaglige team i løsning af konflikter, give feedback og hvor det er hensigtsmæssigt kunne indtage en lederrolle.

Kommunikator

1. Anerkende, at læge-patient kontakten er essentiel for lægegeringen og fremmer patienttilfredshed og compliance såvel som influerer på manifestationer og forløb af patientens sygdom.
2. Udvide forståelse, tillid, respekt, empati og fortrolighed over for patienten. Speciallægen skal kunne etablere, vedligeholde og afslutte en professionel relation til patient og pårørende.
3. Indsamle information - ikke kun om sygdom, men også om patientens forestillinger, bekymringer og forventninger angående aktuelle sygdom og overveje betydningen af faktorer så som patientens alder, køn, etnisk, kulturel og socioøkonomisk baggrund og åndelige værdier.
4. Informere patient og pårørende på en menneskelig og forståelig måde, opfordre til diskussion og involvere patienten i beslutningsprocessen i den udstrækning, det ønskes.
5. Forstå og påvise betydningen af samarbejde og kommunikation mellem de sundhedsmedarbejdere, som er ansvarlige for den aktuelle patient, således at medarbejdernes roller er afgrænsede, og at der gives enslydende meddelelser til patienter og pårørende.
6. Kunne samarbejde med personer, hvor kommunikationen kan være vanskelig på grund af psykisk afvigelse eller anden etnisk-kulturel baggrund.
7. Formidle information til befolkning og medier på områder af lokal interesse.

Leder/ administrator

1. Fungere effektivt i sundhedsorganisationer, lige fra individuel klinisk praksis til organisationer på lokalt, regionalt og nationalt niveau.

2. Forstå struktur, finansiering og funktion af det danske sundhedssystem og dets faciliteter, fungere effektivt inden for systemet og være i stand til at spille en aktiv rolle i dets forandring.
3. Kunne søge og anvende en bred base af information vedr. behandling af patienter i ambulatorier, hospitaler eller andre sundhedsinstitutioner.
4. Træffe kliniske beslutninger og foretage en fornuftig afvejning vedrørende fordele for individuelle patienter og befolkning. Dette betyder en vejledende rolle primært for individer, men dog i relation til samfundsmæssige behov for monitorering og allokering af nødvendige ressourcer.
5. Indgå i et effektivt samarbejde i et team eller partnerskab både som teamleder og som teammedlem.
6. Forestå befolkningsbaserede kontakter til sundhedsvæsenet og deres implikationer for medicinsk praksis.
7. Deltage i planlægning, budgettering og evaluering af handlingsprogrammer.

Akademiker

1. Klinisk:
 - a. Opstille en klinisk problemstilling.
 - b. Anerkende og påvise manglende viden og ekspertise omkring de kliniske problemstillinger.
 - c. Formulere en plan til at udfylde hullerne: udføre en hensigtsmæssig litteratursøgning baseret på den kliniske problemstilling, gennemgå litteraturen, udvikle et system til opbevaring og genfindning af litteratur, konsultere andre på en kollegial måde.
 - d. Foreslå en løsning af den kliniske problemstilling.
 - e. Implementere løsningen i praksis, evaluere resultatet og revurdere løsningen.
 - f. Identificere praksisområder egnede til forskning.
2. Videnskabeligt:
 - a. Formulere et videnskabeligt spørgsmål (klinisk, basalvidenskabeligt eller befolkningssundhed).
 - b. Udarbejde en projektbeskrivelse til besvarelse af det videnskabelige spørgsmål: udføre en hensigtsmæssig litteratursøgning baseret på det videnskabelige spørgsmål,

identificere, konsultere og samarbejde med relevante eksperter for at udføre undersøgelsen, konsultere andre på en kollegial måde.

- c. Gennemføre undersøgelsen efter forslaget.
- d. Forsvare og udbrede resultaterne af undersøgelsen.
- e. Identificere områder for fremtidige undersøgelser som udspringer af resultaterne.

3. Uddannelsesmæssigt:

- a. Have basalviden om og evne og motivation til at anvende principper for voksenlæring i forbindelse med sig selv og andre.
- b. Udvide forståelse for foretrukne læringsmetoder hos studenter, yngre læger og andre kolleger

Sundhedsfremmer

1. Lægen skal kunne følgende:

- a. Identificere de mest betydningsfulde faktorer, der er af betydning for sundhed, være fortrolig med den underliggende videnskabelige evidens og kunne applicere denne forståelse på almindelige problemer og tilstande, som optræder i specialet.
- b. Beskrive hvordan sundhedspolitik er udviklet; identificere nuværende politikker, som påvirker sundhed i enten positiv eller negativ retning; kunne give eksempler på, hvordan sundhedspolitik er blevet påvirket ved lægelig intervention.

2. Udvide forståelse for disse begreber på følgende tre niveauer:

- a. I varetagelsen af den enkelte patient gennem identifikation af patientens status mht. en eller flere af faktorerne for sundhed; tilpasse vurdering og varetagelse i henhold til dette (den medicinske anamnese og patientens sociale forhold); vurdere patientens evne til og mulighed for at anvende de tilstedeværende tilbud i sundheds- og socialsystemet.
- b. I analyse af specialets patientpopulation samarbejde med de videnskabelige selskaber og andre foreninger for at identificere aktuelle risikogrupper inden for specialet og

anvende den tilgængelige viden om forebyggelse på disse grupper inden for området, herunder at bidrage med 'gruppe-data' til en bedre forståelse af sundhedsproblemer inden for patientpopulationen.

- c. I relation til befolkningen ved i bred form at kunne beskrive de væsentlige, aktuelle områder, som debatteres i forbindelse med landets sundhedssystem. Speciallægen skal herunder kunne angive, hvordan disse forandringer kan have indflydelse på befolkningens generelle sundhedsstatus og rådgive om, hvordan sygeligheden hos befolkningen inden for det givne speciales område kan nedbringes gennem det videnskabelige selskab, myndigheder, offentlige uddannelsesinstitutioner eller private organisationer.

Professionel

1. Disciplin-baserede mål:

- a. At kunne udvise holdninger og adfærd, som almindeligvis tages som udtryk for professionalisme.
- b. At kunne anvende hensigtsmæssige metoder for at opretholde og udvikle faglig kompetence.
- c. At løbende kunne bedømme egne evner, viden og færdigheder og kende egne begrænsninger i faglig kompetence.

2. Mål relaterede til personlige/faglige grænseflader:

- a. At tilegne sig specifikke metoder for at højne personlig og faglig opmærksomhed og evne til at løse uoverensstemmelser mellem fagfolk.
- b. Omhyggeligt at tilstræbe en balance mellem personlige og faglige roller og ansvar og at tilvejebringe forskellige måder til løsning af konflikter og begrænsninger i rollerne.

