

Forespørgsel til de specialebærende selskaber vedrørende speciallægeuddannelsen

Selskabets navn: Dansk Samfundsmedicinsk Selskab

Baggrund

Sundhedsstyrelsen har igangsat et arbejde, som skal revidere den nuværende speciallægeuddannelse. Se *vedhæftede* kommissorium.

Der er tale om en lidt mindre øvelse, end den vi så i 2001.

Arbejdet er struktureret i 4 arbejdsgrupper, hvor LVS har én plads i hver. LVS' repræsentanter kan ses i teksten nedenfor. Vi indleder dog med nogle overordnede spørgsmål.

LVS har brug for de specialebærende selskabers bidrag til at kunne løse den opgave. Derfor vil vi gerne bede jer besvare nedenstående spørgsmål, som relaterer direkte til de 4 arbejdsgrupper.

Hvis I har spørgsmål til dette, er I meget velkomne til at kontakte sekretariatschef Marie P. Krabbe på mpk@dadl.dk eller telefon 35 44 84 06 eller mobil 23 71 33 40.

Vi vil gerne modtage jeres svar **senest 28. september, hvis muligt**, da arbejdet påbegyndes i begyndelsen af oktober.

Vi glæder os til at læse jeres svar 😊

Kontaktperson i jeres selskab

Da LVS' repræsentanter i arbejdsgrupperne kan støde på problemstillinger, de har brug for at afvende med jer i løbet af processen, vil LVS være taknemmelig for, at jeres selskab peger på en kontaktperson, som de kan kontakte ved behov¹:

Navn: Dorte Balle Rubak

Mailadresse: uddannelsesudvalget@dasams.dk, dorte.rubak@vest.rm.dk

Telefonnummer: 2289 5940

¹ Disse informationer opbevares kun, indtil arbejdet i grupperne er overstået.

Overordnede spørgsmål

1. *Mener I, at der er behov for at revidere speciallægeuddannelsen?
Hvis ja, hvorfor?*

Hvis nej, hvorfor ikke?

Overordnet finder Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS) ikke, at der er behov for væsentlige ændringer i omfang eller struktur for den lægelige videreuddannelse. Enkelte elementer i de konkrete regler og procedurer kan dog formentlig både forbedres og smidiggøres.

Det er et principielt spørgsmål, hvor mange specialer man ønsker, og hvor smalle/brede de skal være. DASAMS finder umiddelbart, at der inden for den nuværende opbygning og organisering af den lægelige videreuddannelse, specialestruktur mv. problemløst eventuelt kan etableres enkelte nye relevante specialer efter konkret vurdering af det lægefaglige grundlag og behovet herfor, således som det f.eks. er sket med specialet akutmedicin. DASAMS finder som udgangspunkt derimod ikke, at der grundlag for at reducere antallet af specialer, behov for sammenlægning eller nedlægning.

I forhold til spørgsmålet om eventuel etablering af grenspecialer eller subspecialer, f.eks. i stedet for fagområder, finder DASAMS, at speciallægeuddannelsen er meget bred, og de fleste speciallæger vil arbejde med dele af deres speciale og derved opnå ekspertviden inden for dette område. Vi kan på nuværende tidspunkt ikke forholde os til eventuel etablering af grenspecialer eller subspecialer, hvis dette eventuelt skulle vise sig at være relevant at drøfte i forhold til specialestruktur. Vi kan dog være bekymrede for, om en eventuel formaliseret subspecialisering medfører mere bureaukrati uden, at det øger sundheden for patienterne.

Det kunne dog være relevant med mere ensartede regler og definitioner for at betegne sig som fagområdeekspert/subspecialist.

DASAMS har drøftet forskningstræningsopgaven, som vi fortsat mener, at der er behov for som en del af speciallægeuddannelsen. Form og længde kan drøftes, men det er vigtigt, at opgaven er forskningsforankret, og at vejlederen har forskningsmæssig erfaring og kompetencer.

