



## Referat

**Emne** Revision af den lægelige videreuddannelse,  
4. møde i arbejdsgruppe 2

**Mødedato** 7. juni 2022 kl. 10-14  
**Sted** Auditorium, Islands Brygge 57

**Deltagere**

- Steen Dalsgård Jespersen, formand, (Sundhedsstyrelsen)
- Agnethe Vale Nielsen (Sundhedsstyrelsen)
- Anders Meinert Pedersen (Videreuddannelsesregion Syd)  
*Deltog virtuelt*
- Anne-Marie Bloch Münster (Videreuddannelsesregion Syd)
- Annemarie Hvidberg Hellebæk (Videreuddannelsesregion Øst) *Deltog virtuelt*
- Bjarne Rønde Kristensen (Universiteterne)
- Camilla Noelle Rathcke (Lægeforeningen)
- Claus Brøckner Nielsen (Videreuddannelsesregion Nord),
- Erik Jylling (Danske Regioner) *Afbud*
- Gunver Lillevang (Praktiserende Lægers Organisation)
- Helga Schultz (Yngre Læger)
- Jeanett Bauer (Lægevidenskabelige Selskaber)
- Dan Bruun Petersen (Videreuddannelsesregion Øst) *I stedet for Jesper Gyllenborg*
- Liv Therese Holm-Nielsen (Foreningen af Danske Lægestuderende)
- Michael Braüner Schmidt (Videreuddannelsesregion Nord)
- Mikkel Friberg (Styrelsen for Patientsikkerhed)
- Natascha Jensen (Danske Regioner) *Afbud*
- Jesper Møller Pedersen (Sundhedsministeriet) *Afbud*
- Susanne Wammen (Foreningen af Speciallæger)
- Zacharias Balslev-Clausen (Uddannelses- og Forskningsstyrelsen)

2. august 2022

Sagsnr. 06-0101-516/  
Reference JEWE  
T 93518649  
E jew@sst.dk

### Sekretariat (Sundhedsstyrelsen):

- Jens Wehl, læge
- Johanna Thea Mølgaard Rantzau, fuldmægtig

**Punkt 1. Godkendelse af dagsorden og siden sidst**

Godkendelse af dagsorden.

Siden sidst – fra arbejdsgruppe 1, 3 og 4 samt underarbejdsgrupper til arbejdsgruppe 2.

Referat:

Sundhedsstyrelsen bød velkommen

Sundhedsstyrelsen gav en kort orientering fra drøftelser i LVU-1, LVU-3 og LVU4.

Sundhedsstyrelsen præsenterede et oplæg til en ny tidsplan for revisionen, som vil blive forelagt Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse den 15. juni med henblik på godkendelse. Denne omfatter et ekstra møde i LVU-2 (tentativt sat til dagene 19.-22. september).

Sundhedsministeriet måtte frafalde deltagelse på mødet. Sundhedsstyrelsen beskrev derfor kort, at beslutningsforslag B 3, *for-slag til folketingsbeslutning om retten til en værdig afslutning på livet og ret til lægesamtale og om flere læger med specialviden om palliation*, var forkastet ved 2. behandling i folketinget. Sundhedsstyrelsen refererede endvidere kort til Sundhedsudvalgets betænkning i den forbindelse.

Sundhedsstyrelsen gjorde opmærksom på, at det fortsat er muligt at melde sig til konferencen den 22. juni.

Dagsordenen blev godkendt.

**Punkt 2. Fremtidens specialestruktur (bilag til A: LVU2-11, LVU2-12, bilag til B: LVU2-14, LVU2-15, LVU2-16)**

Sagsfremstilling:

Arbejdsgruppe 2 skal vurdere den nuværende specialestruktur og give forslag til den fremtidige specialestruktur.

A.

Arbejdsgruppen har tidligere drøftet den nuværende specialestruktur, herunder udfordringer og potentialer samt det organisatoriske og driftsmæssige fremtidige udfordringsbillede for sundhedsvæsenet.

Arbejdsgruppens samlede vurdering har været, at det nuværende paradigme og strukturen med ét niveau (grundspecialer) bør bevares, og at speciallægeuddannelser opbygges efter enhedsmodellen eller funktionsmodellen.

Dog har specialestrukturen siden 2003 vist sig ikke at være robust på alle områder. I notatet adresseres områderne intern medicin, (herunder hospitalsmedicin) kirurgi og akutmedicin, hvor udfordringer og muligheder samt retninger for anbefalinger beskrives.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et notat, der opsummerer drøftelserne om den fremtidige specialestruktur.

B.

Derudover har der været igangsat et arbejde med at se nærmere på fællesområder og specialestruktur specifikt på fire områder med flere specialer. For hvert område er der nedsat en underarbejdsgruppe, der foretager en primært beskrivende og analytisk afdækning.