3. Mål relateret til etik og faglige foreninger:

- a. At kende og forstå det faglige, lovgivningsmæssige og etiske kodeks, som læger er bundet af.
- b. At erkende, kunne analysere og forsøge at løse etiske problemer, som optræder i det kliniske arbejde, så som "at fortælle sandheden", indhente samtykke, tavshedspligt, tæt personlig rådgivning, oplysning om overgang

til terminal pleje, interessekonflikter, ressourceallokering, videnskabsetik, m.m.

c. At kunne forstå og være i stand til at anvende de relevante administrative regler og love i sundhedsvæsenet, som regulerer ens egen kliniske funktion.

d. At erkende, analysere og kunne håndtere uprofessionel adfærd i klinisk praksis, og herunder tage lokale og centrale myndigheders forordninger i betragtning.

Bilag IV

Læringsprocesser, der kan føre til erhvervelsen af speciallægekompetence.

| Roller | Praksis/erfaring | Strukturering/ Fokusering af oplæring | Workshops/kurser |
|---------------------------------|--|---|--|
| Medicinsk ekspert | <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk arbejde • Selvstyret læring • Læringsdagbøger • Uddannelsesbøger • Logbøger • Vejledning | <ul style="list-style-type: none"> • EBM opgaver • Miniprojekter • Fokuserede studieophold • Ambulatorier, elektive enheder, m.m. • IT-baserede uddannelsesmaterialer | <ul style="list-style-type: none"> • Informationssøgning og håndtering • Simulationsscenarier • Færdighedskurser • Standardiserede patienter |
| Kommunikator | <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk arbejde • Feedback fra kolleger, patienter, andre personalegrupper • Videofeedback, bånd-opt. | <ul style="list-style-type: none"> • Individuel og gruppe refleksion over erfaring • Opgaver vedr. organisationen, kommunikationsveje, m.m. | <ul style="list-style-type: none"> • Rollespil • Simulerede patienter • Vanskelige/specielle samtaler |
| Samarbejde | <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk arbejde • Feedback fra samarbejdspartnere i klinikken • Feedback fra andre samarbejdspartnere • Videofeedback | <ul style="list-style-type: none"> • Individuel og gruppe refleksion over erfaring • Fokuserede studiebesøg • IT-baserede uddannelsesmaterialer | <ul style="list-style-type: none"> • Team øvelser • Simulationsscenarier |
| Leder/ Administrator | <ul style="list-style-type: none"> • Administration og prioritering af egen tid og ressourcer i praksis • Patientadministration • Personaleadministration, -planlægning i klinikker og afdelinger | <ul style="list-style-type: none"> • MTV opgaver • Individuel og gruppe refleksion over fordeling af ressourcer • Fokuserede studiebesøg • Fjernundervisningsmaterialer | <ul style="list-style-type: none"> • Ledelse i sundhedsvæsenet • Vejledning og supervision af andre |
| Sundhedsfremmer | <ul style="list-style-type: none"> • Afdelinger • Ambulatorier • Patientforeninger/ andre institutioner • Andre samfundssenarier | <ul style="list-style-type: none"> • Tværfaglige evt. samfundsbaseede projekter • Udarbejdelse af skriftlige materialer | <ul style="list-style-type: none"> • Skriftlig og mundtlig præsentationsteknik • Internetpræsentation • Sundhedspædagogik • Epidemiologi |
| Akademiker | <ul style="list-style-type: none"> • Selvstyret læring • Evidensbaseret praksis • Livslang læring • Refleksion over praksis • Vejledning af andre • Undervisning • Planlægning af uddannelse/undervisning | <ul style="list-style-type: none"> • Litteraturopgaver • Forskningsprojekter • Kvalitetssikringsopgaver • MTV opgaver • Kliniske standarder/ instrukser • Audits • Evalueringsstudier vedr. uddannelse/undervisning | <ul style="list-style-type: none"> • Kritisk litteraturlæsning • Datahåndtering og statistik • Medicinsk pædagogik • Projektstyring og projektorganisation |
| Professionel | <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk arbejde • Selvstyret læring • Feedback fra omgivelser | <ul style="list-style-type: none"> • Individuel og gruppe refleksion over etik, holdninger, prioriteringer • Fokuserede studiebesøg/-opgaver vedr. kulturelle minoriteter • Individuel og gruppe refleksion over kollegialitet, samarbejdsproblemer, misbrug, m.m. | <ul style="list-style-type: none"> • Ethiske og prioriteringsmæssige dilemmaer • Lovgivningsmæssige forhold/egne holdninger • Medikolegale forhold • Kollegiale dilemmaer • Patienters opfattelser, integritet, ansvar og frihed vedr. valg af behandling, tilfredshed, m.m |

Bilag V

Angivelse af eksempler på metoder til kompetencemåling af de roller, der indgår i speciallægekompetencen.

| Roller | Vurdering af kompetence i relation til det egentlige arbejde i klinikken | Vurdering af kompetence i forbindelse med supplerende uddannelsestiltag | Specifikke tests |
|----------------------------|--|--|---|
| Medicinsk ekspert | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Observationsdage • Kvantitative+kvalitative checklister • Læringsdagbøger • Vurdering af selvstyret læringsdokumenter • Vurdering af journalnotater, epikriser, m.m. | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af EBM opgaver | <ul style="list-style-type: none"> • Progressionstest af viden og viden om færdigheder • OSKE på lave niveauer • OSKE efter specielle færdighedskurser |
| Kommunikator | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra patient, kolleger, andet personale • Vurdering af videooptagelse | | <ul style="list-style-type: none"> • OSKE på lave niveauer • OSKE efter specielle kommunikationskurser |
| Samarbejder | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra kolleger, andet personale • Vurdering af videooptagelse | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af opgaver | <ul style="list-style-type: none"> • Observation i simulations-senarier |
| Leder/administrator | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra kolleger, andet personale | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af opgaver • Vurdering af projekter | |
| Sundhedsfremmer | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret observation i klinikken • Struktureret tilbagemelding fra patienter | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af informationsmateriale • Vurdering af oplysningskampagne, projekt, m.m | |
| Akademiker | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af selvstyrede læringsdokumenter • Vurdering af instrukser udarbejdet af uddannelsessøgende • Struktureret vurdering af præsentationer • Struktureret vurdering af undervisning • Struktureret vurdering af vejledningsopgaver • Struktureret vurdering af uddannelsesplanlægningsopgaver | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af EBM-opgaver • Vurdering af litteraturopgaver • Vurdering af forskningsprojekter, kvalitetssikringsprojekter, MTV-projekter • Peer-review af artikler | |
| Professionel | <ul style="list-style-type: none"> • Struktureret tilbagemelding fra omgivelser • Vurdering af selvstyrede læringsdokumenter | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering af opgaver • Vurdering af interaktion i gruppediskussioner | |

Bilag VI

Dette bilag indeholder eksempler fra de tre videnskabelige selskabers forslag (Dansk Ortopædisk Selskab (bilag VI A), Dansk Neurologisk Selskab (bilag VI B) og Dansk Oftalmologisk Selskab (bilag VI C) til målbeskrivelser udfærdiget efter intentionerne i de nye retningslinier. Eksemplerne fremtræder let redigerede.

