

Høringssvar fra Videreuddannelsesregion Syd til rapporten "Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse"

Hermed bemærkninger fra Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (herefter DRRLV eller rådet) i Videreuddannelsesregion Syd til rapporten "Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse".

Det første afsnit er DRRLVs overordnede bemærkninger og betragtninger til rapporten herunder også kommentarer til formodet økonomi og ressourcetræk. Herefter følger bemærkninger til rapportens 20 anbefalinger (kapitel 6) – svaret er inddelt i de 8 temaer, som Sundhedsstyrelsen (herefter SST) præsenterede for Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse ultimo marts 2023.

Overordnede kommentarer til rapporten

I forarbejdet til revisionen af den lægelige videreuddannelse både i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og arbejdsgrupperne har ledelsesbegrebet og ikke mindst den tiltagende vigtighed af lægelig ledelse fyldt meget i diskussioner. Det har særligt været, hvordan ledelse er blevet en helt central kernekompetence på alle niveauer fra kliniker til direktør og også fra ung læge til senior læge. Derfor finder DRRLV det ærgerligt, at begrebet forekommer mere eller mindre helt fraværende i anbefalingerne. Det ligger måske implicit i det kommende arbejde med de 7 lægeroller, men DRRLV mener, det bør fremgå helt eksplicit i én eller flere af anbefalinger.

Helt overordnet savner DRRLV, at rapporten bliver gennemlæst for stavefejl, uforståelige sætninger, begrebsafklaring og konsistens i brugen af begreber. Eksempler her på er:

- Odense Universitet er forsvundet i sætningen "I 1966 blev (?) oprettet (...)" (s. 58)
- I ordlisten bliver "Hovedfunktionsniveau" defineret, men "Regionsfunktion" og "Højtspecialiseret funktion" bliver ikke defineret.
- I ordlisten bliver "Hovedvejleder" defineret, men "Daglig klinisk vejleder" bliver ikke defineret.
- "Regionale videreuddannelses råd" og "regionale råd for lægers videreuddannelse" bliver brugt, hvor DRRLV vurderer, at det sidst nævnte begreb er det korrekte.
- Andre eksempler er ikke konsistent brug af "2003-uddannelsesordningen" fx står der "2003-studieordningen" (s. 128).

I ordlisten savner DRRLV en kilde på definitionen af medicinsk pædagogik, da det er et så centralt begreb i rapporten, at det bør være helt tydeligt, hvor definitionen stammer fra, hvordan det defineres, og hvor det medicinske pædagogiske adskiller sig fra andre definitioner af pædagogik. Dertil savner rådet en sammenhæng mellem de tre definitioner på medicinsk pædagogik, PKL/lektorer i medicinsk pædagogik samt Pædagogisk Udviklende Funktion.

I rapportens beskrivelse af Pædagogisk Udviklende Funktion (side 57) i fakta boksen omkring organisering bør der stå, at alle lektorer både PKL og lektorer i medicinsk pædagogik har en klinisk ansættelse, og funktionen som lektor derfor varetages som en deltidsansættelse med varierende frikøb.

Generelt er tværfaglighed og samarbejdsrelationer til andre faggrupper i Sundhedsvæsenet fraværende, hvilket kan virke en smule ensidigt og ikke helhedsorienteret, når der er knappe ressourcer, mangel på sundhedspersonale, små ungdomsårgange og flere ældre mennesker.

Økonomi og ressourcetræk

Generelt er rapportens anbefalinger ikke videre konkrete, og det er derfor vanskeligt at udtale sig om anbefalingernes økonomiske konsekvenser. Dog må rådet forvente, at stort set alle anbefalingerne får en økonomisk betydning i mere eller mindre varierende omfang.

En del af anbefalingerne lægger op til, at der nedsættes diverse arbejdsgrupper, der skal udarbejde speciale- og målbeskrivelser, nye kurser mm. Såfremt regionerne vil skulle indgå i dette arbejde må det forventes, at nogle af de uddannelsesansvarlige, regionale specialerådsmedlemmer eller repræsentanter i de specialespecifikke selskaber vil skulle indgå med deraf følgende tabt arbejdsfortjeneste. Omfanget af dette er på det nuværende grundlag vanskeligt at præcisere. DRRLV forventer, at resultatet i de anbefalede arbejdsgrupper, ligeledes afføder arbejde og deraf følgende tabt arbejdsfortjeneste i regionerne i forbindelse med en eventuel implementering.