Rapporterne fra underarbejdsgrupperne drøftes i arbejdsgruppe 2 med henblik på at udarbejde revisionens anbefalinger. Tre af de fire underarbejdsgrupper har afrundet arbejdet på tre arbejdsgruppemøder, mens den fjerde underarbejdsgruppe om fællesområder og specialestruktur for arbejdsmedicin og samfundsmedicin af-rapporter til august/september. Rapporterne lægges til grund for en drøftelse område for område.

Det bemærkes, at rapporterne ved en tværgående læsning nogle steder mangler præciseringer og udfoldelser af Sundhedsstyrelsens vurderinger, men at det ikke vil ændre de centrale konklusioner, hvorfor arbejdsgruppen bedes drøfte og tage principielt stilling til konklusionerne. Herefter vil Sundhedsstyrelsen færdiggøre rapporterne.

#### Indstilling:

Der indstilles, at arbejdsgruppen drøfter og konkluderer på oplægget til specialestrukturen generelt og de tre områder specifikt som grundlag for at udarbejde anbefalinger.

#### Referat:

##### **Punkt 2A**

Sundhedsstyrelsen redegjorde for udarbejdelsen af de udsendte notater, herunder tidligere drøftelser i revisionen af den lægelige efteruddannelse.

Sundhedsstyrelsen lagde for hvert delemne op til en drøftelse i arbejdsgruppen af status, udfordringer og retning.

#### *Den overordnede struktur*

Det var enighed om anbefalingerne:

- *Det anbefales, at strukturen med grundspecialer bevares, og udgangspunktet med få og brede specialer stadig er gældende*
- *De forskellige strukturer skal ses som delvist overlappende, det vil sige med fællesindhold og som del af et paradigme om livslang læring.*

Videregående region Øst bemærkede, at en grundlæggende uændret specialestruktur forpligtiger revisionen til at have ambiti-

oner på andre områder af den videreuddannelsen. Lægeforeningen refererede i den forbindelse til tidligere drøftelser i arbejdsgruppe 1 og 2 om, hvilket niveau udfordringerne i den lægelige videreuddannelse skulle løses på.

#### *Organisering og specialestruktur*

Sundhedsstyrelsen lagde op til en drøftelse med et spørgsmål om behovet for anbefalinger på dette område, og hvor konkrete anbefalinger kan/skal være.

Vurdereuddannelsesregion Nord angav, at der er en stærk sammenhæng mellem anbefalinger til den lægelige efteruddannelse og organiseringen fsva. muligheden for at vedligeholde breddekompetencer efter speciallægeanerkendelse, og at den væsentligste måde at løfte dette på er ved et ledelsesmæssigt fokus fra hospitals- og afdelingsledelser.

Det blev fra flere sider påpeget, at med et mål om at uddanne speciallæger med stærkere breddekompetencer, skal disse også efterspørges fremover af ledelser, ved indgang i hoveduddannelsesforløb mv.

Det blev angivet som en udfordring ved Sundhedsstyrelsens hidtidige specialeplanlægning, at specialiseringen og centraliseringen som sideeffekt kan have reduceret fokus på breddekompetencer og læring i forbindelse med behandlingen af de hyppigste sygdomme. Der bør overvejes en justering i den kommende år og med et større fokus på hovedfunktionsniveauet. Det skal afspejles i specialeplanen og i opbygningen og afgrænsningerne af specialerne, fx med hensyn til specialernes uformelle ejerskab over lægelige områder.

Lægeforeningen påpegede, at det kan være vanskeligt at inddrage læring fra speciallægepraksis på grund af kapacitet i sektoren, og fordi styringen af uddannelsesmulighederne i den private sektor er begrænset. Dette emne bør udfoldes i revisionen.

Lægeforeningen pegede på regionernes ansvar for, at de organisatoriske rammer giver mulighed for at vedligeholde breddekompetencer i et livslangt perspektiv.

Praktiserende Lægers Organisation bemærkede, at læring sker i hverdagen, hvorfor organisering/arbejdstilrettelæggelse er vigtigt.

Yngre Læger bemærkede, at organisering også handler om at skabe tid, rum og rammer for fagligt samarbejde. Anbefalinger vedrørende organisering bør også adressere dette. I den forbindelse blev fremhævet forbedringspotentialer ved afdelings- og multidisciplinære konferencer.

Videreuddannelsesregion Øst angav, at en hindring for brug af kompetencer på tværs, er den manglende fleksibilitet til at skifte speciale. Fx bør erfarne speciallæger i intern medicin betragtes som havende en betydelig større fællesmængde af kompetencer, end meritforvaltningen i dag giver indtryk af.