Det er vores vurdering, at arbejdet med at opdatere målbeskrivelser er for administrativt

tungt. Mere kunne lægges ud til specialeselskaberne, så vi hurtigere kunne tilpasse målbeskrivelserne og mere kunne eventuelt ligge i uddannelsesprogrammerne, så de enkelte afdelinger og regioner hurtig kunne tilpasse uddannelsesforløbene. Dette kunne opnås ved, at der i målbeskrivelserne er indbygget fleksibilitet, men at Sundhedsstyrelsen fortsat skal godkende målbeskrivelser.

Det er således DASAMS vurdering, at de bærende elementer i speciallægeuddannelsen: De syv lægeroller, målbeskrivelse, uddannelsesprogrammer, uddannelsesplaner og speciallægekurser er hensigtsmæssige.

2. *Hvordan kan speciallægeuddannelserne bidrage til et styrket samlet sundhedsvæsen?*

I et velfungerende, samlet sundhedsvæsen er der behov for samarbejde på alle niveauer (individ, gruppe, organisation, samfund) og på tværs af sektorer (kommuner, regioner, praksissektor og stat). Kontakt og interaktion med patienter, pårørende, andre faggrupper og sundhedsinstitutioner er vigtige for, at man som uddannelseslæge kan opnå kompetencer, der bidrager til det samlede sundhedsvæsen.

Det betyder, at uddannelseslægen opnår læring ved at løse konkrete opgaver. Samtidig skal uddannelseslæger naturligvis også bidrage til at løse de opgaver, som er på den pågældende arbejdsplads, også selvom uddannelseslægen allerede har erhvervet de kompetencer, der skal til for løse opgaven. Dette muliggør, at uddannelseslægen allerede under speciallægeuddannelsen på nogle områder opnår kompetencer på et højere niveau end minimumskravet i målbeskrivelsen.

Det samfundsmedicinske speciale har særlige opgaver og muligheder i forhold til at bidrage til et styrket samlet sundhedsvæsen, fordi en af specialets kernefunktioner netop er planlægning og overvågning af det samlede sundhedsvæsens funktion, opgaver og organisation samt som socialmedicinere at fungere som bindeled mellem forskellige sektorer.

3. *Hvordan kan speciallægeuddannelsen modvirke silodannelse mellem specialer og sektorer?*

Lægernes evne til at samarbejde er afgørende for gode patientforløb, og derfor bør rollerne som samarbejder og kommunikator få en mere central placering i alle speciallægeuddannelser. Derfor er der behov for, at der under speciallægeuddannelsen er fokus på såvel den mundtlige som den skriftlige kommunikation. Der er således behov for at træne samtaler, udarbejdelse af breve til patienter og samarbejdspartnere m.v., journalisering, elektronisk/virtuel patientinformation mm., ligesom uddannelseslægerne skal være fortrolige med lovgivningen på området.

Der kan for specifikke kompetencer og opgaver med fordel udarbejdes kursusforløb på tværs af professioner og specialer. Herudover vil det være hensigtsmæssigt at oprette tværprofessionelle uddannelsesudvalg på hospitaler.

4. *Skal – eller kan - speciallægeuddannelsen ruste kommende speciallæger til udfordringer med stort arbejdspress og pressede arbejdsvilkår?*

Hvis ja, hvordan?

Hvis nej, hvorfor ikke?

Som udgangspunkt er det et arbejdsgiveransvar at tilrettelægge arbejdet sundhedsmæssigt forsvarligt - også i relation til lægearbejde. Læger skal ikke og kan ikke forventes at skulle være mere robuste end andre.

Der kan herudover bemærkes følgende forbedringsmuligheder:

- Der skal være bedre sammenhæng mellem undervisningen på universiteterne, eksamen og den virkelighed KBU-lægerne starter i.
- Der skal være et uddannelsesmiljø, der sikrer tryghed til at lære.
- Karriererådgivning skal påbegyndes på kandidatdelen af medicinstudiet, gentages i starten af KBU og være en del af vejledningen gennem hele speciallægeuddannelsen. Karriererådgivningen skal omhandle alle lægeroller.