Derudover lægges der i rapporten op til en vurdering af hoveduddannelsesforløbenes varighed og samtidig mere fokus på efteruddannelse. Såfremt løsningen bliver, at en del kompetenceerhvervelse bliver skubbet fra selve hoveduddannelsesforløbet til efter opnået speciallægeautorisation vil dette have en direkte økonomisk effekt, idet den tabte arbejdsfortjeneste forventeligt må udgøre en større omkostning for en uddannet speciallæge end for en læge i videreuddannelse.

Såfremt uddannelsesforløbet bliver forkortet vil udgiften til det samlede uddannelsesforløb for den enkelte læge alt andet lige falde tilsvarende. Hvorvidt, der så også er tale om en samfundsmæssig besparelse, er nok mere tvivlsomt, idet der sandsynligvis bliver ansat en ny uddannelseslæge i forløbet. Samtidig må lønudgiften for lægen forventes at stige hurtigere ved et kortere forløb alene på baggrund af at titlen som speciallæge erhverves hurtigere end tidligere.

Der lægges i rapporten op til, at der i større omfang kan indgå speciallægepraksis og andre private aktører i uddannelsesforpligtigheden. I den forbindelse bør man være opmærksom på uhensigtsmæs-

sigheden ved det afregningsparadigme, der eksisterer i dag, såfremt uddannelseslægen ansættes og aflønnes af regionerne med tjenestested i speciallægepraksis eller på privathospital. Såfremt det som nu er muligt at fakturere regionen for de ydelser en læge i uddannelse udfører samtidig med, at regionen helt eller delvist betaler lønnen vil der i et vist omfang være tale om dobbeltbetaling. Hertil kommer, at sygehusene ikke nødvendigvis vil have en tilsvarende besparelse ved ikke at have uddannelseslægen, idet der fortsat vil være et vagtlag, der skal dækkes.

Bemærkninger til anbefalingerne

I kapitel 6 fremgår i alt 20 anbefalinger til revision af den lægelige videreuddannelse, hvilket også fremstår som en kompleks og omfattende opgave, hvor mange elementer i anbefalingerne er gensidig afhængig af hinanden og vil skulle udvikles og implementeres samtidigt. DRRLV forudser, at det af SST kommer til at kræve et kæmpe overblik, meget styring, facilitering og hjælp til implementering, hvis det skal lykkes. I den sammenhæng er det generelt ikke særlig tydeligt, hvem der har ansvaret for anbefalingerne fra udvikling til endelig implementering.

Dertil er det en bekymring, at det bliver en snæver gruppe af læger, som kommer til at sætte deres aftryk på udviklingen af anbefalingerne, da antallet af arbejdsgrupper bliver så omfangsrigt, at en del af vores læger bliver nødt til at takke nej til at deltage i arbejdet både af hensyn til patienterne og klinikken, men også af hensyn til deres fritid og familie.

Specialebeskrivelser og specialekriterier (anbefaling 4 og 8)

Anbefaling 4 - Nye nationale specialebeskrivelser:

DRRLV kan se mange fordele i, at beslægtede specialer skal samarbejde omkring revision af specialebeskrivelser. Dog forudser DRRLV, at det vil være en logistisk, ressource og økonomisk omkostningstung udfordring at få samlet specialerne til arbejdet, hvilket der bør tages højde for. Det er for rådet ikke tydeligt hvem, der tager initiativ til arbejdet, og hvem der definerer beslægtede specialer. Det er dog anført, at SST anbefaler, at de får ansvaret for at udarbejde en skabelon for specialebeskrivelserne og ligeledes udarbejder forslag til en proces, hvilket DRRLV støtter.

Anbefaling 8 - Nye kriterier for specialer:

DRRLV finder det positivt, at kriterier for etablering af nye specialer eller bevarelse af nuværende specialer med anbefalingen bliver opdateret og skal tage udgangspunkt i befolkningens sundhedsbehov. Det er ikke tydeligt, hvem der skal lave den konkrete vurdering af, om et speciale opfylder de fire kriterier – det er heller ikke klart, hvornår et speciale bliver vurderet om, det kan bevares.