Videreuddannelsesregion Syd bemærkede, at der måske kan være en tendens til, at en del yngre læger selv sørger for sideuddannelse/bredde i deres videreuddannelse, da de ikke ønsker at blive for smalle.

Lægeforeningen bemærkede, at eftersom flere opgaver for tiden flyttes fra det offentlige sundhedsvæsen til privathospitaler og praksissektoren, bliver det en stadig større udfordring for lægelig videreuddannelse og efteruddannelse, hvis uddannelsen ikke følger med. Der var enighed om at afsøge mulighederne for nogle tiltag.

Sundhedsstyrelsen opsummerede drøftelsen: Et større fokus på hovedfunktionsniveau ifm. Sundhedsstyrelsens sygehusrådgivning/specialeplanlægning kan fremme revisionens mål. Med revisionen kan gives anbefalinger om at styrke fagligt samarbejde og anbefalinger, der kalibrerer specialeselskabernes og speciallægernes fokus over mod et større fokus på det tværgående og det hyppige. Organiseringen af arbejdstilrettelæggelsen ift. opbyggelse og vedligeholdelse af breddekompetencer hos uddannelseslæger og speciallæger er et ledelsesmæssigt ansvar. Revisionen kan understøtte dette med anbefalinger om ledelsesmæssigt fokus.

Sundhedsstyrelsen arbejder videre med konkrete anbefalinger.

#### *Det intern medicinske område*

Sundhedsstyrelsen redegjorde for vurderingen af det intern medicinske område, herunder udfordringerne og de forskellige løsningsmodeller, der var beskrevet i notatet.

Der var fuld opbakning til, at en ændret/styrket funktionsmodel er den bedste løsning. Dernæst bør anbefalingerne gøres endnu mere konkrete og virkningsfulde for at imødegå en uhensigtsmæssig balance mellem specialespecifikke og det brede intern medicinske, der aktuelt er inden for det intern medicinske område, hos specialeselskaberne, speciallæger og de uddannelsessøgende læger.

En række konkrete tiltag samt principielle tiltag blev derefter drøftet.

Videreuddannelsesregion Nord præsenterede et forslag om styrkelse af funktionsmodellen med en form for fælles grunduddannelse på to år i intern medicin, herunder også akutmedicin, for at give stærkere breddekompetencer og samtidig fleksibilitet for de uddannelsessøgende læger samt læger efter speciallægeanerkendelse grundet den formaliserede fællesmængde. Videreuddannelsesregion Nord fandt, at implementeringen fra en organisatorisk vinkel vil være uproblematisk – blandt andet fordi lægerne under grunduddannelsen ville skulle varetage det medicinske vagtarbejde.

Lægeforeningen angav, at den principielle opbygning i den nuværende model, hvor den brede intern medicinske kompetence funktionelt kun ligger i starten af speciallægeuddannelse, er med til at give en skævvridning af balancen mellem det specialespecifikke og det brede intern medicinske fokus. Den fælles intern medicinske del kan derfor – uønsket – fremstå som noget, der skal overstås. Lægeforeningen foreslog konkrete anbefalinger til at understøtte erhvervelse og vedligeholdelse af brede intern medicinske kompetencer sideløbende under hele speciallægeuddannelsen.

Der blev fra flere sider peget på, at det kan understøttes ved, at uddannelsesforløbene slutter på hospitaler/bredere medicinske afdelinger. Videreuddannelsesregion Øst bemærkede, at det også vil kunne hjælpe på rekrutteringen til akutsygehusene, da de uddannelsessøgende læger ville slutte deres speciallægeuddannelser dér og derfor i højere grad kan motiveres for fastansættelse.

Lægeforeningen fandt, at de specialiserede afdelinger på universitetssygehusene kan være mere udfordret på breddekompetencer end akutsygehusene. Lægeforeningen bemærkede, at sideuddannelse også kan være en vej til breddekompetencer.

Yngre Læger foreslog et fokus på konkrete arbejdsgangs anbefalinger til hoveduddannelsesforløbene, fx stuegang på tværs af specialer og en større mulighed for forløbskontinuitet.

Videreuddannelsesregion Øst fandt, at specialeselskaberne indflydelse kan vanskeliggøre en ændret balance mellem det specialespecifikke og den brede intern medicin, fx ved udarbejdelse af målbeskrivelser og ansættelse i hoveduddannelsesforløb. Yngre Læger bemærkede ift. det sidste, at man i revisionen kunne komme med anbefalinger til, hvad der meriterer til en hoveduddannelsesstilling. Yngre Læger angav, at erfaring fra andre specialer o. lign. i højere grad bør ses som en styrke ved ansættelsessamtaler til hoveduddannelsesstillinger i stedet for at være udtryk for, at lægen er mindre fokuseret og dedikeret ift. specialets profil.