Bilag VI A

Eksempel på beskrivelse af speciale

Beskrivelse og afgrænsning af specialet *ortopædisk kirurgi*

Ortopædisk kirurgi varetager forebyggelse, diagnostik og behandling af lidelser i ekstremiteter og columna. Faget er således centralt placeret i behandlingen af medfødte, traumatologiske, udviklingsbetingede, degenerative, infektiøse og neoplastiske lidelser i bevægeapparatet. Herudover leder ortopædkirurger behandling af multitraumatiserede patienter. Faget har i de senere år gennemgået en betydelig subspecialisering med dannelse af interessegrupper og/eller specialeselskaber inden for håndkirurgi, børneortopædi, skulder-albue-kirurgi, rygkirurgi, idrætstraumatologi, knæ- og hoftealloplastik, traumatologi, onkologi og podologi. Ortopædisk kirurgi er det største skærende speciale i Danmark med en årlig registrering af ca. 75.000 indgreb i landpatientregisteret. Faget er repræsenteret med ca. 48 ortopædiske enheder på landets sygehuse. En del funktioner varetages desuden i speciallægepraksis og på privathospitaler. Der er godt 2000 ortopædkirurgiske sengepladser på landsplan.

Regionalt samarbejde mellem flere hospitalsafdelinger ses i øget omfang omkring specialiserede funktioner, således at tilstrækkeligt erfaringsgrundlag og høj behandlingskvalitet sikres. En stor teknologisk udvikling har gjort, at mange ortopædiske indgreb kan foretages enten som dagkirurgi eller under kort indlæggelse med hurtig rehabilitering. Der er etableret landsregistre for kvalitetssikring af kunstige hofte- og knæled og discusprolapsoperationer.

Den ortopædiske forskningsaktivitet er bredt dækkende fra ulykkesprofylakse, klinisk forskning til eksperimentel ortopædi. Faget besidder aktuelt 4 professorater. Dansk ortopædisk grundforskning er placeret på verdenskortet inden for områderne knoglepatofysiologi, proteseforankring og biomekanik. Mange problemer løses i tværfagligt forskningssamarbejde med andre specialer.

Danske ortopædkirurger har siden 1945 været organiseret i Dansk Ortopædisk Selskab, der afholder videnskabelige møder 2 gange årligt. Selskabet har ca. 650 aktive medlemmer, heraf 473 speciallæger. Faget råder over ca. 28 undervisningsstillinger per år med dertil knyttede 1. reservelægestillinger.

Bilag VI B

Eksempel på målbeskrivelse udfærdiget i tabelform.

Kompetenceniveauet ved afslutningen af de enkelte elementer af uddannelsen

I det følgende beskrives i skemaform, hvilke kompetencer, der skal være erhvervet ved afslutningen af speciallægeuddannelsens enkelte elementer.

Skemaet omfatter følgende kompetenceområder (**1. ciffer**):

Kompetenceområder

1. Medicinsk Ekspert
2. Kommunikator
3. Samarbejde
4. Leder/administrator
5. Sundhedsfremmer
6. Akademiker
7. Professionel

Medicinsk ekspert er yderligere opdelt i følgende delelementer (**2. ciffer**):

Medicinsk ekspert delelementer

- .1 Anamnese
- .2 Objektiv undersøgelse
- .3 Diagnostiske metoder
- .4 Fortolkning og anvendelse af opnåede data i patientvaretagelsen
- .5 Formidle forståeligt
- .6 Opspore og anvende information (holdning, færdighed, vurdere, applicere, introducere)

Følgende neurologiske fagområder er inkluderet (**3. ciffer**):

Fagområder

- ..1 bevægeforstyrrelser
- ..2 cerebrovaskulære sygdomme
- ..3 demens
- ..4 dissemineret sklerose
- ..5 epilepsi
- ..6 hovedpine & smerte
- ..7 neuroinfektioner
- ..8 neuromuskulære sygdomme
- ..9 neuroonkologi
- ..10 neurorehabilitering
- ..11 neurotraumatologi
- ..12 andre tilstande

Eksempelvis læses skemaet således:

1.1.2: Medicinsk ekspert vedrørende anamnese af cerebrovaskulære sygdomme og dette kan yderligere gøres mere explicit ved f.eks.:

1.1.2: Ved optagelse af anamnese med vægt på familiær disposition, risikofaktorer og symptomforløb, skelne TIA's karakteristika fra epilepsi, migræneaura og andre episodiske fænomener.

1.2.2: Ved objektiv neurologisk undersøgelse med vægt på forløbet over tid skelne TIA's karakteristika fra epilepsi, migræneaura og andre episodiske fænomener.

1.5.4: Medicinsk ekspert vedrørende forståelig formidling af anbefalinger om dissemineret sklerose

og dette kan yderligere gøres mere explicit ved f.eks.:

1.5.4: Forståelig formidling af vurderinger og anbefalinger vedrørende betainterferons effekt for en given forløbsform af dissemineret sklerose.

I skemaet er *angivet med X*, hvornår under uddannelsesforløbet den pågældende kompetence skal være erhvervet.

4.2.1. Beskrivelse af læringsprocesser

Undervisningsmetoder og læringsprocesser, der kan føre til erhvervelse af den ønskede kompetencer anført nedenfor.

Indlæringsmetoder

- L 1 Klinisk arbejde
- L 2 Selvstudium
- L 3 Bed-side vejledning og supervision
- L 4 Færdighedskurser
- L 5 Simulationsscenarier/rollespil
- L 6 Kurser
- L 7 Special ambulatorier
- L 8 MTV opgaver
- L 9 Kvalitetssikringsopgaver
- L10 Videnskabelige projekter
- L11 Tildeling af afgrænsede specifikke opgaver
- L12 Undervisningsopgaver
- L13 Afdelingsundervisning og konferencer
- L14 Litteraturopgaver
- L15 Vejledning af andre
- L16 Fokuserede studieophold

I skemaet fremgår de læringsprocesser, der primært tænkes anvendt ved tilegnelsen af de specifikke kompetencer.