Lægeroller (anbefaling 7)

Anbefaling 7 – Modernisering af de 7 lægeroller

Det er godt, at beskrivelsen af de 7 lægeroller moderniseres således at de fremtidssikres med befolk-

ningens behov i fokus. Rådet efterspørger et indhold i rollebeskrivelserne, som gør det mere gennem-sigtigt, hvordan man kan måle, evaluere og anvende rollerne i den kliniske hverdag. Moderniseringen af lægerrollerne får særlig betydning for specialernes arbejde med målbeskrivelser, hvorfor rådet efterlyser en detaljeret og realistisk plan for, hvem der har ansvaret for de forskellige tiltag, der er i anbefalingerne, hvordan de skal løses og hvornår. Som nævnt tidligere vurderer rådet, at ledelse bør ekspliciteres og være tydeligere i én eller flere anbefalinger – ikke kun i forhold til ledelsesrollen. Det er anført, at Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse skal forestå processen med modernisering af rollerne, hvilket er godt – dog forventer rådet, at dele af opgaven herefter uddelegeres til en relevant sammensat arbejdsgruppe.

Specialestruktur (anbefaling 9, 10, 11 og 12)

Overordnet er DRRLV positivt stemt for det fokus, der rettes mod fælles uddannelsesindhold i de fire anbefalinger, som ligger under dette tema. Det er godt, at Sundhedsstyrelsen tager initiativ til at igangsætte arbejdet med de fire anbefalinger. I den sammenhæng er der dog en bekymring for, at de mange specialer, som ikke er særligt fremhævet i anbefalingerne er i risiko for at blive overset eller nedprioriteret af Sundhedsstyrelsen i arbejdet med revision af specialebeskrivelser samt målbeskrivelser. DRRLV efterlyser i den sammenhæng, at det bliver eksplicit, hvem der tager initiativ i alle de andre specialer og i den sammenhæng også en plan for, hvordan arbejdet skal pågå.

DRRLV er dertil bekymret for risikoen for, at de kommende speciallæger erhverver sig så få kompetencer ved afslutningen af deres speciallægeuddannelse, at efteruddannelsesopgaven bliver rigtig stor. Dertil skal SST være opmærksom på, om der er risiko for, at EU's anerkendelsesdirektiv ikke vil være opfyldt for dansk uddannede speciallæger, hvis vi ændrer på speciallægernes kompetenceniveau og varigheden af videreuddannelsen. Endvidere imødeser DRRLV en større efteruddannelsesopgave og økonomisk udfordring til sygehusene. DRRLV ønsker, at Sundhedsstyrelsen forholder sig eksplicit til, hvordan de ser på disse risici eller udfordringer.

Anbefaling 9 – Oprettelse af funktionsmodel med fælles uddannelsesindhold for klinisk biokemi, klinisk immunologi og klinisk mikrobiologi:

Som nævnt ovenfor er DRRLV umiddelbart positivt stemt for fælles uddannelsesindhold for de tre nævnte specialer. DRRLV anerkender samtidigt, at der i specialerne vil være en stor bekymring for, hvordan de kommer i mål, og hvordan kvaliteten af de tre speciallægeuddannelser sikres. Det bliver et stort arbejde for specialerne, som vil kræve hjælp, facilitering og de rette rammer. Rådet ser i den sammenhæng med tilfredshed, at SST vil tage initiativ til arbejdet med oprettelse af funktionsmodellen, hvorfor det også forventes, at SST vil stå til rådighed i arbejdet med vejledning, administrativ støtte og pædagogiske ressourcepersoner.

Anbefaling 10 - Modernisering af funktionsmodellen for intern medicin

DRRLV anerkender, at der er behov for at modernisere funktionsmodellen for intern medicin via specialebeskrivelser samt målbeskrivelser for at understøtte behandlingsbehovet ved patienterne. For rådet er det ikke tydeligt, hvorfor: "...speciallægeuddannelserne bør indeholde ophold af tilstrækkelig

varighed på akutsygehus til at opnå kompetencer indenfor behandling af akutte medicinske patienter”.

En del af de akutte medicinske patienter i Region Syddanmark bliver fx behandlet på Odense Universitetshospital, Svendborg samt Sygehus Sønderjylland, Sønderborg, hvilket ikke defineres som akutsygehuse. Svendborg Sygehus og Sønderborg Sygehus varetager således selv akutte medicinske patienter, herunder en del af de brede intern medicinske opgaver, og de deltager i særdeleshed i uddannelsen af kommende speciallæger i intern medicin.

Anbefaling 11 - Flere fælles kompetencer i de kirurgiske speciallægeuddannelser

DRRLV finder det positivt, at SST vil igangsætte en afdækning af opgavefællesskaber mellem de kirurgiske specialer samt fællesskaber med andre specialer som grundlag for arbejdet omkring nye specialebeskrivelser og målbeskrivelser. Til selve afdækningen formoder rådet, at SST vil få behov for at trække på klinikere fra vores uddannelsesafdelinger, hvilket kan blive en udfordring i forhold til øget pres på de kliniske opgaver i afdelingerne.

DRRLV er enig i, at øget fokus på fælles kompetencer er vigtigt for gode patientforløb af høj kvalitet. Der kan være en bekymring for, at målet, om flere generalist kompetencer i de kirurgiske specialer, får den betydning, at nyuddannede speciallæger fra de nævnte specialer ikke opnår et kompetenceniveau svarende til det nuværende i forhold til særligt de kirurgiske kompetencer. Det vil sandsynligvis betyde en større efteruddannelsesopgave til sygehusene samt bekymring for, om kravene i EU's anerkendelsesdirektiv bliver opfyldt.

Det er for rådet ikke tydeligt, hvilken rolle SST mener, at de kirurgiske specialer har i akutafdelingerne. Dertil er det heller ikke tydeligt, hvilke specialer SST definerer som kirurgiske specialer.

Anbefaling 12 - Det akutmedicinske speciale

Det er godt, at SST tager ansvar og tager initiativ til igangsættelsen af arbejdet omkring det akutmedicinske speciale. Det er en kompleks opgave, da det akutmedicinske speciale har snitflader og overlap til rigtig mange andre specialer, hvorfor rådet mener, at særligt specialebeskrivelsen indeholdende opgave- og kompetencebeskrivelser er helt central i at skabe en klar retning for specialet.

Indhold og opbygning af videreuddannelsen (anbefaling 1, 3, 3, 5 og 6)

Anbefaling 1 - Kompetenceniveau for speciallægeanerkendelse

Generelt er DRRLV positive i forhold til formålet, hvor speciallægen ud over at kunne varetage sine kerneopgaver inden for eget speciale også vil kunne understøtte sammenhængende patientforløb og fleksibel opgavevaretagelse via en bredere tilgang til opgaverne. Rådet forudsiger et behov for en tydeligere definition af beslægtede specialer herunder en beskrivelse af hvilke specialer, der er beslægtede.

Det er for rådet ikke tydeligt, hvordan det nye kompetenceniveau skal implementeres i alle målbeskrivelser, hvorfor Rådet vil anbefale SST at beskrive dette nærmere samt udarbejde en skabelon hertil. Dertil er der en bekymring i forhold til, hvordan sygehusene skal honorere denne opgave både admi-

nistrativt og økonomisk, når *"Det forudsættes, at kompetencer til varetagelse af basale opgaver (opnået under KBU) og generalistopgaver vedligeholdes og udbygges under, og efter speciallægeuddannelsen hvor relevant"* (s. 116)

DRRLV anbefaler, at SST uddyber rammerne og forventningerne til vedligeholdelsen af kompetencerne for speciallæger. Dette med særligt fokus på sygehusenes forpligtigelse til efteruddannelse af speciallæger.

Anbefaling 2 - Klinisk kompetenceprofil for nyuddannede læger og bevarelse af klinisk basisuddannelse

Som beskrevet i rapporten ligger ansvaret for lægeuddannelsen præ- og postgraduat flere steder. Det er derfor godt, at SST foreslår, at de sammen med universiteterne samt med inddragelse af Uddannelses- og Forskningsministeriet udarbejder en national standard for nyuddannede lægers kliniske kompetenceprofil. DRRLV er opmærksom på, at der på nuværende tidspunkt er forskelle i den samlede varighed af universiteternes kliniske uddannelse for de medicinstuderende.

Anbefaling 3 - Videreuddannelsens varighed

DRRLV anerkender, at der skal være sammenhæng mellem uddannelsens varighed, kompetencemål og specialets kerneopgaver. Rådet vurderer, at det bliver en rigtig svær opgave for specialerne at håndtere alene, hvorfor de vil få brug for støtte og vejledning i den proces. Dertil er rådet i tvivl om, hvorledes følgende sætning skal tolkes: *"Kompetencer bør læres på det tidspunkt, hvor de skal anvendes, hvorfor efteruddannelse og livslang læring bør indtænkes i videreuddannelsen"*. Dertil er Rådet som tidligere anført bekymret for, om speciallægeuddannelserne fremadrettet opfylder kravene i EU's anerkendelsesdirektiv.

Anbefaling 5 - Nye målbeskrivelser der styrker fælles kompetencer

Der er stor sammenhæng mellem denne anbefaling og anbefaling 4 vedrørende nye specialebeskrivelser. Rådet anerkender, at det vil være godt for alle specialer at udarbejde nye målbeskrivelser med baggrund i specialebeskrivelserne. Det er godt, at SST vil inddrage det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i drøftelsen af den mest hensigtsmæssige proces for udarbejdelse af både specialebeskrivelser samt målbeskrivelser ikke mindst, da der forudses et stort og langvarigt træk på især speciallæger, der i forvejen er travle i klinikken. Det er med tilfredshed, at rådet konstaterer, at SST vil sørge for stille administrativ støtte, vejledning og pædagogiske ressourcepersoner til rådighed for specialeselskabernes arbejde med speciale- og målbeskrivelser.

Afslutningsvis i anbefalingen fremgår det, at kursusrækken fortsat skal være en del af målbeskrivelsen. Rådet anbefaler derfor, at arbejdet med revision af kurserne, herunder de specialespecifikke kurser, generelle kurser, og det nye kursus som træder i stedet for forskningstræning, ikke skal ligge for sent i procesplanen, så det bliver nødvendigt at revidere de nye målbeskrivelser.

Dertil forudser Rådet, at arbejdet med revision af kurserne er en ressourcekrævende proces for dem, som bliver involveret heri. Der forudses derfor et større ressourcetræk på især speciallæger fra klinikken.

Anbefaling 6 - Flexibilitet og merit

SST anbefaler, at videreføre videreuddannelsesregionernes mulighed for frit at opslå introduktionsstillinger uden et maksimum. Her foreslår DRRLV, at SST indfører et maksimum på introduktionsstillinger i de kommende dimensioneringsplaner, og dette primært af hensyn til rekrutteringsudfordringerne i nogle af videreuddannelsesregionerne.

Det er for DRRLV ikke tydeligt, hvordan anbefalingen vedrørende merit og flexibilitet giver mulighed for nytænkning og kvalitetsudnyttelse, hvorfor det bør fremhæves, hvilke regler der skal tilpasses og til hvad.

Generelle og specialespecifikke kurser (anbefaling 16)

Anbefaling 16 - Tilpasning af specialespecifikke og generelle kurser

DRRLV er positiv for en revision af både de specialespecifikke og generelle kurser, hvor målet kan være kortere kurser af en højere kvalitet. Det er en god ide med mere træning af procedurer og simulationstræning, hvor det giver mening at anvende nye metoder til læring. Dertil er rådet opmærksom på at simulationstræning kan blive en omkostningstung post for regionerne.

Det er for rådet ikke tydeligt, hvem der skal tage initiativ til revision af kurserne, hvilke forventninger og rette forudsætninger der er til pædagogiske metoder. Det vil være vigtigt, at kursusrækkerne udvikles sideløbende med arbejdet omkring specialebeskrivelser. Rådet er bekymrede for, hvordan SST sikrer, at der bliver lavet de rette meningsfulde kurser, der opfylder de behov, som ikke er muligt at lære under en kliniske uddannelse på uddannelsesafdelingerne.

Til denne opgave kommer der også til at ligge et betydeligt ressourcetræk ved specialeselskaberne og deres medlemmer – og dermed i sidste ende vores uddannelsesafdelinger.

Efteruddannelse og fagområdeuddannelse (anbefaling 13 og 14)

I teksten til anbefaling 13 og 14 står flere steder (s. 138-139) anført, at efteruddannelsesområdet (faglig profilering, ekspertuddannelse og fagområdeuddannelse) skal forankres via det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, hvilket DRRLV ikke er enige i. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har til opgave at rådgive sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen i alle forhold vedrørende lægelig videreuddannelse på overordnet og principielt niveau – og dermed ikke efteruddannelsesområdet.

Anbefaling 13 Efteruddannelse der styrker speciallægekompetencen

Anbefalingen er trods revidering af tekst stadig svært at forstå. Særligt begreberne omkring faglig profilering og ekspertuddannelse er svære at forstå – og man kan komme i tvivl om, de egentlig dækker over det samme.

Det er for DRRLV ikke tydeligt, hvor omfangsrigt efteruddannelsesområdet bliver i fremtiden, men der er flere elementer i rapportens anbefalinger, som peger i retning af en betydelig udvidelse. Der vil være behov for en tydeligere beskrivelse heraf herunder også de afledte økonomiske konsekvenser.

Anbefaling 14 Fagområdeuddannelser og fagområdekriterier

DRRLV anerkender, at der i forhold til fagområdeuddannelser er brug for mere struktur og støtter kriterierne, som er angivet i anbefalingen.

Kvalitet og organisering (anbefaling 15, 17, 18 og 19)

Anbefaling 15 - Systematisk kompetencevurdering i alle videreuddannelsesforløb

DRRLV anerkender behovet for at fastholde og styrke den systematiske kompetencevurdering gennem hele den lægelige videreuddannelse. Det er for rådet ikke tydeligt, hvad det helt konkret betyder, at Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse aftaler fælles nationale indikatorer, som ressourceeffektivt kan anvendes til at følge op på, i hvilket omfang kompetencevurdering sker systematisk og professionelt. De fire virksomme indsatser, som er beskrevet (s. 141) er rådet enige i, men vurderer også, at det kan blive en belastning i forhold til uddannelses- og kliniktid herunder ressourceforbrug.

Anbefaling 17 - Forskningstræning erstattes af kursus i anvendelse af forskning og kvalitetsarbejde

DRRLV ser positivt på udviklingen af et nyt kursus, hvor der er fokus på anvendelse af forskning og kvalitetsarbejde – og anbefaler i den sammenhæng, at kurset kommer til at tage udgangspunkt i daglig praksis. Det fremgår, at en arbejdsgruppe under Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse skal arbejde videre med mål og metoder. DRRLV anbefaler, at arbejdsgruppen overvejer, hvorvidt det anbefales at lave kurset generisk for alle specialer, samme i beslægtede specialer eller (evt. over tid) specialespecifikt. Rådet vurderer umiddelbart, at specialerne og specialeselskaberne har rigtig mange andre ressourcekrævende opgaver i forbindelse med udvikling og implementering af rapportens andre anbefalinger.

Anbefaling 18 - Medicinsk pædagogisk understøttelse af uddannelsesopgaven

DRRLV anerkender, at der fortsat er behov for at udvikle den medicinske pædagogiske understøttelse af uddannelsesopgaven, og rådet er i den forbindelse også enige i, at det er regionerne og uddannelsesstederne, som har ansvaret for at de rette kompetencer, rammer og støttefunktioner er tilstede.

DRRLV ser frem til den nationale undersøgelse, som SST igangsætter på området og anbefaler i den sammenhæng, at der bredt nationalt og med inddragelse af alle videreuddannelsesregioner nedsættes en styregruppe for undersøgelsen.

På side 146 i forbindelse med anbefaling 18 mangler der under overskriften "De regionale videreuddannelsesråd" en passende beskrivelse af rådene. Aktuelt passer indholdet ikke til overskriften.

Anbefaling 19 - Kvalitetsudvikling af den lægelige videreuddannelse i almen- og speciallægepraksis

DRRLV støtter op omkring en ordning for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i almen- og speciallægepraksis. Det er ikke tydeligt, om ordningen og administrationen heraf kommer til at ligge i Sundhedsstyrelsen som Inspektorordningen gør. Rådet kan være bekymret for om en inspektorliggende ordning (som sandsynligvis kan tage tid) vil betyde, at nogle praksis vil afvise uddannelsesforløb eller kræve yderligere økonomisk kompensation for uddannelsesopgaven.

Det er for rådet ikke tydeligt, hvad begrebet ressourceeffektivt betyder i denne sammenhæng.

Prognose og dimensionering (anbefaling 20)

Anbefaling 20 - Koordineret dimensionering og prognose

DRRLV anerkender, at der er behov for en koordineret dimensionering og prognose mellem universiteterne og uddannelsesstederne. Rådet anbefaler i den sammenhæng, at der bliver tænkt endnu bredere helhedsperspektiv, hvor der bliver planlagt sammen med andre sundhedsfaglige uddannelser end blot lægelig videreuddannelse, da det er fra de samme små ungdomsårgange, som uddannelserne kan hverve.