Flere påpegede en hindring for revision mål i, at hoveduddannelsesforløb på afdelinger med snæver og/eller specialiseret opgavevaretagelse blev anset som værende mere prestigefyldte og eftertragtede.

Videreuddannelsesregion Nord fandt, at der vil være behov for en central styring af uddannelsesforløbene for at skabe disse ændringer på det intern medicinske område.

Praktiserende Lægers Organisation påpegede, at en god implementering indbefatter, at også selskaberne arbejder for en ændret balance mellem det brede og det specialespecifikke.

Udfordringsbilledet inden for det intern medicinske område kan ifølge Videreuddannelsesregion Øst tydeliggøres i revisionen gen-

nem særligt snitfladeproblematikken inden for det intern medicinske område og de deraf følgende konsekvenser for patientforløbene.

Videreuddannelsesregion Nord angav, at den væsentligste grund til at vælge funktionsmodellen er, at der ikke er behov for en grundlæggende strukturel ændring men derimod en ændret vægtning mellem det specialespecifikke og det brede intern medicinske.

Foreningen af Speciallæger påpegede, at der stadig vil være brug for specialespecifikke medicinske kompetencer inden for intern medicin i fremtiden. Lægeforeningen angav, at vægtningen er hårfin og vanskelig, men vigtig.

Universiteterne angav, at man kan lade sig inspirere af Bornholm og Nuuk med hensyn til, hvordan de kan varetage deres opgaver. Yngre Læger bemærkede i den forbindelse, at man skal være opmærksom på, hvad man gør af nød, og hvad man gør, fordi det er fagligt hensigtsmæssigt. Videreuddannelsesregion Øst bemærkede, at en vej kan være, at man stiller krav om kompetencer og erfaring for varetagelse af opgaverne men ikke om specifikke speciallægeanerkendelser.

Sundhedsstyrelsen udarbejder videre med anbefalinger om det intern medicinske område.

#### *Det kirurgiske område*

Sundhedsstyrelsen angav, at det kirurgiske område kun i mindre grad havde været drøftet hidtil i revisionen, hvorfor der var behov for en grundig drøftelse af udfordringer og potentielle løsningsmodeller, herunder også i hvilket omfang det kirurgiske område har identiske udfordringer med det intern medicinske område.

Det blev i den efterfølgende drøftelse påpeget, at snitflader mellem alle kirurgiske specialer bør vurderes. Indpasningen af de nuværende fem specialer kan være baseret på en forældet analyse.

Der blev fra flere sider peget på, at der bør være en række simple procedure som flere læger i flere forskellige kirurgiske specialer skal kunne, ligesom det var beskrevet i det udsendte notat.

Videreuddannelsesregion Nord fandt, at kompetencerne ifm. den kirurgiske vurdering bør fylde mere for at skabe fleksibilitet ifm. vagtvaretagelsen og i lyset af den større komorbiditetsbyrde og de større forventninger til et kirurgisk tilbud.

Der var bred enighed om, at det ikke er hensigtsmæssigt med en stor mængde fælleskirurgiske kompetence på tværs af specialerne, men at udfordringerne i højere grad relaterer sig til kompetencer og kulturelle forhold ift. varetagelse af opgaverne omkring den kirurgiske indsats, herunder basal medicinske udredning og behandling. Flere påpegede, at der skal skelnes mellem, hvad den

kirurgiske speciallæge selvstændigt skal kunne håndtere i den forbindelse, og hvad kirurgen skal kunne erkende og bede om hjælp til.

Praktiserende Lægers Organisation fandt, at man må kunne forvente, at kirurgerne kan forestå vurdering af hyppige medicinske problemstillinger hos de patienter, de behandler, herunder vurdering af behov for udredning for osteoporose, justering af medicinsk behandling af hyppige tilstande mv. Praktiserende Lægers Organisation angav, at de alment praktiserende læger oplever en u hensigtsmæssig tendens til, at disse opgaver bliver håndteret via henvisning til egen læge. Foreningen af Speciallæger påpegede, at løsningen på disse oplevede udfordringer skal findes ved organisering af arbejdet i højere grad end i speciallægeuddannelsen.

Det blev fra flere sider påpeget, at en række teknikker/procedurer bruges af læger fra forskellige specialer, hvorfor specialestruktur og meritering også bør afstedkomme fleksibilitet og alsidighed på den baggrund.

Videreuddannelsesregion Øst angav, at den manglende mulighed for at skifte spor var et betydeligt problem. Videreuddannelsesregion Øst pegede på, at en styrkelse af fleksibiliteten var vigtig både for meritmuligheder og krav/anbefalinger til kompetencepakker til varetagelse af bestemte opgaver. Konkret blev nævnt et ø-læge kursus for kirurger.