4.2.2 Metoder til kompetencemåling

De væsentligste evalueringsmetoder for de specifikke kompetencer er anført i skemaets sidste kolonne og omfatter følgende:

Evalueringsmetoder

- E 1 Struktureret observation i klinikken
- E 2 Læringsdagbog
- E 3 Checkliste
- E 4 Multiple-choice test
- E 5 Progressionstest
- E 6 OSKE (objektiv struktureret klinisk eksamen)
- E 7 Vurdering af videooptagelser
- E 8 Vurdering af gennemførte opgaver
- E 9 Struktureret tilbagemelding fra kolleger, andet personale

Evalueringsamtaler anvendes fortsat til overordnet monitorering (kontrol og justering) af kompetenceudviklingen og evalueringen af den kliniske uddannelse, jvf. "Vejledning og evaluering i den lægelige videreuddannelse" Sundhedsstyrelsen, 1998.

Evalueringsmetoder
Indlæringsmetoder
I II III

1 Medicinsk ekspert

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|----------------|-------|
| 1.1.2 | Ved optagelse af anamnese med vægt på symptomdebut og symptomudvikling samt risikofaktorer påpege indicier for cerebrovaskulær sygdom | X | | | 1,2,3,13 | 1-4 |
| | Ved optagelse af anamnese kunne skelne cerebrovaskulære sygdomme fra andre neurologiske tilstande såsom neoplasmer, infektioner, degenerative og demyeliniserende lidelser | | X | | 1,2,3,13 | 1-4 |
| | Ved optagelse af anamnese med vægt på familiær disposition, risikofaktorer og symptomforløb, skelne TIA's karakteristika fra epilepsi, migræne og andre episodiske fænomener | | X | | 1,2,3,13 | 1-4 |
| | Ved optagelse af anamnese påpege indicier for SAH | X | | | 1,2,3,13 | 1-4 |
| 1.1.3 | Ved mistænkt demens optage anamnese med belysning af forløb, symptomatologi, social funktion, ernæring, misbrug, øvrigt helbred. | | X | | 1-3,6 | 1 |
| 1.1.4 | Ved optagelse af anamnese med vægt på familiær disposition, alder og symptomforløb, kunne identificere patienter der må mistænkes at have dissemineret sclerose og andre demyeliniserende sygdomme | | X | | 1-3,6,13 | 1,5,6 |
| 1.1.5 | Ved optagelse af anamnese med vægt på familiær disposition, alder, anfaldsbeskrivelse, traumer, øvrigt helbred, kunne identificere patienter der må mistænkes at have epilepsi og skelne dem fra syncoper, migræneaura, hypoglycæmi, panik angst, narcolepsi m.m. | X | | | 1,2,3,13 | 1,2,4 |
| 1.1.6 | Ved optagelse af anamnese med vægt på symptomudvikling-, lokalisation-, karakter, traumer, øvrigt helbred, arbejdsforhold m.m kunne identificere mulige smertemekanismer | X | | | 1-3,6,13 | 1,2,4 |
| 1.1.6 | Anamnestisk kunne skelne primære og sekundære hovedpinesygdomme | X | | | 1,2,3,6,7,13 | 1-4 |
| | Anamnestisk kunne skelne mellem de forskellige primære hovedpinesygdomme | | | | 1,2,3,4,6,7,13 | 1-4 |
| 1.1.8 | På baggrund af sygehistorie opdele polyneuropatier i akutte, subakutte og kroniske | | X | | 1,2,3,6,13 | 1,2-6 |
| | Ved mistænkt polyneuropati optage anamnese med belysning af forløb, familiær disposition, symptomatologi, ernæring, misbrug, arbejdsforhold og øvrigt helbred. | | X | | 1-3,6,13 | 1,4,5 |
| | Ved optagelse af anamnese med vægt på symptomer, familiær disposition, traumer, arbejdsforhold, øvrigt helbred. m.m, kunne erkende og identificere årsager til mononeuropatier og plexuslæsioner | | X | | 1-3,6,13 | 1,4,5 |
| | Ved optagelse af anamnese med vægt på symptomer på muskelsvækkelse og udtrætning, smerter, forløb, familiær disposition, øvrigt helbred. m.m. kunne erkende myopatier samt klassificere disse | | X | | 1-3,6,13 | 1,4,5 |
| | Med vægt på symptombeskrivelse skelne myastenia gravis fra andre muskellidelser, nervesygdomme og psykiatriske lidelser | | | X | 1-3,6,13 | 1,4,5 |
| 1.2.0 | Udføre en komplet objektiv neurologisk undersøgelse | X | | | 2-4,7,13 | 1 |
| 1.2.2 | Målrettet objektiv neurologisk undersøgelse mhp. relevante kliniske fund forenelige med cerebrovaskulær sygdom | X | | | 1,2,3,13 | 1,2,3 |