Arbejdsgruppe 1: Indhold og opbygning af speciallægeuddannelsen

LVS-repræsentant: Bente Malling (bestyrelsesmedlem)

Arbejdsgruppe 1 har til opgave at beskrive modeller for en lægelig videreuddannelse (indhold, omfang, opbygning), herunder beskrive fordele og ulemper i forhold til den eksisterende uddannelse.

Desuden skal arbejdsgruppen forholde sig til, hvorvidt de 7 lægeroller fortsat er dækkende.

Beskriv kort specialets ønsker til en ny speciallægeuddannelse i forhold til den speciallægeuddannelse, vi har i dag:

1. *Indhold - f eks målbeskrivelse, læringsstrategier (mesterlære, teoretiske kurser, simulation etc.), kompetencevurdering, andet?*

Som beskrevet i det indledende afsnit er det vores vurdering, at der er behov for mere fleksibilitet ift. målbeskrivelserne.

Mesterlære i form af sparring omkring udførelsen af konkrete opgaver er et bærende element i speciallægeuddannelsen i samfundsmedicin. Der er behov for de teoretiske kurser for at sikre, at alle speciallæger opnår både den nødvendige bredde og dybde indenfor de samfundsmedicinske områder. Forskningstræning er afgørende for at sikre, at speciallægen er i stand til kritisk at vurdere forskningsresultater.

Der kan ikke på nuværende tidspunkt peges på konkrete ændringer i forhold til kursus-elementerne i vores speciale. Vi ser dog et behov for øget fleksibilitet og mulighed for at kunne deltage i andre specialers kurser, ligesom andre speciallæger bør have mulighed for

at deltage i samfundsmedicinske specialespecifikke kurser i tilfælde, hvor en specifik læge har behov for at opnå kompetencer eller læring indenfor et særligt område.

2. *Omfang – f.eks. længde, rotationer, struktur (KBU, Intro- og Hoveduddannelse), fleksibilitet m.m.:*

Overordnet finder DASAMS, at den samlede tid til speciallægeuddannelsen er passende. Der vil naturligvis være mulighed for at ændre på længden af de enkelte elementer af speciallægeuddannelsen. Vi vil dog være meget bekymrede for en eventuel afskaffelse af introduktionsstillinger, idet specialer, som kun kortvarigt berøres på medicinstudiet, helt vil kunne miste ansøgere, hvis der ikke er mulighed for at prøve specialet af i en introduktionsstilling. Det kan overvejes at forlænge KBU til 1½ - 2 år for at sikre et bredere og mere solidt klinisk uddannelsesfundament. Hermed ville alle læger kunne opnå ophold i de fire hovedsøjler: medicin, kirurgi, almen medicin, og psykiatri.

Der er behov for en speciallægeuddannelse, hvor uddannelse af speciallæger ikke opleves som et forstyrrende element for afdelingerne. Dette kan blandt andet imødekommes ved at:

- Hoveduddannelseslæger tilknyttes en stamafdeling.
- Uddannelseslægen har en gennemgående vejleder (mentor) under hele speciallægeuddannelsen.
- Uddannelseslæger under 'sideuddannelse' i andet speciale har en ekstern vejleder fra eget speciale.
- Der er større fleksibilitet i meritvurdering ved skift af speciale, så uddannelseslægen både kan få merit for opnåede kompetencer og for tid. Denne opgave kan med fordel lægges hos det regionale specialespecifikke uddannelsesråd og PKL.
- Der i forbindelse med organisationsændringer på uddannelsesafdelinger også er fokus på at sikre en fortsat god uddannelse.

3. *Opbygning – forhold mellem klinisk og teoretisk uddannelse (klinisk arbejde, rotation, kurser, simulation m.m.)*

Overordnet finder DASAMS, at fordelingen mellem administrative, socialmedicinske og kliniske ansættelser i hoveduddannelsen er passende. Da specialet er bredt, kan det være svært at komme omkring alle relevante områder i de specialespecifikke kurser, men DASAMS finder, at oplæring i visse særlige områder, som kun vil være relevant på enkelte ansættelsessteder, kan foregå udenfor speciallægeuddannelsen.