Videreuddannelsesregion Nord pegede på mere fælleskirurgi i strukturen, herunder med modulopbygninger.

Universiteterne angav, at man kan overveje at lægge de fælleskirurgiske kompetencer i slutningen af speciallægeuddannelsen.

Videreuddannelsesregion Syd angav, at nye læringsmuligheder såsom simulation, virtuel reality mv. bør inddrages systematisk fremadrettet også i efteruddannelsen inden for kirurgien.

Videreuddannelsesregion Syd angav yderligere, at et ønskescenarie ville være, at man har nogle indsatsområder i de enkelte specialer ift. en helhedsorienteret indsat med henblik på at løfte den kliniske kvalitet.

Sundhedsstyrelsen fandt opsummerende, at der var behov for at kigge på flere kirurgiske specialer, også uden for den nuværende funktionsmodel med fem kirurgiske specialer, sonde mellem specialerne, og komme med bud på justering af fællesindhold mv. Sundhedsstyrelsen vil inddrage kirurgisk kompetence ift. en udfoldelse af områdets udfordringer og potentialer.

#### *Akutmedicin*

Der var generelt opbakning til at anbefale, at der gøres status på specialet Akutmedicin, fx i 2023.

Praktiserende Lægers Organisation fandt, at et væsentligt problem var, at specialet er fokuseret ind mod det øvrige sygehus og kun i



begrænset omfang ud af sygehuset, dvs. viden ift. hvad kommuner og primærsektor kan tilbyde.

Lægeforeningen angav, at der ved en status også var behov for beskrivelse af implementering, organisation og regionale forskelle.

Videreuddannelsesregion Øst angav, at man for at styrke fællesmængde og snitflader kan genbesøge de diskussioner, der var ifm. oprettelsen af specialet. Derudover bør overgangsordninger og meritvurderinger genbesøges, da disse blev fastsat uhensigtsmæssigt stramt. I den forbindelse fandt Videreuddannelsesregion Øst, at der var behov for at adressere og skabe en struktur for, hvordan man kan skifte spor på en hensigtsmæssig måde. Specialet er meget vagt tungt, og der skal være en vej væk fra dette for de ældre speciallæger.

Videreuddannelsesregion Nord foreslog en sammentænkning på tværs af kirurgi, intern medicin og akutmedicin ift. et fælles modul, der både vil kunne give driftsmæssige fordele og faglig synergi.

Det blev fra flere sider påpeget, at specialet stadig kan opleve modstand mod dets eksistens fra forskellige sider. Videreuddannelsesregion Nord tilføjede, at status med fordel kan cementere, at specialet eksisterer, og så skal anbefalingerne sikre en faglighed og et miljø, der kan understøtte løsningen af udfordringerne ift. rekruttering, fastholdelse og arbejdsmiljø i akutmodtagelserne.

Videreuddannelsesregion Øst angav, at når der tales om udfordringer ved rekruttering, fastholde og arbejdsmiljø i akutmodtagelserne, er det væsentligt at huske, at de trods alt fungerer bedre i dag end for ti år siden.

Sundhedsstyrelsen tog arbejdsgruppens rådgivning til efterretning og arbejder videre med anbefalinger.

## **2.B**

### *Underarbejdsgrupperne generelt*

Sundhedsstyrelsen uddybede status for underarbejdsgrupperne herunder behov for præciseringer efter tværgående løsning af rapporter. Sundhedsstyrelsen udbad sig arbejdsgruppens rådgivning, herunder ift. om der var løse ender, som styrelsen skulle afklare med underarbejdsgrupperne.

Sundhedsstyrelsen gav endvidere kort processtatus ift. underarbejdsgruppe D, hvor der vil være et fjerde møde efter sommerferien.

Der var ingen kommentarer til dette.

### *Underarbejdsgruppe A: Laboratorimedicinske specialer*

Sundhedsstyrelsen redegjorde indledningsvis for proces og rapportens konklusioner, herunder at specialerne så deres opgaver i fremtiden som værende rådgivning, translation mellem klinik og

laboratorium, analytisk ifm. indførelse af nye teknikker og i relation til laboratorieledelse.

Sundhedsstyrelsen havde samlet vurderet, at der var behov for mere styring af en fællesmængde mellem specialerne og havde derfor peget på funktionsmodellen. Styrelsen angav, at en konkretisering af, hvad der skal ned i funktionsmodellen ikke havde været muligt i processen, og at afrapporteringen var et produkt af oparbejdet gensidig forståelse.