| | | | | | | |
|--------|--|--------|---|---|-------------------|--------------|
| | Ved objektiv neurologisk undersøgelse finde relevante kliniske fund, der understøtter mistanke om SAH | X | | | 1,2,3,13 | 1,2,3 |
| 1.2.3 | Gennemføre MMSE (minimal mental status score) Undersøge for gribe-, palmomomentum-, snout-, og glabella tapreflekser | X | | X | 2-6 1-4,13 | 1,7 1,6 |
| 1.2.4 | Undersøge for hyppige DS relaterede fund (afblegede papiller, Lhermitte tegn, internucleær oftalmoplegi mgl. Abdominal-reflekser etc.) | | X | | 1-4,13 | 1,6 |
| 1.2.5 | Ved observation skelne epileptiske anfalds karakteristika fra pseudoanfald, lipotymier m.m. | | X | | 1-4,7,13 | 1,4,6 |
| 1.2.6 | Udføre palpation af muskler, led, knogler, nerver til vurdering af ømhed | X | | | 1-4,13 | 1,2,6 |
| | Udføre sensorisk undersøgelse af huden for nedsat og øget sensibilitet for let berøring, varme, kulde, stik. Påvise efter-sensation og temporal sensation. | | | | 1-4,13 | 1,2,6 |
| 1.2.8 | Måltrettet undersøge motorisk, sensorisk og autonom funktion mhp polyneuropati | X | | | 1-4,13 | 1,6 |
| | Måltrettet undersøge motorisk og sensorisk mhp mononeuropatier og plexuslæsioner | | X | | 1-4,13 | 1,6 |
| | Undersøge skeletmuskulaturen for trofik, tonus, styrke, ømhed, myotoni, og spontane kontraktioner | X | | | 1-4,7,13 | 1,5,6 |
| | Kende karakteristiske paresefordelinger for myopatier | | X | | 1-4,7,13 | 1,5,6 |
| | Udføre standardiserede skeletmuskuludtræningstests (Jolly, strakt-arm m.m.) | | X | | 1-4,7,13 | 1,5,6 |
| | Kende myastent fascies | | X | | 1-4,7,13 | 1,5,6 |
| 1.2.12 | Udføre hjernedødsundersøgelse | | | X | 2,3,6 | 5,9 |
| 1.3.2 | Etablere et undersøgelsesprogram for akut apopleksi | X | | | 1,2,3,13 | 1-4 |
| | Iværksætte relevant udredningsprogram for SAH | X | | | 1,2,3,13 | 1-4 |
| | Etablere et undersøgelsesprogram for årsager til apopleksi | X | | | 1,2,3,13 | 1-4 |
| 1.3.3 | Etablere et undersøgelsesprogram for årsager til demens | | X | | 1-3,6 7,13 | 5,6 |
| | Ved demens erkende hydrocephalus, multiple infarkter, traumefølger m.m. på CT og MRI | | X | | 1,6,13 | 5,6 |
| 1.3.4 | Udføre lumbalpunktur med udtagelse af spinalvæske Bestille relevante laboratorieundersøgelser på spinalvæske | X X | | | 1-4 1-3,6,7,13 | 1,6 4,5,6 |
| | Kende indikationer for og tolke evokeret potential undersøgelser | | X | | 1-3,6,7,13 | 4,5,6 5 |
| | Ved DS erkende karakteristiske plaques på MRI | | | X | 1,6,13 | |
| 1.3.5 | Bestille standard eller specielle EEG undersøgelser (søvn-, sphenoidalelektrode-EEG) ved anfaldsfænomener | | | X | 1-3,6,7,13 | 4,5,6 |
| | Kende indikationer for video-EEG | | | X | 1-3,6,7,13 | 4,5,6 |
| | Kende for epilepsi relevante afvigelser fra det normale MRI af hjernen, herunder medfødte og erhvervede temporallapsanomalier | | | X | 1,6,13 | 4,5 |
| | Kende indikationer for specielle MR-tekniker såsom relaxationstidsmåling og spektroskopi ved epilepsi | | | X | 1,6,13 | 4,5 |
| | Ved overvejelser om epilepsikirurgi planlægge undersøgelsesprogram med neuropsykologisk undersøgelse, video-EEG og SPECT for at identificere fokus | | | X | 1,6,13 | 4,5 |

| | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|------------------|------------|
| | Bestille relevante klinisk biokemiske undersøgelser ved anfaldsfænomener | | | X | 1-3 6,13 | 1,4-6 |
| 1.3.6 | Etablere et undersøgelsesprogram for udredning af hoved-pinesygdom | | X | | 1,2,3, 6,7,13 | 1-4 |
| 1.3.8 | Bestille relevante neurofysiologiske undersøgelser ved polyneuropati | | X | | 1-3 6,13 | 1,5,6 |
| | Bestille relevante klinisk biokemiske undersøgelser ved polyneuropati | X | | | 1-3 6,13 | 1,4-6 |
| | Bestille relevante neurofysiologiske undersøgelser ved mononeuropatier og plexuslæsioner | | X | | 1-3 6,13 | 1,5,6 |
| | Bestille relevante neurofysiologiske undersøgelser ved myopati | X | | | 1-3 6,13 | 1,5,6 |
| | Bestille relevante klinisk biokemiske undersøgelser ved myopati | | X | | 1-3, 6,13 | 1,4-6 |
| | Tage stilling til indikation for muskelbiopsi | | | X | 1-3 6,7,13 | 1,4-6 |
| | Udføre McArdle test | X | | | 1-3 6,7,13 | 1,4-6 |
| | Udføre tensilon-test | | X | | 1-3 6,7,13 | 1,4-6 |
| | Bestille relevante neurofysiologiske, serologiske, og radiologiske tests ved mistanke om myastenia gravis | | X | | 1-3 6,7,13 | 1,4-6 |
| | Kende muligheden for udførelse af kvantitativ sensorisk testning | | | | 6,13 | 4,5 |
| 1.3.12 | Tolke fundene ved hjernedødsundersøgelse og konkludere hjernedøds tilstedeværelse | | | X | 2,3,6 | 5,9 |
| 1.4.2 | Tolke CT og MRI fund ved cerebrovaskulære sygdomme | | X | | 1,2,3, 6,13 | 1,2,3 |
| | Tolke spinalvæskefund ved udredning for SAH | X | | | 1,2,3, 6,13 | 1-4 |
| | Iværksætte relevant akut behandling ved apoplexia cerebri | X | | | 1,2,3, 13 | 1,2,3 |
| | Iværksætte relevant profylaktisk behandling ved apoplexia cerebri | | X | | 1,2,3, 13 | 1,2,3 |
| | Identificere og visitere kandidater til neurokirurgisk intervention | X | | | 1,2,3, 6,13 | 1,2,3 |
| 1.4.3 | Skelne demens fra akutte konfusionstilstande og psykoser | | X | | 1-3, 7,13 | 1,5 |
| | På basis af anamnese, obj. us., samt diagnostiske tests inddele demenstilstande efter udløsende årsag | | X | | 1-3, 6,7,13 | 5 |
| | Iværksætte medicinsk behandling for demens på evidensbaseret grundlag | | X | | 2,3, 6,7,13 | 5 |
| 1.4.4 | Kende forløbsformer for DS | X | | | 1-3, 6,7,13 | 4,5,6 |
| | Med kendskab til relevante kliniske skalaer gradere sikkerheden for DS diagnosen, invaliditetetsgrad etc. | | X | | 1-3, 6,7,13 | 4,5,6 |
| | Tolke IgG-index | X | | | 1-3, 6,7,13 | 4,5,6 |
| | Instituere attack behandling og sygdomsmodificerende DS behandling | | X | | 1-3, 6,7,13 | 4,5,6 |
| | Iværksætte rehabiliteringsinitiativer ved DS | | | X | 1-3, 6,7,13 | 4,5,6 |
| 1.4.5 | På baggrund af anamnese, objektive fund, EEG, neuroradiologi og klinisk biokemiske undersøgelser klassificere epilepsi som primær eller symptomatisk samt efter anfaldstype | | X | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---------------|------------|
| | På baggrund af klassifikation, alder, og øvrigt helbred iværksætte og monitorere medikamentel antiepileptisk behandling | | X | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | Identificere og visitere kandidater til epilepsikirurgi | | | X | 1-3, 6,7,13 | 4,5,6 |
| 1.4.6 | På baggrund af anamnese, objektiv undersøgelse og evt. parakliniske undersøgelser karakterisere kroniske smertetilstande som overvejende nociceptivt, neurogent eller psykosocialt betingede | | X | | 1-3, 6,7,13 | 4,5,6 |
| | Iværksætte og følge op på medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlinger for kronisk smerte | | X | | 1-3, 6,7,13 | 4,5, 6,9 |
| | På baggrund af anamnese, objektiv og paraklinisk undersøgelse kunne skelne primære og sekundære hovedpine-sygdomme | X | | | 1,2,3, 7,13 | 1-4 |
| | Iværksætte relevante medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlinger for de forskellige hovedpineformer inkl. medicininduceret hovedpine | | X | | 1,2,3, 6,7,13 | 1-4 |
| 1.4.8 | På baggrund af anamnese, objektive fund, neurofysiologi, og klinisk biokemiske undersøgelser angive en sandsynlig årsag til polyneuropati | X | | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | Med baggrund i sandsynlig årsag til polyneuropati iværksætte profylaktiske foranstaltninger og symptomlindring | | X | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | Med baggrund i sandsynlig årsag til polyneuropati iværksætte behandling, profylaktiske foranstaltninger og symptomlindring | X | | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | På baggrund af anamnese, objektive fund, neurofysiologi, klinisk biokemiske undersøgelser og evt. muskelbiopsi angive en sandsynlig årsag til myopati | X | | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | På baggrund af anamnese, objektive fund, neurofysiologi og serologiske undersøgelser stille diagnosen myastenia gravis | | X | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | Iværksætte acetylcholinesterasebehandling af myastenia gravis | | X | | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | Iværksætte og monitorere immunsupprimerende behandling af myastenia gravis | | | X | 1-3, 6,7,13 | 1,4,5 6 |
| | Tage stilling til thymectomi ved myastenia gravis | | | X | 1-3, 6,7,13 | 4,5 |
| 1.5.2 | Informere patient og pårørende om medicinske og sociale følger af cerebrovaskulære sygdomme | | X | | 1,3,5, 7,13 | |
| 1.5.3 | Informere patient og pårørende om medicinske og sociale følger af demens | | X | | 1,3 5,7,13 | 5,9 |
| 1.5.4 | Informere patient og pårørende om medicinske og sociale følger af DS | | X | | 1,3 5,7,13 | 5,9 |
| 1.5.5 | Informere patient og pårørende om medicinske og sociale følger af epilepsi med speciel fokus på levevis, medicincompliance, risikoadfærd, kørekort- og arbejdspladsforbehold, samt forhold omkring graviditet | | | X | 1,3 5,7,13 | 5,9 |
| 1.5.6 | Informere patient og pårørende om kroniske smertetilstandes sandsynlige årsager, prognose og betydningen af smertemestring med fokus på funktionsevne | | | X | 1-3, 6-7,16 | 6,7 |
| | Informere patient om relevant medikamentel behandling af hovedpinesygdom | | X | | 1,2,3, 6,7,13 | 1-3,8 |
| | Informere patient om medicinske og sociale følger af hovedpinesygdom | | X | | 1,2,3, 6,7,13 | 1-3,8 |
| 1,5,8 | Informere patient og pårørende om medicinske, genetiske og sociale følger af myopati | | | X | 1,3, 5,7,13 | 5,9 |
| | Iværksætte behandling for inflammatoriske myopatier | | X | | 1,3 5,7,13 | 1,4,5, 9 |

| | | | | | | |
|--------|--|---|---|---|------------------|-------------|
| | Informere indgående om fordele og risici ved immunsupprimerende behandling og thymectomi ved myastenia gravis | | | X | 1,3 5,7,13 | 1,4,5, 9 |
| 1.5.12 | Informere pårørende om den medicinske og legale betydning af hjernedød | | | X | 2,3,6 | 5,9 |
| 1.6.0 | Holde sig orienteret om lovgivning på social- lægemiddel-, trafik, sundhedsområderne m.m. i det omfang den kan få betydning for neurologiske patienter | X | | | 2 | 1,4 |
| 1.6.2 | Kende til og orientere om patientforeninger, hjælpeforanstaltninger, optræningscentre mv. ved cerebrovaskulære sygdomme | | X | | 2,7 | 1-4 |
| 1.6.4 | Kende til og orientere om patientforening, hjælperordninger, m.m. | | | X | 2 | 1,4 |
| 1.6.5 | Efter orientering om nye medikamenter omstille patienter til mere effektive eller mere bivirkningssvage medikamenter | | X | | 2 | 1,4 |
| 1.6.6 | Erkende kroniske smertetilstandes ofte multifaktorielle årsag og anvende tværfaglige behandlingsstrategier | | X | | 1,3,6, 7 | 1 |
| 1.6.6 | Kende til og orientere om risiko for medicininduceret hovedpine | | X | | 1,2,3, 6,7,13 | 1-3,8 |

2 Kommunikator

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|-------|-----|
| 2.1 | Anerkende at god læge-patient kontakt er essentiel for lægegeringen og fremmer patient tilfredshed og compliance og har betydning for manifestationer og forløb af patientens sygdom | X | | | 1,4,5 | 1,9 |
| 2.2 | Udvide forståelse, tillid, respekt, empati og fortrolighed overfor patienten | | X | | 1,4,5 | 1,9 |
| 2.3 | Indsamle information ikke kun om sygdom, men også om patientens forestillinger, bekymringer, og forventninger angående aktuel sygdom og overveje betydningen af faktorer så som alder, køn, etnisk, socioøkonomisk og kulturel baggrund og åndelige værdier | | X | | 1,4,5 | 1,9 |
| 2.4 | Informere patient og pårørende på en menneskelig og forståelig måde, opfordre til diskussion, og involvere patienten i beslutningsprocessen i det omfang det ønskes | | X | | 1,4,5 | 1,9 |
| 2.5 | Forstå og påvise betydningen af samarbejde og kommunikation mellem de sundhedsmedarbejdere, som er ansvarlige for den aktuelle patient således, at medarbejdernes rolle er afgrænsede og der gives enslydende meddelelser til patienter og pårørende | | X | | 1,6 | 1,9 |
| 2.6 | Kunne samarbejde med personer, hvor kommunikationen kan være vanskelig på grund af psykisk afvigelse eller anden etnisk-kulturel baggrund | | X | | 1,5 | 1,9 |
| 2.7 | Formidle information til befolkning og medier på områder af lokal interesse | | | X | 6,11 | 1,8 |