Helt overordnet finder DASAMS, at der bør være returdage i eget speciale i forbindelse med sideuddannelse. Dette bør være gældende for alle specialer med sideuddannelse.

4. *Speciallægeuddannelsen skal fortsat bygge på de 7 lægeroller – men lever de 7 lægeroller, som de blev beskrevet i 2012 op til de krav sundhedsvæsenet i dag stiller til læger?*

Hvis ikke, beskriv kort hvad der mangler, og hvad der evt. skal fjernes:

Som anført i indledningen er det DASAMS vurdering, at de bærende elementer i speciallægeuddannelsen: De syv lægeroller, målbeskrivelse, uddannelsesprogrammer, uddannelsesplaner og speciallægekurser er hensigtsmæssige.

Ligeledes er det som anført vigtigt, at uddannelseslægen har en vejleder for at sikre progression i uddannelsesforløbet og godkendelse af kompetencer. Vejlederen bør også give karriererådgivning og være sparringspartner i forhold til den professionelle rolle.

Lægernes evne til at samarbejde er afgørende for gode patientforløb, og derfor bør rollerne som samarbejder og kommunikator få en mere central placering i alle speciallægeuddannelser. Derfor er der behov for, at der under speciallægeuddannelsen er fokus på såvel den mundtlige som den skriftlige kommunikation. Der er således behov for at træne samtaler, udarbejdelse af breve til patienter og samarbejdspartnere m.v., journalisering, elektronisk/virtuel patientinformation mm., ligesom uddannelseslægerne skal være fortrolige med lovgivningen på området.

Der er en række områder, som DASAMS finder, det er væsentligt at alle (special)læger er fortrolige med. Det drejer sig f.eks. om patienters retstilling, prioritering, sundhedsøkonomi og kvalitetssikring/udvikling. Ligeledes bør alle læger være i stand til at lede et projekt, hvorfor projektledelse bør være en del af speciallægeuddannelsen.

Vigtigheden af rehabilitering bliver mere og mere tydelig, og det bør derfor have en mere fremtrædende plads indenfor sundhedsfremme, forebyggelse og behandling i alle specialer. Samtidig bør det indgå som nødvendig indsats i relation til sygdom og konsekvenser af sygdom.

5. *Andre kommentarer?*

Nej.

Arbejdsgruppe 2:

LVS-repræsentant: Jeanett Bauer (bestyrelsesmedlem)

Arbejdsgruppe 2 skal vurdere om de lægelige specialer passer ind i fremtidens behov med forventninger om et øget behov for generalistkompetencer, samt en forventning om, at flere behandlinger flyttes ud i primærsektor. Arbejdsgruppen skal desuden vurdere, om traditionen med organspecifikke lægelige specialer fortsat er den mest optimale model, beskrive modeller for ny struktur og vurdere fordele og ulemper.

Jeres eget speciale:

1. *Er jeres speciale relevant afgrænset i forhold til målgruppe, er der patienter, der falder mellem dette og andre specialer?*

Samfundsmedicin beskæftiger sig med relationen mellem samfundsforhold og befolkningens sundhedstilstand samt socialmedicinske problemstillinger hos individet. Speciallæger i samfundsmedicin arbejder således på både individ-, gruppe- og samfundsniveau. Det er DASAMS vurdering, at vores speciale er relevant afgrænset ift. målgrupper.

2. *Er jeres speciale passende i omfang, eller blevet mere omfattende/indsnævret pga. øget viden/teknologisk udvikling?*

Efterspørgslen efter speciallæger i samfundsmedicin afhænger i høj grad af politiske beslutninger. Det er derfor væsentligt at skelne mellem den til enhver tid aktuelle efterspørgsel, som kan ændre sig hurtigt på grund af ændret lovgivning, og så specialets faglige udvikling og faglige muligheder. Aktuelt sker der i samfundsmedicin udvidelser både i forhold til den faglige viden og bredde og i forhold til efterspørgsel grundet ændret lovgivning.