Videreuddannelsesregion Syd angav et stort overlap ift. teknologi og rolle inden for specialerne, både ift. analysemetoder/laboratorietechnik, men også ift. brug af rekvisitions- og svarplatforme. Videreuddannelsesregionen syntes, at det manglede i rapporten, men var enig i, at man var nødt til at gå efter funktionsmodellen.

Lægeforeningen fandt, at fællesmængden så ud til at være størst for Klinik Biokemi, Klinisk Immunologi og Klinisk Mikrobiologi, mens Klinisk Genetik fremstår som noget andet. Videreuddannelsesregion Øst bemærkede, at Klinisk Genetik må forventes at ligge i alle specialer på sigt.

Der var bred enighed om, at der var fundet størst fællesmængde inden for de tre specialer Klinik Biokemi, Klinisk Immunologi og Klinisk Mikrobiologi.

Praktiserende Lægers Organisation rejste opmærksomhed ift., at en fælles introduktionsstilling kan være et problem for at forløse det gensidige specialevalgprincip (identitet og egnethed), der ligger i introduktionsstillingerne. Flere medlemmer udtrykte samme bekymring. Videreuddannelsesregion Nord pegede på den baggrund på, at fællesmængden i højere grad skal ligge i hoveduddannelsen.

Videreuddannelsesregion Syd angav, at der må forventes en udvikling, hvor alle specialer i højere grad selv bliver translatoører i 2040.

Foreningen af Lægevidenskabelige Selskaber fremhævede på baggrund af kontakt med de involverede selskaber, at de ser sig mere beslægtede med de kliniske specialer, end de andre laboratoriemedicinske specialer.

Sundhedsstyrelsen tog arbejdsgruppens rådgivning til efterretning, herunder at funktionsmodellen anbefales at omfatte Klinisk Biokemi, Klinisk Immunologi og Klinisk Mikrobiologi, at der ved placering og udformning af funktionsmodellen bør tages hensyn til rammer for identitet- og egnethedsvurdering i introduktionsstilling.

*Underarbejdsgruppe B: Patologisk anatomi og cytologi og Retsmedicin*

Sundhedsstyrelsen redegjorde kort for afdækningens konklusioner, herunder at det er to specialer, der har bevæget sig væk fra hinanden med hensyn til opgavevaretagelse, at det begrænsede

omfang obduktioner i patologien kan spille en rolle for speciallægeuddannelsen og opgavevaretagelsen i fremtiden, og at den kliniske skæringsflade til de retsmedicinske opgaver bør være et fokus fremadrettet.

Der var bred enighed om ovennævnte.

Praktiserende Lægers Organisation gjorde opmærksom på samme bekymring ift. fællesindhold i introduktionsstilling som nævnt ved underarbejdsgruppe A. Flere støttede denne opmærksomhed på at fastholde introduktionsstillinger.

Videreuddannelsesregion Nord gjorde opmærksom på, at der vil være afledte konsekvenser, hvis man fjerner obduktioner fra de patologiske afdelinger. Videreuddannelsesregionen udtrykte bekymring for det faldende antal obduktioner, ikke nærmere var udtryk for en faglig afvikling end en faglig udvikling.

Sundhedsstyrelsen tog til efterretning, at arbejdsgruppen var enig i konklusionerne i afrapporteringsudkastet, og at afklaring af obduktionsområdet vil få betydning for udarbejdelse af målbeskrivelser for specialerne.

#### *Underarbejdsgruppe C: Billeddiagnostiske specialer*

Sundhedsstyrelsen redegjorde kort for afdækningens konklusioner, herunder at der ikke var fundet fællesområder, der gjorde ændringer af specialestrukturen hensigtsmæssig, at den jobfunktion man uddannes mod i de to speciallægeuddannelser er vidt forskellige. Desuden er der aktuelt en lovgivning på stråleområdet, hvortil de selvstændige specialer kan tilvejebringe relevante kompetencer.

Generelt var der enighed om konklusionerne.

Videreuddannelsesregion Nord fremhævede beskrevne erfaringer fra Sverige ift. sammenlægning af de to specialer. Videreuddannelsesregionen fandt, at det viser, at der ikke skal meget til, før man påvirker søgningen til specialer.

Sundhedsstyrelsen havde i afrapporteringen anført et muligt fagområde i form af hybridskanninger givet, at der skulle afsøges potentielt fællesindhold. Der var dog i arbejdsgruppe 2 bred enighed om, at der ikke er grund til at opfatte skanningerne som nedprioriterede, eller at der skulle være problemer med dem som følge af specialestrukturen. Således forekommer det ikke relevant at gå videre med en anbefaling om hybridskanninger som et fagområde.

Videreuddannelsesregion Øst bemærkede, at der er en betydelig regional skævvridning i fordelingen af speciallæger i de billeddiagnostiske specialer.

Sundhedsstyrelsen tog til efterretning, at arbejdsgruppen var enig i konklusionerne i afrapporteringsudkastet, men at arbejdsgruppen ikke fandt det hensigtsmæssigt at pege på et fagområde i hybridskanninger.

**Punkt 3.      **Anbefaling til en ny struktur for lægelig efteruddannelse (bilag LVU2-17)****

Sagsfremstilling:

Strukturen for den lægelige efteruddannelse, herunder status og potentiale, har tidligere været drøftet i arbejdsgruppen den 1. december 2021 og 3. marts 2022.

Arbejdsgruppens samlede vurdering har været, at den nuværende efteruddannelsesstruktur har været løs og i store træk urørt siden seneste speciallægekommission, mens uddannelsesparadigmet har bevæget sig i retning af livslang læring blandt andet understøttet af systematisk efteruddannelse efter speciallægeanerkendelse.

Det betyder, at kompetenceudviklingen på tværs af specialer vil blive utilstrækkelig i lyset af udviklingen i demografien og behandlingsbehovene, som sundhedsvæsenet skal levere sundhedsydelser i forhold til. En stærkere understøttelse af fagområder er et bidrag til at tilgodese dette behov.

Der er fortsat behov for at drøfte udfordringer og muligheder i den lægelige efteruddannelse samt formål, fordele og ulemper ved forskellige niveauer og struktur med det mål at konkretisere anbefalinger. Sundhedsstyrelsen har opdateret notatet om niveauer og strukturer, der blev drøftet på møde i arbejdsgruppen den 3. marts 2022 på baggrund af tidligere drøftelser.

Indstilling:

Der indstilles, at arbejdsgruppen drøfter og konkluderer på oplægget til den fremtidige struktur for lægelig efteruddannelse som grundlag for at udarbejde anbefalinger.

Referat:

Sundhedsstyrelsen redegjorde for det udsendte, herunder ændringer af kategorien 'subspecialer' til en løsere struktur, som ligger i forlængelse af profilering.

Der var generelt enighed om beskrivelsen af drivere for profilering, mens der blev ønsket en langt større vægt og konkretisering i beskrivelsen og anbefalinger til afsnit 2.1 *lægelig efteruddannelse*, herunder med anbefalinger til livslang forpligtigelse til vedligeholdelse af sine basiskompetencer, uddybet beskrivelse af CME mv.

Yngre Læger fremhævede, at man bør holde fast i, at man godt kan subspecialisere sig, mens man samtidigt bevarer sine breddekompetencer. Yngre Læger bemærkede endvidere, at ikke alle læger skal forvente at blive subspecialiseret, hvilket bør fremgå tydeligt.

Der var en drøftelse af sammenhængen mellem de forskellige strukturer, hvor Lægeforeningen angav, at det monospecialiserede bør beskrives først, og fagområder bør stå for sig selv til sidst.

Profilering-/subspecialiseringsstrukturen blev af flere beskrevet som værende for uafdækket og ureguleret i notatet. Der var en række eksempler på heterogeniteten i subspecialiseringsstrukturer på tværs af specialer, herunder ift. formel og uformel subspecialisering og hvilke konsekvenser det kan have for arbejdstilrettelæggelse mv.

Det blev fra flere medlemmer af arbejdsgruppen påpeget, at specialeselskaberne ikke alene bør definere subspecialisering inden for deres specialeområde. Pædiatri og Gynækologi og Obstetrik blev fremhævet som eksempler, hvor subspecialiseringsstrukturen ikke er justeret ift. faglige behov. Der blev endvidere fremhævet, at definitionsretten også gav risiko for, at specialeselskaber tog fagligt ejerskab over områder, der fagligt set og ift. fleksibilitet kunne profitere af tværfaglighed.

Der var generelt et ønske i arbejdsgruppen om at rammesætte subspecialiseringen. Lægeforeningen påpegede, at en rammesætning kan være med til at opretholde balancen mellem de subspecialiserede og de basale kompetencer i specialet.

Lægeforeningen bemærkede, at en national rammesat ekspertuddannelse - som må forventes at være afledt af en vis form for subspecialisering hos den enkelte, som er helt ureguleret – ikke virker velbegrunder. Og at det ikke er udfordringen med at finde eller organisatorisk indpasse de få, der skal være eksperter, men snarere at få reguleret, hvor mange, der bliver subspecialister ift. det organisatoriske behov for at få nødvendige funktioner dækket.

Den illustrative angivelse af procentdele i forskellige strukturer i efteruddannelse blev anset som unødigt præcist og nødtigt bindende. Det blev anbefalet at bruge mængdebegreber såsom 'få', 'flere', 'mange', 'alle' i stedet.