3 Samarbejder

| | | | | | | |
|-----|--|--|---|---|------|-----|
| 3.1 | Identificere og beskrive rolle, ekspertise og begrænsninger for alle medlemmer af tværfaglige teams, som er nødvendige for optimal opnåelse af mål relateret til patientvaretagelse, videnskabelige problemer, uddannelsesmæssige opgaver eller administrative opgaver | | | X | 1,11 | 1,8 |
| 3.2 | Fastlægge behandlingsplan for en patient i samarbejde med medlemmer af det tværfaglige team | | X | | 1,11 | 1,8 |
| 3.3 | Indgå i et tværfaglig team-møde med respekt for de øvrige teammedlemmers mening og samtidig bidrage med sin egen specialespecifikke ekspertise | | X | | 1,11 | 1,8 |
| 3.4 | Formidle hvordan sundhedsorganisationen påvirker patientbehandling, forskning og uddannelsesmæssige aktiviteter lokalt, regionalt og nationalt | | | X | 1,11 | 1,8 |
| 3.5 | Samarbejde med medlemmer af det tværfaglige team i løsning af konflikter, give feedback og hvor det er hensigtsmæssigt at kunne indtage en lederrolle | | | X | 1,11 | 1,8 |

4 Leder/administrator

| | | | | | | |
|-----|--|--|---|---|------|-----|
| 4.1 | Fungere effektivt i sundhedsorganisationer, lige fra individuel klinisk praksis til organisationer på lokalt, regionalt og nationalt niveau | | | X | 6,11 | 1,8 |
| 4.2 | Forstå struktur, finansiering og funktion af det Danske sundhedssystem og dets faciliteter, fungere effektivt indenfor systemet og være i stand til at spille en aktiv rolle i dets forandringer | | | X | 6,11 | 1,8 |
| 4.3 | Kunne søge og anvende en bred base af information på behandlingen af patienter i ambulatorier, hospitaler eller andre sundhedsinstitutioner | | X | | 6,11 | 1,8 |
| 4.4 | Træffe kliniske beslutninger og foretage en fornuftig afvejning vedrørende fordele for individuelle patienter og befolkning. Dette betyder en vejledende rolle primært for individer, men dog i relation til samfundsmæssige behov for monitorering og allokering af nødvendige ressourcer | | X | | 6,11 | 1,8 |
| 4.5 | Indgå i et effektivt samarbejde i et team eller partnerskab hvad enten det er som teamleder eller teammedlem | | X | | 6,11 | 1,8 |
| 4.6 | Forstå befolkningsbaserede kontakter til sundhedsvæsenet og deres implikationer for medicinsk praksis | | | X | 6,11 | 1,8 |
| 4.7 | Deltage i planlægning, budgettering og evaluering af behandlingsprogrammer | | | X | 6,11 | 1,8 |

5 Sundhedsfremmer

| | | | | | | |
|-----|---|--|---|---|------|-----|
| 5.1 | <p>Udvide forståelse for følgende:</p> <p>a. Identifikation af de mest betydningsfulde faktorer for sundhed, være fortrolig med den underliggende videnskabelige evidens og applicere denne forståelse på almindelige problemer og tilstande, som optræder i specialet</p> <p>b. Beskrive hvordan politik for sundhed er udviklet; identificere løbende politikker, som påvirker sundhed i enten positiv eller negativ retning; kunne give eksempler på hvordan politikker har ændret sig, som resultat af lægers intervention</p> | | X | | 6,11 | 1,8 |
| 5.2 | <p>Udvide forståelse for disse begreber på følgende tre niveauer:</p> <p>a. <i>I varetagelsen af individuelle patienter</i> gennem identifikation af patientens status mht. en eller flere af faktorerne for sundhed; tilpasse vurdering og varetagelse i henhold til dette (den medicinske anamnese til patientens sociale forhold); vurdere patientens evne til at opsøge forskellige tilbud i sundheds- og socialsystemet</p> <p>b. <i>I analysen af en specialists praksispopulation</i> arbejde med videnskabeligt selskab og andre foreninger for at identificere aktuelle risikogrupper indenfor et givet speciale og anvende den tilgængelige viden om forebyggelse på disse grupper indenfor praksis; bidrage med ”gruppe-data” til en bedre forståelse af sundhedsproblemer indenfor populationen</p> <p>c. <i>I relation til den generelle population</i> gennem beskrivelse i brede termer de kerneområder, som aktuelt er under debat i relation til forandringer i landets sundhedssystem, herunder angive hvordan disse forandringer kan have indflydelse på samfundsmæssige sundhedsstatus og rådgive om reduktion af sygdomsbelastningen indenfor en tilstand eller et problem relevant for pågældende speciale gennem selskaber, samfundsbaserede rådgivningsgrupper andre offentlige uddannelsesinstitutioner eller private organisationer</p> | | | X | 6,11 | 1,8 |

6 Akademiker

| | | | | | | |
|-----|---|--|---|--|------|-----|
| 6.1 | Klinisk: a. Opstille en klinisk problemstilling b. Anerkende og påvise manglende viden og ekspertise omkring det kliniske spørgsmål c. Formulere en plan til at udfylde hullerne: udføre en hensigtsmæssig litteratursøgning baseret på den kliniske problemstilling, gennemgå litteraturen, udvikle et system til opbevaring og genfindning af litteratur, konsultere andre på en kollegial måde d. Foreslå en løsning af den kliniske problemstilling e. Implementere løsningen i praksis, evaluere resultatet og re- vurdere løsningen f. Identificere praksisområder egnede til forskning | | X | | 6,10 | 8 |
| 6.2 | Videnskabeligt: a. Formulere et videnskabeligt spørgsmål (klinisk, basalvidenskabeligt eller befolkningssundhed) b. Udarbejde en projektbeskrivelse til besvarelse af det videnskabelige spørgsmål: udføre en hensigtsmæssig litteratursøgning baseret på det videnskabelige spørgsmål, identificere, konsultere og samarbejde med relevante eksperter for at udføre undersøgelsen, konsultere andre på en kollegial måde c. Gennemføre undersøgelsen efter forslag d. Forsvare og udbrede resultaterne af undersøgelsen e. Identificere områder for fremtidige undersøgelser som udspringer af resultaterne | | X | | 6,10 | 8 |
| 6.3 | Uddannelsesmæssigt: a. Udvide forståelse for og evne til at anvende principper for voksenlæring mht. én selv og andre b. Udvide forståelse for foretrukne læringsmetoder hos studenter, yngre læger og andre kolleger | | X | | 12 | 8,9 |