Det er vigtigt for DASAMS, at udformningen og indholdet i speciallægeuddannelsen har vægt på udvikling af faglig viden og kompetencer. Dette vil være det faglige fundament for at kunne udvikle og fastholde speciallæger på langt sigt.

Tilrettelæggelse af videreuddannelsen efter aktuel efterspørgsel pga. særlige ordninger eller rekrutteringsvanskeligheder vurderes generelt som uhensigtsmæssigt, idet den konkrete efterspørgsel har et kortere tidsperspektiv, mens uddannelse af speciallæger har et fagligt længere tidsperspektiv. Dimensioneringen af et konkret speciale bør i øvrigt tage udgangspunkt i en samlet vurdering af det samlede sundhedsvæsens behov for speciallæger i forskellige specialer.

DASAMS mener generelt, at hoveduddannelsen skal være en bred uddannelse i specialets områder. Efterfølgende kan der være behov for efteruddannelse inden for specifikke områder. For speciallæger i samfundsmedicin kan det f.eks. være ledelse, sundhedsøkonomi, rehabilitering, misbrug eller kvalitetssikring/udvikling. Aktuelt har Selskabet ikke planer for at beskrive egentlige fagområder/specialistuddannelser.

3. *Har lægerne inden for jeres speciale de rigtige kompetencer, eller savnes der mere generelle kompetencer?*

Nyuddannede speciallæger i samfundsmedicin har de nødvendige kompetencer for at kunne varetage en afdelingslægestilling. Der kan være behov for en mere struktureret strategi for efteruddannelse på særlige områder. Dette arbejde er vi i specialeselskabet netop startet på.

4. *Andre kommentarer?*

Nej.

Generelt om specialestrukturen:

1. *Er de nuværende specialer de rette eller er der behov for:*

a. *Sammenlægning af specialer?*

Selskabet har på nuværende tidspunkt intet ønske om sammenlægning af specialer.

b. *Nedlæggelse af specialer?*

Selskabet har ingen ønsker eller behov for nedlæggelse af specialer.

c. *Oprettelse af nye specialer, der imødekommer nye behov i sundhedsvæsenet?*

Der er måske i højere grad behov for at udvikle samarbejdsformer, f.eks. tværfaglige specialiserede klinikker eller teams, der sikrer koordinerede patientforløb. Dette vil f.eks. være til gavn for borgere med multisygdom, kroniske smerter, misbrugsproblemer og borgere med behov for rehabilitering.

Selskabet vil generelt ikke afvise, at der eventuelt kan være behov for oprettelse af enkelte nye specialer.

2. *Dækker de nuværende specialer behovet for at løfte nuværende og kommende udfordringer i sundhedsvæsenet? Hvis nej, hvad skal da ændres?*

DASAMS vurderer, at rehabilitering kommer til at spille en større rolle i fremtidens behandling, og der er derfor behov for, at alle speciallægeuddannelser rummer elementer af rehabilitering. Der bør herudover særligt være fokus på at løfte kommende speciallægers uddannelse i forhold til samarbejde med andre sektorer vedrørende sundhed, sociale forhold, beskæftigelse og uddannelse.

3. *Andre kommentarer?*

Der er behov for et tværgående spor for alle specialer inden for forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering. Hvis rehabilitering skal placeres i et speciale, er samfundsmedicin egnet.

Arbejdsgruppe 3:

LVS-repræsentant: Susanne Axelsen (næstformand)

Den nuværende dimensionering af speciallægeuddannelsen er stramt styret fra centralt hold. Arbejdsgruppe 3 skal beskrive mulige modeller for mere fleksibel dimensionering og pege på faktorer – fx regler, bekendtgørelser eller lignende - som besværliggør forbedringer.

Specialerne kan være med til at foreslå nye modeller, så kom gerne med jeres bud:

1. *Hvordan ønsker I, at dimensioneringen for jeres speciale skal se ud i fremtiden?*

DASAMS ønsker en mindre øgning inden for samfundsmedicin, da vi forudser, at vi skal varetage flere tværsektorielle opgaver samt opgaver inden for planlægning af sundhedsvæsenet, sammenhæng og udformning af tilbud og indsatser. Herunder vil der være opgaver vedrørende blandt andet specialeplanlægning, sygehusplaner, beredskabsplaner og behandlingsindsatser over for konkrete sygdomme, sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering.

Aktuelt er det vanskeligt at få besat afdelings- og overlægestillinger med speciallæger i samfundsmedicin, idet specialets opgaveportefølje er i vækst.

Vi indstillede i januar 2020 i høringssvar vedr. dimensioneringsplanen, at specialet opnormeres med 2 hoveduddannelsesforløb i VUR-Øst, 2 hoveduddannelsesforløb i VUR-Nord, og 1 hoveduddannelsesforløb i VUR-Syd. Vi forventer ikke, at dette er tilstrækkeligt til, at samtlige samfundsmedicinske stillinger besættes af speciallæger i samfundsmedicin. Høringssvaret fremgår her: <https://www.dasams.dk/media/brqhmwzk/h%C3%B8ringssvar-til-dimensioneringsplanen-2021-25-fra-dansk-samfundsmedicinsk-selskab.pdf>

2. *Er der behov for at gøre styringen mere decentral?*

Hvis ja, hvordan kunne det gøres?

Ikke hvad angår vores speciale.

3. *Hvordan kunne fleksibilitet spille en positiv rolle i en fremtidig dimensionering i jeres speciale?*

Det kan overvejes, at man efter konkret ansøgning fra en speciallæge i et andet speciale accepterer muligheden for, at en læge kan blive speciallæge i to specialer, og at denne læge får merit for relevante dele af sin første speciallægeuddannelse. Dette vil dog kræve, at der enten er ledige hoveduddannelsesforløb, eller der kan oprettes særlige forkortede ekstra hoveduddannelsesforløb til den pågældende læge, idet yngre læger uden speciallægeuddannelse skal prioriteres højere end læger, der allerede har en anden speciallægeuddannelse.

Efteruddannelse vil i noget omfang kunne medføre, at man som speciallæge i et andet speciale eventuelt vil kunne varetage visse udvalgte opgaver inden for specialet samfundsmedicin. Det er en forudsætning herfor, at den pågældende afdeling har en overvægt af speciallæger i samfundsmedicin. Derudover er det vigtigt, at der er et tværfagligt og fleksibelt samarbejde. DASAMS finder at sådan ordning bør være en generel mulighed for alle specialer.

4. Andre kommentarer?

Nej.

Arbejdsgruppe 4: Governancestruktur

LVS-repræsentant: Jens Hillingsø (bestyrelsesmedlem)

Arbejdsgruppe 4 skal beskrive modeller for en ny governance af uddannelsen, som optimerer og smidiggør driften af den lægelige videreuddannelse og forholde sig til særlige hindringer - fx regler, bekendtgørelser eller lignende- som besværliggør forbedringer.

1. *Fungerer den nuværende governancestruktur lokalt, regionalt og nationalt?*

Det daglige samarbejde om uddannelse fungerer godt.

Organiseringen i de tre videreuddannelsesregioner i tæt samspil med specialespecifikke uddannelsesudvalg fungerer overordnet godt. Uddannelsesudvalgets og formandens (PKLs) rolle kan med fordel gøres mere ensartet landet over, eventuelt reguleret via bekendtgørelse.

Hvis nej, hvad fungerer utilfredsstillende og hvorfor?

DASAMS kan opleve, at det er svært at udbrede kendskabet til vores speciale, hvilket får betydning for rådgivning, profilering og anerkendelse.

Små specialer har ofte brug for sideuddannelse i større specialer. Vi har gennem de senere år oplevet modvilje fra kliniske specialer i at indgå i denne opgave. Modviljen er begrundet i økonomi, idet en hoveduddannelseslæge, som er langt i sin samfundsmedicinske speciallægeuddannelse, i henhold til overenskomsten skal have 1. reservelægeløn, men en samfundsmedicinsk hoveduddannelseslæge vil oftest ikke kunne varetage opgaver i et klinisk speciale svarende til en 1. reservelæge indenfor det pågældende kliniske speciale. Der er derfor behov for, at der findes en løsning på denne udfordring.

2. *Har I forslag til ændringer i strukturen (4 universiteter, 3 videreuddannelsesregioner og 5 driftsregioner), herunder opbygningen af den pædagogisk udviklende funktion (postgraduate kliniske lektorer mv)?*

Der er fortsat et meget stort behov for at sikre sammenhæng mellem universitetet og den opgave, som nyuddannede læger har, når de starter deres kliniske arbejde.

Det bør sikres, at der undervises i alle specialer, så kommende læger opnår en samlet forståelse for sundhedsvæsenets opgaver og samfundets indsatser i forhold til sygdom samt en viden om, hvilke specialiseringsmuligheder lægen har efter endt grunduddannelse. I dag er der flere specialers faglige områder og muligheder som enten kun sparsomt eller slet ikke berøres på medicinstudiet.

Mulighederne for et tættere samarbejde med universiteterne til at organisere og sikre

indhold i den teoretiske uddannelse for alle specialer vil være hensigtsmæssig. Dette forudsætter naturligvis også ansættelse af kliniske/eksterne lektorer.

Derudover bør økonomien til specialespecifikke kurser være bedre sikret. Der bør ligeledes være større fleksibilitet vedrørende tilrettelæggelse af de obligatoriske kursuselementer i uddannelserne. Det er for de små specialer vanskeligt at tilpasse kurserne efter både økonomi, hyppigheden for afholdelse af kurser og antallet af deltagere.

3. *Er strukturen med uddannelsesansvarlig overlæge, uddannelseskoordinerende yngre læge, vejledere m fl – og for almen praksis praksistutorer, AMU, DYNAMU etc. de rette?*

Strukturen er velgennemtænkt og velfungerende på afdelinger med flere uddannelseslæger og afdelingslæger.

Strukturen er velfungerende på hospitaler, der har en ambitiøs uddannelsesstrategi, men er sårbar i ustabile og dårligt fungerende organisationer/afdelinger, da der ikke er reelle sanktioner eller kontrolsystemer. Dette er blevet yderligere forringet efter nedprioriteringen af inspektorordningen.

- a. *Skal strukturen styrkes eller ændres og i givet fald hvordan?*

Et vist kendskab til pædagogik, vejledning, undervisning og praktiske erfaringer inden for relevante områder vil være hensigtsmæssigt for et generelt trygt læringsmiljø. Der bør evt. afsættes specifikke økonomiske midler hertil.

Herudover er det vigtigt, at funktion som vejleder indgå som en væsentlig kvalifikation i forbindelse med ansættelse af afdelingslæger og overlæger.

Det er væsentligt, at de uddannelsesansvarlige overlæger har et ledelsesmæssigt mandat til at kunne skabe god uddannelse i afdelingen.

Der er behov for, at faculty development anerkendes og gøres systematisk i alle afdelinger. Der bør være kvalitetsmål og indikatorer på dette område samt handleplaner i alle afdelinger og på hospitals- og regionsniveau.

UKO kan med fordel hjælpe med at sikre, at alle uddannelseslæger uanset hvilken speciallægeuddannelse, de er i, får en plads i afdelingens uddannelsesforløb.

4. *Er der behov for at styrke uddannelsen af kliniske vejledere, tutorer, uddannelsesansvarlige overlæger, AMU, DYNAMU, uddannelseskoordinerende yngre læger, postgraduate kliniske lektorer m fl. og i givet fald hvordan?*

Der er brug for et vejleder-og underviserkursus i hoveduddannelsesforløbet.

Det vil derudover være hensigtsmæssigt, at alle vejledere og uddannelsesansvarlige overlæger får mulighed for at deltage i kurser for vejledere/UAO. Hermed kan det sikres, at vejleder og UAO kender deres beføjelser, og at de kan vejlede uddannelseslæger bedst

muligt.

5. *Andre kommentarer?*

Nej.