Videreuddannelsesregion Nord foreslog, at efteruddannelsesstrukturen kan sættes op mod specialeplanen, at man godt kan fjerne begrebet subspecialisering og i stedet tale om faglig profilering i efteruddannelsen.

Videreuddannelsesregion Syd angav, at subspecialiseringsstrukturen kan beholdes, men det væsentligste er, at den bygger oven på breddekompetencer. Konkret blev det foreslået, at man skal kvalificeres til at kunne varetage hovedfunktionerne i specialet.

Der var generelt enighed om, at fagområdestrukturen er god, men også at den skal beskrives nøjere ift. hvilke områder den skal implementeres på, samt ift. governance mv. Det blev i arbejdsgruppen anbefalet, at strukturen først og fremmest egner sig til områder der ikke driver sig selv.

Videreuddannelsesregion Øst angav, at hovedparten af speciallæger skal forpligtiges til det bredde, og at det der driver sig selv ikke skal reguleres.

Sundhedsstyrelsen angav at have fået et klarere billede af en retning for det videre arbejde frem til næste møde i arbejdsgruppen. I mellemtiden vil Sundhedsstyrelsen tage bilaterale kontakter for at kvalificere beskrivelsen af en ny efteruddannelsesstruktur med dets.

#### **Punkt 4. Ønsker til nye specialer (Bilag LVU2-18 og LVU2-19)**

##### Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen får med mellemrum henvendelser om oprettelse af nye lægelige specialer, herunder også i tilknytning til revisionen af den lægelige videreuddannelse. Samtidigt behandles kriterier for specialer i revisionens ligesom andre uddannelsesstruktur behandles, herunder fagområder i den lægelige efteruddannelse.

Der er ligeledes løbende overvejelser i faglige kredse, blandt sygehusledere osv., om der kunne være grunde til at (gen)indføre (nye) specialer.

Det drejer sig om:

- Palliativ medicin
- Allergologi

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af arbejdsgruppens tidligere drøftelser og henvendelse om oprettelse af nyt speciale udarbejdet notater, der beskriver et eventuelt grundlag for disse samt fordele/ulemper og alternativer hertil.

##### Indstilling:

Der indstilles, at arbejdsgruppen drøfter og konkluderer på oplæggene om forslag til nye specialer som grundlag for at udarbejde anbefalinger.

##### Referat:

Der var en kort drøftelse af de to forslag til nye lægelige grundspecialer på baggrund af det udsendte notat, hvori Sundhedsstyrelsen havde lavet en gennemgang af de to områder ud fra de nye kriterier for specialer, samt en vurdering af hvert område ift., om en oprettelse af et nyt lægeligt grundspeciale kunne anbefales. Sundhedsstyrelsen havde for begge områder vurderet, at en oprettelse af et nyt grundspeciale ikke kunne anbefales.

Arbejdsgruppen fremførte i enighed, og på baggrund af de beskrevne fordele, ulemper og vurderinger, at palliativ medicin og allergologi ikke bør oprettes som lægelige specialer. Flere medlemmer angav, at de to lægevidenskabelige områder er arketyper på områder, der kan styrkes og profitere via en ny fagområde-

struktur. Endvidere fandt arbejdsgruppen, at oprettelse af områderne som lægelige grundspecialer vil gå imod revisionens mål om alsidighed og fleksibilitet mv. Arbejdsgruppen ønskede at få en status for områderne ifm. revisionen, herunder ift. det tværregionale arbejde. Det blev i den forbindelse bemærket, at videreuddannelsesregion Nord arbejder på en handleplan ift. allergologi.

Sundhedsstyrelsen spurgte, om gruppen fandt hospitalsmedicin tilstrækkeligt afdækket på baggrund af notat og drøftelse af det intern medicinske område under punkt 2. Arbejdsgruppen fandt dette tilstrækkeligt, og arbejdsgruppen ønsker yderligere inddragelse af den struktur i revisionen.

## **Punkt 5. Eventuelt**

Intet.

## **Bilag**

*LVU2-11 Specialestruktur – Status og muligheder*

*LVU2-12 Hospitalsmedicin*

*LVU2-14 Afrapportering – Laboratoriemedicinske specialer*

*LVU2-15 Afrapportering – Patologi og Retsmedicin*

*LVU2-16 Afrapportering – Billeddiagnostiske specialer*

*LVU2-17 Struktur og niveauer i den lægelige efteruddannelse vers. 2.*

*LVU2-18 Notat vedr. ønsker til nye grundspecialer - Palliativ medicin og Allergologi*

*LVU2-19 Ansøgning om speciale i palliativ medicin\_2021*