7 Professionel

| | | | | | | |
|-----|--|--|---|---|--------|---|
| 7.1 | <p>Disciplin-baserede mål:</p> <p>a. Udvide en holdning, som generelt er anset for at være essentiel for professionen</p> <p>b. Anvende hensigtsmæssige strategier for at opretholde og udvikle faglig kompetence</p> <p>c. Kontinuerligt evaluere egne evner, viden og færdigheder og kende egne begrænsninger i faglig kompetence</p> | | X | | 1,3,13 | 9 |
| 7.2 | <p>Mål relateret til personlige/faglig grænseflade:</p> <p>a. Tilegne sig specifikke strategier for at højne personlig og faglig opmærksomhed samt undersøge og løse interpersonelle problemer i faglige sammenhænge</p> <p>b. Omhyggeligt tilstræbe en balance mellem personlige og faglige roller og ansvar samt vise forskellige veje til løsning af konflikter og anspændthed</p> | | X | | 1,3,13 | 9 |
| 7.3 | <p>Mål relateret til etik og faglige foreninger:</p> <p>a. Kende og forstå det faglige, lovgivningsmæssige og etiske kodeks, som læger er bundet af</p> <p>b. anerkende, analysere og forsøge at løse etiske spørgsmål i klinisk praksis så som fortælling af sandheden, samtykke, tavshedspligt, ophør af behandling i forbindelse med livets afslutning, interessekonflikter, ressourceallokering, videnskabsetik m.m.</p> <p>c. Forstå og være i stand til at anvende relevante administrative regler og love i sundhedssystemet mhp retningslinier for egen praksis</p> <p>d. anerkende, analysere og have kendskab til hvordan man forholder sig ved uprofessionel adfærd i klinisk praksis, herunder overveje lokale og regionale forordninger</p> | | | X | 3,5,6 | 9 |

Bilag VI C

Eksempler på metoder til kompetencemåling, oftalmologi

Observation i praksis

Mesterlæreprincippet, hvor mester observerer den uddannelsessøgende i dennes praksis, er en væsentlig informationskilde vedrørende den uddannelsessøgendes kompetence.

Denne observation bør foregå struktureret med anvendelse af simple, kvalitative mål og enkle scoringssystemer, som kan vise, om den uddannelsessøgendes kompetence har en acceptabel standard. Denne metode kræver en række kolleger i positioner, der tillader dem at bedømme den uddannelsessøgendes daglige præstationer på en sådan måde, at de kan give karakter inden for de forskellige kompetenceområder. Der anvendes nedenstående spørgeskema til at indsamle oplysningerne, og der foretages gennemsnitsberegning og sammenligning af resultaterne.

Scoringssystem for patientkonfrontation og klinisk observation

| | God (3) | Middel (2) | Dårlig (1) |
|--|---------|------------|------------|
| 1. Anamnese relevant og målrettet | | | |
| 2. Objektiv undersøgelse Relevans | | | |
| 3. Objektiv undersøgelse Tilstrækkelig | | | |
| 4. Objektiv undersøgelse Udførelse | | | |
| 5. Klinisk konsekvens appliceret på baggrund af anamnese og objektiv undersøgelse | | | |
| 6. Kommunikation med patienten | | | |
| 7. Information over for patienten | | | |
| I alt | | | |
| Samlet sum | | | |

Scoringstabellen udfyldes for 10 patienter af vejleder i overværelse af konsultation. For at opnå tilfredsstillende score, skal et minimumgennemsnit på 14 opnås.

Patienters vurdering af den uddannelsessøgendes kommunikative evner

En høj grad af reliabilitet kan opnås, hvis vurderingen baseres på ca. 35 patienter, og antallet af spørgsmål ligger på 5-10. Se nedenstående skema.

Scoringssystem for patientens vurdering af lægens kommunikationsevner

| | God (3) | Middel (2) | Dårlig (1) |
|---|----------------|-------------------|-------------------|
| 1. Synes De, at lægens forklaring på Deres synsproblem var | | | |
| 2. Synes De, at lægens øjenundersøgelse var | | | |
| 3. Synes De, at lægens forklaring af behandlingsmuligheder var | | | |
| 4. Synes De, at lægens forklaring af risiko og bivirkninger ved evt. behandling var | | | |
| 5. Synes De som helhed af lægens undersøgelse var | | | |
| I alt | | | |
| Samlet sum | | | |

Scoringstabellen udleveres af vejleder til 35 patienter, som udfylder den, inden afdelingen forlades. For at opnå tilfredsstillende score, skal et minimumgennemsnit på 10 opnås.

Bilag VII

LOGBOG, eksempel

Speciale _____

Ansættelse fra _____ til _____

Afdeling _____

Uddannelseselement (f.eks. introduktionsansættelse) _____

Vejleder _____

Uddannelsesansvarlig overlæge _____

Læst målbeskrivelsen: Ja _____ Nej _____

Læst afdelingens uddannelsesprogram: Ja _____ Nej _____

Færdighedsmål¹

Udførte procedurer² (dato/udførelse)

**Målet nået,
dato/signatur**

Eksempler

| | | |
|----------------------------------|-------------------------|--|
| Rectoskopi | 2/3O, 9/3D, 17/3U 21/3S | |
| Koloskopi | | |
| Suprapubisk kateteranlæggelse | | |
| Laparoskopi | | |
| Gastroskopi | | |
| Inguinalhernie operation | | |
| Appendectomi | | |
| Vasectomi | | |
| Ascitespunktur | | |
| Etc. | | |

Vidensmål:

Planlagt litteraturlæsning _____ Udført d. _____

_____ Udført d. _____

_____ Udført d. _____

¹ Se bl.a. målbeskrivelsens checkliste og uddannelsesprogrammet.

² Overværet = O, Delvist udført = D, Udført under supervision = U, Selvstændigt udført = S.

Planlagte kurser _____ Afviklet d. _____

_____ Afviklet d. _____

_____ Afviklet d. _____

Andre uddannelsesmål:

Anden uddannelsesaktivitet:

Givet undervisning d. _____ og d. _____ og d. _____ og d. _____

Afholdte foredrag d. _____ og d. _____ og d. _____ og d. _____

Deltagelse i procedureudfærdigelse _____

Ad vejleder: Emner til samtale: