

DECEMBER 2014

INSPEKTORORDNING

Status og perspektivering



Inspektorordning – status og perspektivering

© Sundhedsstyrelsen, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Inspektorordning, inspektorer, speciallægeuddannelse, uddannelseslæger, kvalitetssikring

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 18.12.2014

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2014.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-076-0

Forord

Sundhedsstyrelsens mission er ”Sundhed for alle – gennem effektiv og sikker forebyggelse og behandling”. En af hovedopgaverne i den forbindelse er at understøtte planlægningen i sundhedsvæsenet, så der opnås høj kvalitet og ensartet behandling af borgerne. En opgave, der inddrager alle aspekter af sundhedsvæsenet. Kvalitets-sikring og -udvikling af uddannelse indgår derfor som et væsentligt element, på linje med kvalitetssikring og -udvikling i pleje og sygdomsbehandling, forebyggelse samt sundhedsforskning.

Sammen med andre kvalitetssystemer har Sundhedsstyrelsens Inspektorordning, siden dens oprettelse for 15 år siden, været anset for et godt redskab til kontrol og kvalitetsudvikling i den lægelige videreuddannelse. Som resten af sundhedsvæsenet er den lægelige videreuddannelse dynamisk og i konstant udvikling. Inspektorordningen skal derfor løbende tilpasse sig denne udvikling og kunne indgå i konstruktivt samarbejde med alle parter i videreuddannelsesspørgsmål.

Denne rapport handler om vigtige interessenters syn på ordningen. Er Inspektorordningen et godt instrument i videreuddannelsen? Administreres og gennemføres den hensigtsmæssigt og accepteres den på sygehusene? Og ikke mindst: Giver den kvalitet i uddannelsen af læger?

Rapporten er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med ordningens følge-gruppe.

Else Smith
Administrerende direktør

Birte Obel
kontorchef

Sundhedsstyrelsen

Indhold

1	Introduktion	6
1.1	Rapportens opbygning	6
2	Resume	7
2.1	Inspektorordningen som kvalitetssikringsredskab skal fortsætte	7
2.2	Sygehusledelsens deltagelse er vigtig	7
2.3	Rekruttering af inspektorer skal prioriteres	7
2.4	Inspektorordningen skal tilpasse sig sundhedsvæsenets ændringer	7
2.5	Kvalitetssikring for videreuddannelsen i almen praksis skal udvikles	7
2.6	Hyppighed af besøg bør revurderes	8
2.7	Ressourceforbruget skal målrettes	8
2.8	Anvendelse af inspektorstatistik giver værdi	8
2.9	Indholdet i inspektorrapporter kan forbedres	8
2.10	Selvevalueringen kan bruges på en anden måde	8
2.11	En kritisk rapport får konsekvenser	8
2.12	Justering af temaer nødvendig	8
3	Anbefalinger	9
4	Perspektivering	10
5	Baggrund	11
5.1	Formål	11
5.2	Rammer	11
5.3	Afreportering	11
6	Inspektorordningen	12
6.1	Inspektorordningen gennem tiden	12
6.2	Inspektorordningen og uddannelseskvalitet i den lægelige videreuddannelse	13
6.2.1	Sikring af uddannelseskvalitet på sygehusenes uddannelsesafdelinger	14
6.2.2	Speciallægepraksis deltager også i videreuddannelse	15
6.2.3	Hvordan sikres uddannelseskvalitet i almen praksis?	15
6.2.4	Privathospitaler har få læger under videreuddannelse	16
6.3	Inspektorordningen i et organisationsteoretisk perspektiv	16
6.3.1	Kvalitetskontrol, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i videreuddannelsen	17
6.3.2	Aktiv kvalitetssikring er en styrke i en dynamisk, omskiftelig omverden	17
6.4	Inspektorer fungerer som facilitatorer	18
6.4.1	Uddannelse af inspektorer er vigtig	18
6.4.2	Antal af inspektorer er jævnt fordelt i landet	18
6.5	Antallet af inspektorbesøg varierer gennem årene	19
6.6	Inspektorrapporten består af to dele	20
6.6.1	Evalueringstemaer scores af inspektorerne	21
6.6.2	Indsatsområder aftales med afdelingen	22
6.7	Kvalitetssikring af speciallægeuddannelsen i andre lande	22
6.7.1	Internationale standarder i speciallægeuddannelsen	23
6.7.2	Kontrolsystemer og kvalitetssikring i lande Danmark sammenligner sig med	23
6.8	Økonomi	27

7	Status og vurdering af Inspektorordningen	28
	7.1.1 Metodebegrænsninger og bias ved spørgeskemaundersøgelsen	28
	7.2 Inspektorårsmøde	29
	7.3 Møde i det Nationale Råd for lægers Videreuddannelse	29
	7.4 Spørgeskemaundersøgelse	29
8	Resultat	31
	8.1 Inspektorårsmøde	31
	8.1.1 Generelt	31
	8.1.2 Inspektorer	31
	8.1.3 Rapport og besøg	32
	8.1.4 Effekt	33
	8.2 Møde i det Nationale Råd for lægers Videreuddannelse	33
	8.2.1 Generelt	33
	8.2.2 Inspektorer	34
	8.2.3 Rapport og besøg	34
	8.2.4 Effekt	35
	8.3 Spørgeskemaundersøgelsens resultater	35
	8.3.1 Generelle forhold	35
	8.3.2 Forud for inspektorbesøg	36
	8.3.3 Spørgsmål om inspektorbesøg og rapport	37
	8.3.4 Effekt af inspektorbesøg	38
	8.3.5 Resultater af afdelingernes kommentarer i spørgeskemaundersøgelsen	39
9	Drøftelse af resultater	41
	9.1 Inspektorordningen er et redskab til kvalitetssikring	41
	9.2 Sygehusledelsen involvering ved inspektorbesøg har betydning	41
	9.3 Rekruttering af inspektorer bør forbedres	42
	9.4 Strukturændringer kræver anderledes planlægning af inspektorbesøg	43
	9.5 Almen praksis i Inspektorordningen er en stor udfordring	43
	9.6 Hyppighed af rutinebesøg skal overvejes	44
	9.7 Ressourceforbruget til ordningen er ikke beskrevet	44
	9.8 Inspektorstatistik øger viden om ordningen	45
	9.9 Inspektorrapporten skal strammes op	45
	9.10 En grundig selvevaluering kan stå alene	46
	9.11 En kritisk rapport skal have konsekvens	46
	9.12 Justering af temaer foretages når vejledningen revideres	47
10	Sundhedsstyrelsens konkluderende bemærkninger	48
	10.1 Inspektorordningen som kvalitetssikringsredskab skal fortsætte	48
	10.2 Sygehusledelsens deltagelse er vigtig	48
	10.3 Rekruttering af inspektorer skal prioriteres	49
	10.4 Inspektorordningen skal tilpasse sig sundhedsvæsenets ændringer	49
	10.5 Kvalitetssikringsordning for videreuddannelse i almen praksis skal udvikles	50
	10.6 Hyppighed af besøg skal revurderes	51
	10.7 Ressourceforbruget skal målrettes	51
	10.8 Anvendelse af inspektorstatistik giver værdi	52
	10.9 Indholdet i inspektorrapporterne kan forbedres	52
	10.10 Selvevalueringer kan bruges på anden måde	53
	10.11 En kritisk rapport får konsekvenser	53
	10.12 Justering af temaer er nødvendig	54
11	Referenceliste	55
12	Bilag	56

1 Introduktion

Med denne rapport følges der op på anbefalinger i *Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering* (Sundhedsstyrelsen 2012) om at udarbejde en gennemgang af Inspektorordningen.

Formålet med gennemgangen er at vurdere holdninger til og accept af ordningen fra relevante interessenter. Endvidere indgår en belysning af muligheder, der kan forbedre ordningen og dermed styrke kvaliteten af videreuddannelsen. I rapporten indgår tre datakilder: Drøftelser af ordningen ved Inspektorårsmødet i 2014, drøftelser ved møde (juni 2014) i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (NRLV) samt en spørgeskemaundersøgelse blandt afdelingsledelser om tilfredshed med inspektorbesøg.

1.1 Rapportens opbygning

Rapporten består dels af hovedrapporten med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, dels af tre bilag. Rapporten er opbygget således, at et resume og en oversigt over rapportens resultater med en perspektivering fremgår af kapitlerne 2-5. I kapitel 6 fremgår baggrunden for rapporten med en beskrivelse af formål, rammer og afrapportering af rapportens resultater og konklusioner. I kapitel 7 kan læses om Inspektorordningens historie, hvordan Inspektorordningen kombinerer de to aspekter af aktiv kvalitetssikring, kvalitetskontrol og kvalitetsudvikling samt en gennemgang af uddannelse og antal inspektorer, antal besøg og gennemsnitlige temascoringer i inspektorrapporterne gennem årene. I dette kapitel indgår også en gennemgang af kvalitetssikring af speciallægeuddannelsen i Sverige, Norge, UK og Canada. Kapitel 7 kan således læses alene, hvis der ønskes særlige oplysninger om faktuelle informationer om ordningen i dag.

I kapitel 8 beskrives, hvilken metode, der er brugt til at hente data til belysning af Inspektorordningens værdi, og hvordan dataindsamling har fundet sted, og resultaterne præsenteres i kapitel 9 og drøftes i kapitel 10. Sundhedsstyrelsen konklusioner beskrives i kapitel 11. Her bliver både resultater fra dataindsamlingen og egne erfaringer med Inspektorordningen gennem årene omsat til operationelle forslag, der kan indgå i det videre arbejde, som vil sikre, at Inspektorordningen som redskab til at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle lægelig videreuddannelse fortsat fungerer tilfredsstillende og bliver tilpasset sygehusvæsenets nuværende og kommende struktur.

2 Resume

Gennemgangen beskriver, hvorledes Inspektorordningen har fungeret siden dens oprettelse, og hvordan ordningen i dag bidrager til den kvalitetssikring og udvikling, som løbende finder sted i den lægelige videreuddannelse. Inspektorordningen giver Sundhedsstyrelsen, som har det overordnede ansvar for speciallægeuddannelsen, en god mulighed for at få indsigt i rammer og planlægning af uddannelse af speciallæger på de enkelte uddannelsesgivende afdelinger. Desuden beskrives, at der i det regionale system ligeledes findes en række systemer, der kvalitetssikrer og udvikler videreuddannelsen. Det bliver samtidig beskrevet, hvordan lande med sammenlignelige uddannelsessystemer, på samme vis som Danmark, har centralt forankrede kvalitetssikringssystemer for den lægelige videreuddannelse.

Drøftelserne af Inspektorordningen ved Inspektorårsmødet foråret 2014 og ved møde i NRLV juni 2014 samt en spørgeskemaundersøgelse gennemført hen over sommeren 2014 udgør tilsammen rapportens tre datakilder, der identificerer 12 områder, hvor ordningen kan forbedres og udvikles. For hvert område har Sundhedsstyrelsen følgende hovedkonklusioner:

2.1 Inspektorordningen som kvalitetssikringsredskab skal fortsætte

Både deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, ved Inspektorårsmødet samt ved mødet i det NRLV udtrykker generel tilfredshed med Inspektorordningen. Inspektorbesøg har en faciliterende funktion, som udvikler og optimerer uddannelsesindsatsen i afdelingerne. Derudover er ordningen med til at sikre ensartet videreuddannelse i hele landet i forhold til rammer, læringsprocesser, vejledning og kompetencevurdering. I fremtiden bør samarbejdet mellem det regionale kvalitetssikringssystem og Inspektorordningen øges.

2.2 Sygehusledelsens deltagelse er vigtig

Blandt både inspektorer og afdelingsledelser er der enighed om, at sygehusledelsens deltagelse og opbakning til indsatsområderne er af stor betydning, særligt ved besøg på afdelinger med utilfredsstillende uddannelsesfunktion. Det er ligeledes Sundhedsstyrelsens opfattelse, at sygehusledelsens deltagelse i inspektorbesøg øger fokus på videreuddannelsen og er med til at synliggøre og prioritere uddannelse på ledelsesniveau. Der bør gøres en indsats for, at inspektorbesøg har sygehusledelsens bevågenhed.

2.3 Rekruttering af inspektorer skal prioriteres

Sundhedsstyrelsens inspektorsekretariat oplever jævnligt, at der mangler inspektorer til besøg. Manglen er speciale- og regionsspecifik. Ordningen bygger i høj grad på speciallægers og uddannelseslægers lyst til at deltage, og der skal ydes en indsats for at rekruttere flere inspektorer.

2.4 Inspektorordningen skal tilpasse sig sundhedsvæsenets ændringer

Sundhedsvæsenet gennemgår i disse år store forandringer, der medfører samling af flere specialer i en administrativ enhed, afdelinger, som er spredt ud på flere matricler samt afdelinger, som varetager lægelige videreuddannelse; men som ikke har ansatte uddannelseslæger (f.eks. akutmodtagelser). Inspektorordningen skal planlægge besøg tilpasset disse forhold, så udbyttet af ordningen bevares.

2.5 Kvalitetssikring for videreuddannelsen i almen praksis skal udvikles

Evalueringen af uddannelsen i almen praksis varetages i dag af uddannelseslægerne og videreuddannelsesregionerne i form af indmeldinger til evaluer.dk og ved aner-

kendelse af tutorpraksis. Som det største lægespeciale bør det undersøges, hvordan specialet kan dækkes af en centralt styret kvalitetssikringsordning med fokus på uddannelse.

2.6 Hyppighed af besøg bør revurderes

Afdelingsledelserne er tilfredse med den nuværende ramme på fire år mellem besøg. Men inspektorerne og afdelingsledelserne angiver samtidigt, at besøg i højere grad bør målrettes og fokusere på afdelinger, hvor der påvises væsentlige mangler i videreuddannelsen eller et mindre hensigtsmæssigt læringsmiljø. Inspektorbesøg skal fremover gennemføres på baggrund af en (risiko-)vurdering af afdelingens vartagelse af videreuddannelse.

2.7 Ressourceforbruget skal målrettes

Det aktuelle ressourceforbrug til Inspektorordningen er ikke fuldstændig kendt, da inspektorernes faktiske tidsforbrug til besøg ikke er beskrevet. I gennemgangen fremhæves, at ressourcerne skal målrettes de afdelinger, der har problemer med at få videreuddannelsen til at fungere.

2.8 Anvendelse af inspektorstatistik giver værdi

For at synliggøre Inspektorordningens effekt er det hensigtsmæssigt at offentliggøre statistik over ordningens resultater. Dette kan opnås ved elektroniske systemer med brugerflader, hvor der kan udtrækkes resultatoversigter på tværs af regioner, specialer og afdelinger. Endvidere bør systemet kunne vise resultater fra evaluer.dk.

2.9 Indholdet i inspektorrapporter kan forbedres

Gennemgangen viser, at objektiviteten og sammenligneligheden af rapporterne bør forbedres. Dette kan opnås ved, at Sundhedsstyrelsen præciserer kriterier for rapportudarbejdelse i en kommende revideret vejledning. Endvidere kan anvendelse af inspektorer fra andre specialer ligeledes forbedre objektiviteten. Et øget samarbejde mellem regionernes videreuddannelsessekretariater og Sundhedsstyrelsen vil understøtte, at rapportens indsatsområder monitoreres bedre.

2.10 Selvevalueringen kan bruges på en anden måde

Gennemgangen viser, at en grundig selvevaluering er et godt værktøj til at afdække en afdelings videreuddannelse. Hvis den er grundig udført med inddragelse af alle parter, vil den have effekt også uden et efterfølgende inspektorbesøg.

2.11 En kritisk rapport får konsekvenser

Gennemgangen viser, at der skal reageres hurtigt ved kritiske inspektorrapporter, så det sikres, at der følges op på afdelingens videreuddannelse. Det kan overvejes, om de regionale systemer kan have en formaliseret rolle ved gennemførelsen af indsatsområder i afdelinger, der har modtaget en kritisk rapport. Desuden kan det overvejes, om regionens videreuddannelsessekretariat skal inddrage den seneste inspektorrapport som grundlag for afdelingens videre uddannelsesfunktion.

2.12 Justering af temaer nødvendig

Som opfølgning på Sundhedsstyrelsens justering af de syv lægeroller samt oversigten over kompetencevurderingsmetoder er der behov for, at temaerne i Inspektorordningen tilpasses. De syv nyligt justerede lægeroller skal fremgå af den reviderede vejledning, og kompetencevurderingen skal fylde mere i temaerne.

3 anbefalinger

På baggrund af gennemgangen har Sundhedsstyrelsen en række anbefalinger til, hvordan Inspektorordningen kan udvikles og videreføres. I kapitel 11 ses en detaljeret gennemgang af Sundhedsstyrelsens forslag til ændringer, hvor mere konkrete indsatser beskrives.

Hovedanbefalingerne til justering og udvikling af Inspektorordningen er:

- Inspektorordningen skal styrkes ved samarbejde og koordinering med den regionale indsats – særligt den kliniske udviklende pædagogiske funktion (PUF)
- Sygehusledelsens fokus på inspektorbesøg skal styrkes
- Rekruttering af inspektorer skal styrkes
- Inspektorordningen skal tilpasse sig den fremtidige struktur i Sundhedsvæsenet, så udbytte af besøg fastholdes
- Behovet for kvalitetssikring af videreuddannelsen i almen praksis skal belyses
- Planlægning af besøg gennemføres ud fra en risikovurdering
- Inspektorernes tidsforbrug ved besøg bør synliggøres
- Inspektorordningens resultater skal synliggøres mere - gerne elektronisk
- Skabelon og indhold i inspektorrapporterne skal optimeres
- Grundige selvevalueringer kan anvendes uden efterfølgende besøg
- En kritisk rapport skal have konsekvenser for afdelingen og følges op af initiativer.
- Temaerne i ordningen justeres i en revideret vejledning for ordningen

4 Perspektivering

Denne gennemgang og status viser, at Inspektorordningen lever op til formålet om at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle den lægelige videreuddannelse. Det er dog også klart, at ordningen skal justeres og tilpasses, så den fungerer bedst muligt både nu og i fremtidens sundhedsvæsen.

Rapportens konklusioner samt forslag til ændringer og justeringer danner baggrund for drøftelser i både følgegruppen for Inspektorordningen og i NRLV og vil efterfølgende blive konkretiseret i en handlingsplan. Der bliver således fastlagt et mål for hvert forbedringsforslag og udpeget en aktør som tovholder. Handlingsplanen og det videre arbejde forankres i NRLV.

Inddragelse af almen praksis i Inspektorordningen er en stor udfordring. Sundhedsstyrelsen vil derfor anbefale, at der nedsættes en arbejdsgruppe med kommissorium under NRLV. Formålet med arbejdsgruppen bliver at udarbejde begrundede anbefalinger til, om og eventuelt hvordan almen praksis bør og kan inddrages i Inspektorordningen.

5 Baggrund

I Sundhedsstyrelsens rapport *Speciallægeuddannelsen – status og perspektivering* fra 2012 blev også Inspektorordningen behandlet, og det blev anbefalet at gennemføre en evaluering og gennemgang af ordningen særligt med henblik på revision af den gældende vejledning. En sådan gennemgang skulle have fokus på sygehus- og afdelingsledelsernes inddragelse i inspektorbesøget i forhold til at sikre opbakning til indsatsområder beskrevet i inspektorrapporten. Ligesom det blev påpeget, at der burde foretages en vurdering af muligheden for inddragelse af almen medicin - i en eller anden form - i Inspektorordningen. Tilpasning til de igangværende omstruktureringer af sundhedsvæsenet samt tilstrækkelig antal inspektorer var forhold, som ligeledes blev foreslået inddraget. Det blev anbefalet, at gennemgangen skulle indeholde en justering af de temaer, som anvendes i ordningen, således at deres indbyrdes betydning præciseres. Specielt burde den strukturerede objektive kompetencevurdering fremhæves i temaerne, da dette uddannelseselement fortsat betragtes som vanskeligt og tidskrævende i de uddannelsesgivende afdelinger.

Rapporten fra 2012 konkluderede, at Inspektorordningen overordnet set fungerer og er et velintegreret evalueringsinstrument i den lægelige videreuddannelse. Ordningen egner sig til at identificere problemfyldte områder og er kendt og accepteret som en institution, der medvirker til at fastholde, etablere og udvikle engagerede uddannelsesmiljøer, som fostrer veluddannede og velkvalificerede læger.

Ved møde i NRLV i 2013 blev det besluttet, at Inspektorordning skulle gennemgås og justeres, så den også i fremtiden kan bidrage til at kvalitetssikre den lægelige videreuddannelse.

5.1 Formål

Denne rapport er ikke en tilbundsående analyse og evaluering af Inspektorordningen, men en gennemgang, der skal afdække, hvor ordningen fungerer, og hvor den skal justeres, så den også i fremtiden har den tilsigtede effekt. Alle aktører er ikke blevet direkte inddraget, men har i forbindelse med tidligere spørgeskemaundersøgelser i perspektivering af speciallægeuddannelsen fra 2012 samt ved tidligere Inspektorårsmøder tilkendegivet deres holdning til Inspektorordningen, og visse resultater heraf indgår i denne gennemgang.

Inspektorordningen er en dynamisk ordning, der løbende skal tilpasses den virkelighed, den fungerer i. Denne rapport er en del af denne proces, og rapportens konklusioner og anbefalinger vil kunne danne basis for videreudvikling af ordningen, så den også i fremtiden kan opfylde sin funktion.

Formålet med gennemgangen er at sikre, at ordningen også i fremtiden vil være et væsentligt kvalitetssikrings- og udviklingsværktøj i relation til den lægelige videreuddannelse.

5.2 Rammer

Gennemgangen er gennemført af Sundhedsstyrelsen i dialog med følgegruppen for ordningen. Gennemgangen blev påbegyndt primo 2014 og er løbende blevet drøftet med følgegruppen. Gennemgangen er afsluttet ultimo 2014.

5.3 Afrapportering

Ved mødet i december 2014 er den præsenteret for NRLV.

6 Inspektorordningen

I det følgende kapitel gives et kort historisk tilbageblik på Inspektorordningen og en gennemgang af, hvordan den fungerer i dag. Desuden beskrives de tanker, der ligger bag kvalitetssikringen i ordningen, ligesom internationale forhold omkring kvalitetssikringssystemer inddrages.

6.1 Inspektorordningen gennem tiden

Sundhedsministeriets betænkning *Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse* fra september 1989¹ var indledningen til en radikal ændring af den lægelige videreuddannelses organisering, struktur og indhold. Indtil da var det forudsat, at en vis ansættelsesvarighed på en række afdelinger af forskellig specialiseringsgrad tilsammen udgjorde et tilstrækkeligt grundlag for speciallægeanerkendelse. Blandt betænkningens anbefalinger indgik en anbefaling om, at ”Sundhedsstyrelsens vejledende og rådgivende funktioner styrkes yderligere ved at udbygge funktionerne for de tilfornede (specialernes rådgivere i uddannelsesspørgsmål) til også at omfatte et opsøgende tilsyn med uddannelsesaktiviteterne på afdelingerne.”

Heri lå de første spæde skridt til at etablere en kvalitetssikringsordning baseret på specialernes egne kollegers vurdering af uddannelsen. Betænkningens mangesidede anbefalinger, herunder indførelse af målbeskrivelser (fra 1992), Uddannelsesprogrammer (1992-94) og enkeltstillingsklassifikation af uddannelsesstillinger (fra 1995) førte til en forsøgsordning i 1997, hvor inspektion blev tilbudt interesserede sygehusafdelinger, der havde klassificerede uddannelsesstillinger.

Med afsæt i Speciallægekommissionens betænkning *Fremtidens speciallæge* nr. 1384 fra maj 2000 blev ordningen fra 2001 gjort obligatorisk for sygehusafdelinger med videreuddannelsesstillinger. Ordningen forankredes i en manual for Inspektorordningen fra 2001, som siden er revideret. Ligeledes er det obligatoriske kursus for kommende inspektorer og senere også for juniorinspektorer blevet justeret og udviklet i takt med udviklingen af medicinsk-pædagogiske principper og videreuddannelsens rammer og regelsæt.

Det har gennem ordningens forløb været anset for afgørende, at den er en ”peer-inspektion”, der sikrer en ligeværdig kommunikation under besøget og mulighed for gensidig inspiration. Sundhedsstyrelsen ser i Inspektorordningen, at den overordnede tilsynsvirksomhed er opfyldt, men herudover er der skabt et middel til at udvikle og sikre en høj, ensartet kvalitet i videreuddannelsen i et omskifteligt sundhedsvæsen i tæt samarbejde med sundhedsvæsenets øvrige aktører.

De to tandlægelige specialer har været inddraget i Inspektorordningen siden 2007. Ved inspektorbesøg på afdelinger og institutter, som varetager tandlægelig videreuddannelse, anvendes samme vejledning, rapportskabeloner mv. som ved lægernes inspektorbesøg.

Inspektorordningen har en følgegruppe, der rapporterer til NRLV, med repræsentanter fra Danske Regioner, Lægeforeningen, Lægevidenskabelige Selskaber, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, NRLV og Sundhedsstyrelsen. Følgegruppen sekretariatsbetjenes af Sundhedsstyrelsen og mødes to gange om året.

6.2 Inspektorordningen og uddannelseskvalitet i den lægelige videreuddannelse

Det overordnede ansvar for speciallægeuddannelsen (og specialtandlægeuddannelsen) ligger hos Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen er autoriserende myndighed og er ansvarlig for de overordnede faglige rammer.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (NRLV) rådgiver Sundhedsstyrelsen i forhold til overordnede spørgsmål om den lægelige videreuddannelse, herunder videreuddannelsernes længde og indhold, principielle spørgsmål vedrørende målbeskrivelser, uddannelsesprogrammer og evaluering, overordnede retningslinjer for udstedelse af tilladelser og speciallægeanerkendelser samt retningslinjer for dispensationer. Evaluering af uddannelsesafdelinger sker blandt andet gennem Inspektorordningen, men også igennem evaluer.dk ved uddannelseslægers bedømmelse af uddannelsesstedet ved ansættelsernes ophør. (Figur 1).

De enkelte specialers **videnskabelige selskaber** udarbejder målbeskrivelser for specialet, hvori de konkrete faglige kompetencer, som skal opnås under speciallægeuddannelsen, beskrives. Målbeskrivelserne, herunder beskrivelse af specialespecifikke kurser, godkendes og offentliggøres af Sundhedsstyrelsen.

Regionerne har ansvaret for drift og udvikling af videreuddannelsen i overensstemmelse med de lovgivningsmæssige rammer. Til at varetage denne opgave er der af regionsrådene etableret tre regionale råd for lægers videreuddannelse med tilhørende sekretariater: Øst (Region Sjælland og Region Hovedstaden), Syd (Region Syd) og Nord (Region Midtjylland og Region Nordjylland). På baggrund af godkendte målbeskrivelser udarbejder sekretariaterne uddannelsesprogrammer, vurderer uddannelsesafdelinger og tilrettelægger uddannelsesforløb. De regionale råd anvender løbende inspektorrapporterne i arbejdet med at kvalitetssikre den lægelige videreuddannelse.

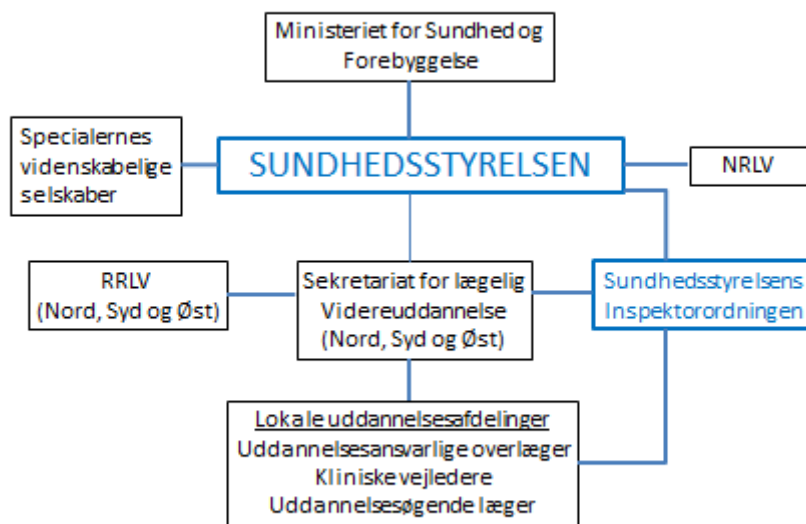
Den klinisk-pædagogisk-udviklende-funktion (PUF) er opbygget forskelligt i de tre videreuddannelsesregioner, men er et regionalt oprettet system til medicinsk pædagogisk udvikling. Der er tilknyttet PKL'er /PUF lektorer (og professorer), med henblik på at bistå videreuddannelsesregionerne og de uddannelsesgivende afdelinger med problemløsning og udvikling af medicinsk pædagogik.

PUF-ordningen og PKL'ernes funktionsområde varierer imellem de enkelte specialer og de tre videreuddannelsesregioner, men er i alle tre videreuddannelsesregioner veletableret. Evaluering af PUF-ordningen og PKL funktionen i region Nord² og i region Øst³ viser dog, at PKL'erne kan udnyttes bedre. Særligt kan de bidrage med pædagogisk udvikling og anvendelse af nye metoder til kompetencevurdering og læring i samarbejde med de uddannelsesansvarlige overlæger samt hjælpe afdelinger med påviste problemer i videreuddannelsen. Således opfattedes samarbejdet som godt i en række akutmodtagelser med Klinisk Basisuddannelse (KBU) læger i uddannelse i Region Syd, der havde PKL-uddannelsesbesøg⁴.

Rapporterne angiver, at PUF-ordningen og PKL'erne, i kraft af deres specialetilknytning og deres medicinsk pædagogiske viden, er centrale aktører i videreudvikling og styrker den lægelige videreuddannelse. I den forbindelse skal det bemærkes, at en del inspektorer også har funktioner som uddannelsesansvarlige overlæger og som PKL.

Inspektorordningen er således baseret på et samspil mellem flere aktører. I Figur 1 er listet de forskellige overordnede opgaver og ansvarsfordelingen for udvalgte aktører tilknyttet Inspektorordningen.

Figur 1. Aktører i den lægelige videreuddannelse og relation til Inspektorordningen.



NRLV: Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, RRLV: Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse.

På lokalt niveau sætter regionerne og sygehusledelserne rammerne for den lægelige videreuddannelse og har sammen med uddannelseslægen det daglige ansvar for læring. Et centralt element i videreuddannelse på afdelingen er den individuelle uddannelsesplan, som følger alle uddannelseslæger igennem det samlede uddannelsesforløb.

Inspektorordningen beskrives i bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger,⁵ hvor det af § 6 stk. 2 fremgår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder vejledninger for evaluering og kompetencevurdering af den enkelte uddannelseslæge og af uddannelsessteder, herunder for uddannelsessteders deltagelse i Inspektorordningen. Videre fremgår det af stk. 3, at Sundhedsstyrelsen offentliggør inspektorrapporter fra de enkelte lægelige uddannelsesafdelinger.

Som det fremgår af Figur 1, evaluerer Inspektorordningen den lægelige videreuddannelse direkte og uden involvering af de tre videreuddannelsessekretariater. Ordningen giver således Sundhedsstyrelsen en mulighed for at få indsigt i afdelingernes daglige håndtering af lægernes videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen har dog ingen direkte indflydelse på afdelingens funktion som uddannelsesafdeling eller de ressourcer, som afdelingen har til rådighed.

6.2.1 Sikring af uddannelseskvalitet på sygehusenes uddannelsesafdelinger

Det danske sundhedsvæsen er traditionelt bygget op omkring de lægelige specialer, som aktuelt tæller 38. Specialerne er historisk betinget og er opstået og afviklet, ef-

terhånden som lægevidenskabelig forskning og behandlingsformer har udviklet sig. I disse år opleves en gennemgribende forandring og omstrukturering af sundhedsvæsenet med nye store sygehuse og sammenlægning af afdelinger. I den nye struktur ses en tendens til, at organiseringen af sygehusene foregår på tværs af specialerne med fælles akutmodtagelser og store centre, som er organiseret omkring patientens behov. Det traditionelle specialeopdelte sygehus er således under forandring, ligesom der ses væsentlige ændringer i opgavefordelingen mellem sygehuse og almen praksis.

Inspektorordningen er tilrettelagt specialespecifikt, således at inspektorerne udpeges af specialeselskaberne og bortset fra enkelte besøg, gennemføres de fleste med inspektorer fra eget speciale. Ved besøg på afdelinger og centre, som er opbygget på tværs af specialer, passer den nuværende struktur af Inspektorordning derfor dårligt.

En uddannelsesafdeling modtager kun besøg, såfremt den har uddannelseslæger ansat. En afdeling, som ikke har uddannelseslæger ansat, men kun har uddannelseslægerne i en vagtfunktion, vil derfor ikke modtage inspektorbesøg. Med de nye sygehusstrukturer betyder det, at visse afdelinger, som er involveret i den lægelige videreuddannelse, ikke får inspektorbesøg.

I evaluer.dk indgår omkring 650 uddannelsesafdelinger i hele landet. Herudover kommer et antal styrelser og regioner samt tandlægeskoler, som også er omfattet af ordningen. Alle uddannelsesgivende afdelinger skal iht. til vejledningen have mindst et inspektorbesøg hvert fjerde år.

6.2.2 Speciallægepraksis deltager også i videreuddannelse

Ansættelse i speciallægepraksis under den lægelige videreuddannelse foregår i dag i specialerne oto-rhino-laryngologi, oftalmologi og dermatologi. Disse praksisser er oftest små med én uddannelseslæge ad gangen, og Inspektorordningen er endnu ikke udbredt til dette område. I et enkelt speciale, oftalmologi, har Inspektorordningen gennemført pilotbesøg på en større klinik med flere vejledere og uddannelseslæger.

Fremadrettet kan videreuddannelse i praksisrelevante specialer forventes at foregå i speciallægepraksis i overensstemmelse med specialets målbeskrivelser. Disse uddannelsessteder, der oftest vil være enkeltmandspraksis' med én uddannelseslæge ad gangen, må forventes at være akkrediteret af IKAS og vurderet egnet til uddannelsesformål af videreuddannelsesregionen. En mere generel udbredelse af Inspektorordningen til speciallægepraksis kan tænkes at følge en model, som bygger på et samarbejde mellem Inspektorordningen og akkrediteringsinstituttet IKAS.

6.2.3 Hvordan sikres uddannelseskvalitet i almen praksis?

Specialet almen medicin er aktuelt ikke omfattet af Inspektorordningen. I årenes løb har flere modeller været overvejet, men det store antal uddannelseslæger fordelt på mange almene praksis' har gjort det vanskeligt. Der er særlige forhold for almen praksis som uddannelsessted, der adskiller dette speciale fra andre specialer, der er omfattet af Inspektorordningen:

- Antallet af tutorpraksis (omkring 820, Evaluer.dk)
- Begrænset antal uddannelseslæger per praksis
- Tutorpraksis' status som liberalt erhverv

- Den tætte, daglige kontakt/dialog mellem uddannelseslæge og vejleder (tutor)

Kvalitetssikring af videreuddannelsen i almen praksis sker ved videreuddannelsesregionernes godkendelse af tutorpraksis, af løbende efteruddannelse af tutorer og i den dialog, som regionerne, deres almen medicinske uddannelseskoordinatorer (AMU) og specialiets PKL har med praksistutorerne. På nationalt niveau indgår uddannelsesforhold i efteruddannelsen (e-kurser) i faglige organisationer. Evaluering af videreuddannelsen i almen praksis finder sted ved uddannelseslægenes vurdering af uddannelseskvaliteten til evaluer.dk ved ansættelsesophør.

Det er endnu ingen afklaring på, hvordan en eventuel yderligere fremtidig kvalitetssikring af videreuddannelsen i almen praksis kan organiseres, gennemføres og afrapporteres. I en artikel fra 2008⁶ og ved Inspektorårsmødet maj 2010 orienterede formanden for Dansk selskab for Almen Medicin (DSAM) uddannelsesudvalg⁷ om et gennemført pilotprojekt i Region Syddanmark, hvor syv tutorpraksis fik tre timers besøg af to inspektorer (almen medicinske uddannelseskoordinatorer fra samme region). Opfølgende interview efter 3-5 mdr. viste, at besøget havde stor effekt, og havde medført:

- Forventningsafstemning mellem læge og tutor
- Sikret tid til vejledersamtaler
- Sikret brugen af kompetencevurderingsmetoder
- Udvidet brug og nytte af individuel uddannelsesplan

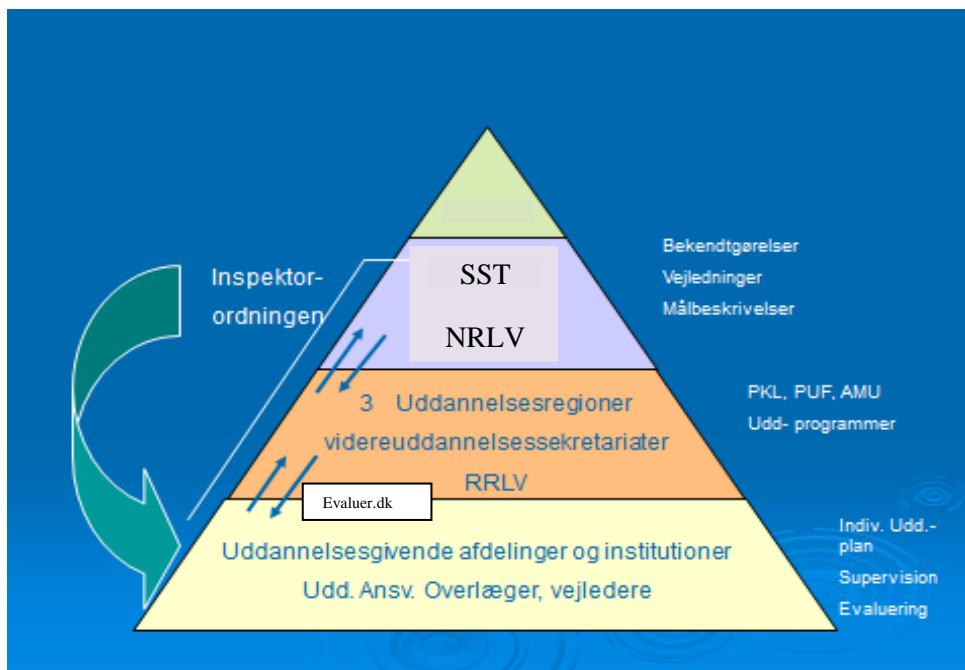
Væsentlig forudsætning for godt resultat af besøget var en selvevaluering, der skulle udfyldes af såvel tutor som uddannelseslæge, og at praksis selv gennemførte et internt opfølgende møde.

6.2.4 Privathospitaler har få læger under videreuddannelse

Enkelte privathospitaler har inden for de seneste år deltaget i speciallægeuddannelsen i ortopædisk kirurgi, og på to afdelinger på privathospital har der været inspektorbesøg. En udfordring for ordningen er, at hospitalet ikke alle steder kontinuerligt har uddannelseslæger.

6.3 Inspektorordningen i et organisationsteoretisk perspektiv

Opbygningen af den lægelige videreuddannelse kan ses som et 3-lags hierarki med en strategisk top bestående af Sundhedsstyrelsen, som godkender målbeskrivelser fra specialernes videnskabelige selskaber, et taktisk lag bestående af regioner og videreuddannelsesregioner og et operationelt lag med de uddannelsesgivende afdelinger. I denne model kan visioner og overordnede krav til kvalitet i uddannelsen meldes ud og bevæge sig ned gennem organisationen med en tiltagende konkretisering og detaljering (operationalisering) i lagene. Modellen⁸ for kvalitetsledelsessystemet er illustreret i Figur 2.



Figur 2. Inspektorordningen og evaluer.dk som kvalitets feedbacksystemer i et Total Quality Management (TQM) model for lægelig videreuddannelse.

Modellens styrke er, at forståelsen af kvalitet indarbejdes i organisationskulturen, og at der er kontrol og dialog mellem det strategiske og det operationelle lag samtidig med, at der er kontrol/feedback mellem lagene. Der er således mulighed for kontinuerlig og hurtig justering af uddannelses tiltag og -funktioner, som netop er nødvendigt i et dynamisk system. Samtidig giver de to evalueringsformer mulighed for samarbejde.

6.3.1 Kvalitetskontrol, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i videreuddannelsen

Med den danske speciallægereform blev der indført detaljeret beskrivelse af obligatoriske minimumskompetencer samt fastsat krav til nødvendige rammer, processer og funktioner i speciallægeuddannelsen. Samtidig lagde reformen op til udvikling af en uddannelseskvalitetskultur i de uddannelsesgivende afdelinger. Det lå i reformens formål, at selvom kvaliteten burde måles på den oplevede kvalitet af den uddannede speciallæges efterfølgende arbejde (outcome), måtte kvaliteten i uddannelsen i stedet måles på uddannelsesafdelingernes implementering af de udmeldte standarder, på at rammerne fandtes, og på at læring og vejledning opfyldte kravene i udmeldte vejledninger.

Sikringen af opnåelse af minimumskompetencer finder sted i det taktiske og operationelle lag samt i den feedback, der finder sted mellem lagene (Figur 2). Omvendt er sikringen af overordnede uddannelsesrammer, kvalitet i læring og vejledning samt vurdering af uddannelsesmiljøet blevet en kvalitetssikringsopgave for Sundhedsstyrelsens Inspektorordning.

6.3.2 Aktiv kvalitetssikring er en styrke i en dynamisk, omskiftelig omverden

Metoderne til at øge kvalitet i organisationer kan have forskellig baggrund og formål og kan udøves på forskellig måde. Grundlæggende er der to modeller:

A: **Passiv kvalitetssikring**, herunder udmelding af standarder, retningslinjer, programmer eller planer. Udmeldingen af disse indeholder samtidig den forventning,

at disse standarder følges, og at den krævede kvalitet derfor opnås på en ensartet måde og på et ens niveau. Videreuddannelsen anvender dette topstyrede princip, hvad angår bekendtgørelser, vejledninger og målbeskrivelser.

B: **Aktiv kvalitetssikring**, som kan have to forskellige retninger eller hensigter:

- *Kvalitetskontrol* i forbindelse med besøg, oftest stikprøver, hvor kontrol-lanten sikrer sig, at retningslinjerne er fulgt.
- *Kvalitetsudvikling* i forbindelse med besøg, hvor der er dialog og gensidig udveksling af synspunkter og erfaringer. Herunder stimuleres refleksion over den uddannelsesgivende institution, og der skabes muligheder for justering på et oplyst og accepteret grundlag.

Den nuværende Inspektorordning er karakteriseret ved at kombinere de to aspekter af aktiv kvalitetssikring. Det har fra ordningens start været ønsket, at ordningen ikke alene skulle være en kontrol af udmeldte krav og retningslinjer, men også skulle inddrage facilitering af uddannelsesrammer samt lærings- og kompetencevurderingsmetoder. Endvidere skal den understøtte uddannelseskulturen og hvile på gensidig respekt og dialog mellem inspektorer, personalegrupper og ledelsen i den uddannelsesgivende afdeling. Det opfattes således som ordningens force, at den er accepteret i de uddannelsesgivende afdelinger i kraft af, at den udføres af ligemænd (*peers*) typisk inden for eget speciale, og at begge parter kan tænkes at have nytte af besøgene. Dette understøttes af teorien om, at forandringsmodstand reduceres, når ændringer i processer og organisationskultur sker blandt egne medlemmer i små professionelle grupper, jf. Ouchi's klan-teori⁹.

6.4 Inspektorer fungerer som facilitatorer

Inspektorerne er færdige speciallæger (og specialtandlæger), som udpeges af de videnskabelige selskaber. Sundhedsstyrelsens praksis er, at de kan fungere som inspektorer, så længe de arbejder som speciallæger og i op til et år efter, at de er stoppet som speciallæger. Herudover findes en række juniorinspektorer, som er læger under videreuddannelse. Disse er ligeledes udpeget af det lægevidenskabelige selskab. Inspektorerne forventes at fungere som konsulenter i den faciliterende proces under besøget og yde støtte og hjælp til besøgsafdelingen. Inspektorerne kan med deres erfaring belyse problemer ved besøgsafdelingen og kan inspirere til konkrete løsningsforslag, som afdelingen vil kunne implementere.

6.4.1 Uddannelse af inspektorer er vigtig

Alle inspektorer gennemfører et inspektorkursus, inden de deltager i inspektorbesøg. Ved dette kursus rustes lægen til at udfylde rollen som inspektor gennem intensiv træning i bl.a. interviewteknik mv. Desuden informeres lægen om de praktiske forhold ved besøget og i, hvordan en rapport udarbejdes. Sundhedsstyrelsen afholder hvert år et årsmøde for inspektorerne med skiftende temaer. Møderne er tænkt som en mulighed for, at inspektorerne informeres om nye tiltag i Inspektorordningen og den lægelige videreuddannelse, samt at de kan mødes og udveksle erfaringer fra gennemførte besøg.

6.4.2 Antal af inspektorer er jævnt fordelt i landet

Ved hvert besøg udpeges to inspektorer og evt. en juniorinspektor, såfremt der er en til rådighed i det aktuelle speciale. I de senere år har det være vanskeligt at få dækket alle besøg med de inspektorer, der er til rådighed. I nogle specialer er det et udtryk for en egentlig mangel på inspektorer, men i andre specialer har det dækket over, at inspektorer ikke altid har mulighed for at deltage i besøg. Det har medført,

at det ikke har været muligt at gennemføre alle rutinebesøg inden for den anbefalede perioden på fire år. I de intern medicinske afdelinger og på tværs af de kirurgiske specialer er udviklingen gået i retning af, at det ikke nødvendigvis er begge inspektorer, der er speciallæger inden for besøgsafdelingens speciale, men at kun den ene besidder afdelingens speciale, mens den anden besidder andet relevant speciale.

Der er aktuelt (januar 2014) 286 inspektorer fordelt på 37 lægelige og to tandlægelige specialer. I specialet retsmedicin er der fortsat ingen udpegede inspektorer

Tabel 1. Inspektorer fordelt på videreuddannelsesregion 2014

Videreuddannelsesregion	Inspektorer	Junior-inspektorer	I alt
Nord	68	23	91
Syd	59	17	76
Øst	83	34	117
Uden region	2		2
I alt	212	74	286

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2014

6.5 Antallet af inspektorbesøg varierer gennem årene

Inspektorbesøg ved en uddannelsesgivende sygehusafdeling gennemføres over én dag og har, udover inspektorerne, deltagelse fra alle relevante personalegrupper fra afdelingen samt deltagelse fra sygehusledelsen. I Tabel 2 ses alle gennemførte inspektorbesøg siden 1998.

Efter hvert inspektorbesøg anbefaler inspektorerne sammen med Sundhedsstyrelsen en tidsramme for det kommende besøg, og her er to muligheder. Der kan anbefales et rutinebesøg fire år efter, når den samlede vurdering af afdelingen er tilfredsstillende, eller der kan anbefales et opfølgende besøg efter en kortere periode på 1-3 år, hvis inspektorerne har vurderet, at afdelingens videreuddannelse ikke er tilfredsstillende.

Hver inspektor kan bruge op til tre dage per besøg i henhold til den gældende vejledning. På nuværende tidspunkt registreres det ikke i Sundhedsstyrelsen, hvor mange dage den enkelte inspektor er væk fra egen afdeling i forbindelse med besøg.

Tabel 2. Inspektorbesøg 1998-2014

Besøgsår	Opfølgende besøg	Rutinebesøg	I alt
1998	2	22	24
1999	15	34	49
2000	16	18	34
2001	15	17	32
2002	13	57	70
2003	29	75	104
2004	43	40	83
2005	35	38	73
2006	36	63	99
2007	29	55	84
2008	36	33	69
2009	44	43	88
2010	37	43	80
2011	10	29	39
2012	17	27	44
2013	28	30	58
2014	47	52	99
Hovedtotal	426	677	1.129

Der er fra 1998 til 2014 gennemført 1.129 inspektorbesøg. Antallet af besøg har varieret gennem årene, og faldet i antallet af besøg fra 2011 og i årene efter skyldes, at det har været vanskeligt at rekruttere inspektorer, samt at der i 2011-2013 blev implementeret et nyt IT-system for Inspektorordningen. Det nye system er nu fuldt implementeret og velfungerende, og i 2014 er der på nuværende tidspunkt (oktober) gennemført 99 besøg.

Som det ses af Tabel 2, udgør de opfølgende besøg, hvor afdelinger ved inspektorbesøg har fået vurderet, at afdelingens uddannelsesforhold ikke er tilfredsstillende, omkring 40 % af alle besøg.

6.6 Inspektorrapporten består af to dele

Som baggrund for rapporten og inspektorbesøget udarbejder afdelingen en selvevaluering, som på mange punkter ligner den endelige inspektorrapport med scoring af 16 temaer. Derudover indeholder selvevalueringen en SWOT-analyse¹⁰, som udfyldes af afdelingens personale. Den kan indeholde en række supplerende materiale, der beskriver afdelingens videreuddannelse.

Formålet med afdelingens selvevaluering er at belyse kvantitative og kvalitative data samt at forberede afdelingen på, hvad inspektorerne vil fokusere på under besøget. Der er desuden erfaring for, at alene udfyldelsen af selvevalueringen vil medvirke til, at der fokuseres på problemområder i afdelingen og efterfølgende findes ideer til kvalitetsudvikling af videreuddannelsen.

Efter et inspektorbesøg udarbejder inspektorerne en rapport, som beskriver det samlede indtryk som inspektorerne har af afdelingen. Rapporten¹¹ indeholder en temascoringsskel samt en prosabeskrivelse af afdelingen indeholdende de indsatsområder, som inspektorerne aftaler med afdelingen.

6.6.1 Evalueringstemaer scores af inspektorerne

Inspektorrapporten og selvevalueringen indeholder 16 evalueringstemaer, som afdelingen vurderes ud fra. Temaerne har gennemgået mindre ændringer siden 1997 og indeholder aktuelt følgende:

De syv lægeroller:

- Medicinsk ekspert/ lægefaglig
- Kommunikator
- Samarbejder
- Leder/administrator/organisator
- Sundhedsfremmer
- Akademiker/forsker og undervisere
- Professionel

Øvrige temaer:

- Introduktion
- Uddannelsesprogram
- Uddannelsesplan
- Uddannelseslægers deltagelse i forskning
- Undervisning som afdelingen giver
- Konferencers læringsværdi
- Oplæring og kompetencevurdering
- Arbejdstilrettelæggelse
- læringsmiljø på afdelingen

For hvert tema er der mulighed for at score afdelingens uddannelse som ”særdeles god”, ”tilstrækkelig”, ”behov for forbedringer” og ”utilstrækkelig”. Ud fra de 16 temaer kan udregnes et gennemsnit (mellem 1-4).

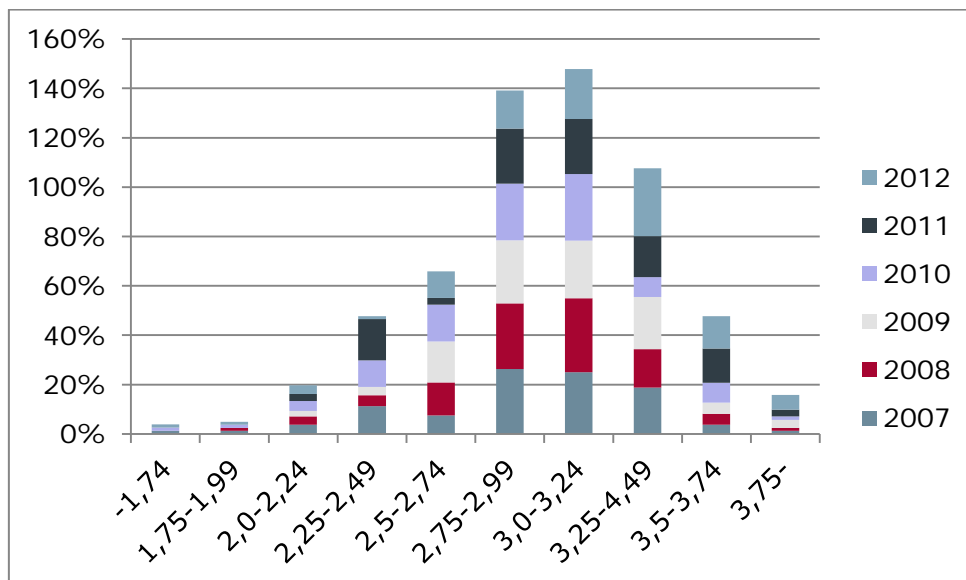
De første syv temaer er bygget op omkring de syv lægeroller, som udgør et centralt element i den lægelige videreuddannelse. De syv lægeroller danner grundlag for de videnskabelige selskabers beskrivelse af de nødvendige minimumskompetencer hos en speciallæge i et givent speciale. Rollerne er udsprunget af de daglige situationer, som lægen oplever både i forhold til den enkelte patient, men også i relation til den organisation, som lægen arbejder i samt i forhold til det omgivende samfund. De danske lægeroller er netop blevet justeret i rapporten *De syv lægeroller*¹².

De resterende temaer tager udgangspunkt i den læring og vejledning, som finder sted på de uddannelsesgivende afdelinger, herunder kompetencevurdering. Kompetencevurdering er at af de bærende elementer i den lægelige videreuddannelse og indgår i alle specialers målbeskrivelse. Anvendelse af kompetencevurderingsmetoder har dog været forskellig fra speciale til speciale og kvaliteten af de anvendte metoder har været varierede. Derfor udgav Sundhedsstyrelsen i 2013 - en oversigt, der skal lette arbejdet med at vælge og anvende kompetencevurderingsmetoder¹³.

Af Figur 3 ses de gennemsnitlige temascore for 2007-2012 fordelt på de enkelte år. Figuren viser at gennemsnitsscoringerne for besøg er normalfordelte med et gennemsnit omkring 3 og med en mindre forskydning mod højre. Figuren viser altså, at størstedelen af afdelingerne havde en gennemsnitlig score på de 16 temaer på

omkring 3. Endvidere ses det af figuren, at denne forskydning mod højre øges i 2011 og 2012. Dette er et udtryk for, at gennemsnitsscorene stiger år for år og dermed, at afdelingernes videreuddannelse generelt forbedres.

Figur 3. Gennemsnitlige temascoringer for perioden 2007-2012



6.6.2 Indsatsområder aftales med afdelingen

Inspektorrapporten afsluttes med, at der beskrives 1-5 indsatsområder, som inspektorerne fastsætter i samarbejde med afdelingen. Hvis en afdeling har scoret et tema som ”utilstrækkeligt” eller ”behov for forbedring”, skal der i rapporten knyttes et indsatsområde hertil.

Indsatsområderne tager udgangspunkt i inspektorernes evaluering og skal godkendes af afdelingsledelsen. Såfremt inspektorerne og afdelingen er uenige om rapport og indsatsområder, søges dette løst gennem dialog. Kan der på trods af dette ikke opnås enighed om rapporten, kan der rettes henvendelse til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen vil kontakte begge parter, og der gives mulighed for, at afdelingen kan udarbejde en kommentar, der efterfølgende lægges på Sundhedsstyrelsens hjemmeside sammen med inspektorernes rapport.

6.7 Kvalitetssikring af speciallægeuddannelsen i andre lande

En kvalitetssikring og kvalitetsudvikling skal tage afsæt i den virkelighed, som videreuddannelsen befinder sig i. For den danske Inspektorordning er rammen således lægens kliniske hverdag og arbejdsopgaver. Det er her speciallægekompetencerne opnås, og kompetencerne vurderes. Netop kompetencevurderingens systematik og konsekvens anses for en af de væsentligste kvalitetsparametre¹⁴.

Den danske speciallægeuddannelse er speciel i den forstand, at den er stærkt detaljestyret og med en relativt enstregt organisations-, reference- og kontrolstruktur. Dog er der også fællestræk mellem andre lande. Den danske Inspektorordning kan lære og inspireres af andre landes kvalitetssikringsordninger.

6.7.1 Internationale standarder i speciallægeuddannelsen

Speciallægeuddannelse er tværnational, og moderne lægevidenskab i alle lande vi sammenligner os med, ønsker og kræver, at de færdigeuddannede speciallæger har samme kompetenceprofil.

*EU-Direktiv 2005/36/EF*¹⁵ (med ændringer 2013/55/EU) fastsætter ikke kvalitetsstandarder i Annex 5.1.3 ud over en minimums uddannelsesvarighed for de enkelte indmeldte specialer. Der kræves en redegørelse for de enkelte specialers indhold af teoretisk og praktisk læring i forbindelse med notifikation, og der lægges fra EU-Kommissionens side op til et øget krav om transparens og sammenlignelighed af EU medlemsstaternes speciallægeuddannelser.

UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) fastsætter uddannelsesstandarder og curricula for de UEMS registrerede specialer og fagområder, hvor der gennem European Boards er tilknyttet specialisteksamen. Standarden for bedømmelserne er fastlagt af UEMS organisationen CESMA¹⁶ (Council for European Specialists Medical Assessment). UEMS' kvalitetssikringskoncept hviler således på udmelding af standarder og kompetencekrav samt specialisteksamen.

WFME (World Federation for Medical Education) har i en beskrivende, overordnet form udmeldt standarder for Postgraduate Medical Education (PGME). Der beskrives overordnede anbefalinger til vejledning og supervision, mentorfunktioner mv. I WFME rapporten¹⁷ indgår et afsnit om 'evaluation of the training process'. Kapitel beskriver kvalitetsudvikling på baggrund af:

- Evaluering af uddannelsesprogrammer
- Feedback fra uddannelseslæger og vejledere
- Uddannelseslægernes kompetenceprogression som mål for uddannelsesprogrammets kvalitet
- Nødvendigheden af centraliseret godkendelse af uddannelsesprogram og monitorering af uddannelsesrammer

WFME standarderne indgik i Speciallægekommissionens arbejdsgrundlag, men standardernes indflydelse på kommissionens konklusioner var begrænset.

6.7.2 Kontrolsystemer og kvalitetssikring i lande Danmark sammenligner sig med

Tabel 3 viser i tabelform indretningen af kontrolsystemer og kvalitetssikring (QA) på tre administrative lag af speciallægeuddannelsen i Danmark og lande, Danmark almindeligvis sammenligner sig med. I de efterfølgende afsnit gennemgås forholdene i Norge, Sverige, England og Canada.

Tabel 3. Oversigt over kontrol kontrolfunktioner af speciallægeuddannelsen i Danmark sammenlignet med Norge, Sverige, England og Canada.

Danmark	Norge	Sverige	England (UK)	Canada
Sundhedsstyrelsens Inspektorordning	Specialitetskomiteernes besøgsordning på uddannelsesinstitutioner	SPUR(Specialistuddannelsesrådet) / LIPUS (Lægernes Institut for Professionel Udvikling i Sundhedsvæsnet) AT (almen tjenestgøring)- og ST(specialist tjenestgøring)-granskning	GMC (General Medical Council) QA-visits ved klager og registrerede problemer. Rutine QA visits regionalt tilstræbes hvert 5 år Årligt nationalt survey blandt uddannelseslæger	College-baserede QA visits /akkreditering af programmer og uddannelsessteder hvert 6. år Hvis akkreditering har vist problemer foretages kontrolbesøg senest efter 2 år
Evaluer.dk (regioner), PKL, PUF-lektorer,			Regional QA (Postgraduate Deanaries, Postgraduate Schools, NHS (National Health Service) - trusts)	'Midtvejs' QA af programmerne foretages af universiteterne, som <ul style="list-style-type: none"> • Internt review • Qa besøg på uddannelsessteder
Intern QA på hospitaler og afdelinger. UAO Akkreditering (IKAS)	Intern QA	Intern kvalitetskontrol (studie-rektor)		Intern QA af 'study directors' på uddannelsessteder

Data til skema indhentet af Sundhedsstyrelsen 2013-2014

6.7.2.1 Norge

Kontrolbesøg med henblik på at sikre og udvikle kvaliteten af uddannelser på sygehusafdelinger og institutioner varetages af hvert enkelt speciales specialitetskomité (i alt 45), nedsat af den norske lægeforening. Denne myndighed er delegeret fra Helsedepartementet i medfør af bestemmelse i den norske lov om helsepersonel fra 1999.

Ved besøget vurderes, om de grunde, der førte til afdelingens godkendelse som uddannelsesafdeling (også af specialitetskomiteen), fortsat er til stede og de aktuelle uddannelsesrammer. Uddannelsens kvalitet og gennemførelse vurderes ved interview af relevante personalegrupper. Besøget varetages af mindst to personer fra komiteen, hvoraf en er yngre læge, men antallet kan udvides efter behov. Den norske besøgsordning minder med hensyn til forberedelse af besøget og besøgets gennemførelse og rapportering meget om den danske Inspektorordning. Der er dog ikke faste perioder mellem besøg og behov for genbesøg vurderes efterfølgende af

komiteen afhængigt af afdelingens tilbagemeldinger om justerede tiltag eller krævede forbedringer af uddannelsen.

Den norske besøgsordning arbejder efter en "Vejledning i forberedelse, gennemførelse og opfølgning af specialitetskomiteens besøg" fra 2005, der stort set svarer til den tilsvarende danske inspektorvejledning. Besøgsrapporten munder ud i en konklusion: 1. Godkendt, 2. Mindre alvorlige mangler eller 3. Alvorlige eller gentagne mangler.

En fordel ved den norske ordning kunne være, at dette kontrolaspekt er placeret i specialet selv og dermed er tættere på selve uddannelseslægerne samt at specialitetskomiteen også er inddraget i bemyndigelsen til at give eller fratage status som uddannelsesafdeling.

6.7.2.2 Sverige

Sverige har siden 1998 gennemført 'granskninger' af, hvordan AT (almen tjenstgøring) og ST (specialist tjenstgøring) uddannelserne gennemføres på svenske uddannelsesafdelinger og institutioner. For ST-lægenes uddannelses vedkommende varetages disse inspektorbesøg af SPUR/LIPUS på baggrund af regelsæt fastsat af Socialstyrelsen.

Lokale uddannelsesråd og lens AT/ST-råd udfører kvalitetskontrol af ST-uddannelserne. Herudover spiller studierektorerne på uddannelsesinstitutionerne en central rolle i kvalitetssikring og udviklingsinitiativer.

En central styret Inspektorordning blev indført fra 2008. Disse vurderinger blev gennemført af Svenska Läkarförbundet og Svenska Läkarsällskapets Institut for Professionel Udvikling (IPULS) på delegation fra Socialstyrelsen. Ansvar for inspektionerne er marts 2013 overgået til samme selskabs private organisation LIPUS AB (Läkarnas Institut för Professionell Utveckling i Sjukvården), men med Socialstyrelsen som regulerende og regelfastsættende myndighed.

Inspektionerne gennemføres som halvdags interviews og gennemgange på uddannelsesstederne. Det er afdelingerne, der selv rekvirerer inspektionerne og dækker de økonomiske omkostninger ved besøgene, men Socialstyrelsen kan ved påviste problemer pålægge uddannelsesstederne at få foretaget inspektion. Der er ingen faste terminer for genbesøg.

Inspektionerne gennemføres af to personer, en speciallæge og en ST-læge inden for specialet, indstillet til LIPUS af Svenska Läkaresällskapet.

Ved besøget gennemgås alle aspekter af uddannelsen og der skrives en rapport med konkluderende bemærkninger, godkendelse og forslag til ændringer. Samtidig vurderes enkelte specifikke områder og disse vurderinger offentliggøres på SPUR/LIPUS hjemmeside, hvor de udgør et meget anvendt hjælpemiddel, når kommende ST-læger søger speciallægeuddannelse.

6.7.2.3 England (UK)

Inspektioner (QA visits) gennemføres af General Medical Council (GMC), og blev for videreuddannelsens vedkommende overtaget 2012 fra "Postgraduate Medical Education and Training Board" (PMETB).

Sikring af kvaliteten af uddannelsen i et og to år efter lægeeksamen (foundation programmerne) og i specialist træningen har op til 2012 været et fælles ansvar for GMC og PMETB. Fra 2012 er det overordnede ansvar overgået til GMC som har samme standarder for kvalitet i såvel den prægraduate som den postgraduate uddannelse i UK. Det er ligeledes GMC, der administrerer og gennemfører kvalitets-sikringsbesøg (QA visits) på regionale postgraduate Deanaries og uddannelses-givende afdelinger. PMETB bistår GMC med rådgivning og opdatering af viden om læring, kompetencevurdering og medicinsk pædagogik. Baggrunden for QA besøg er:

- *Rutinebesøg*, hvor der tilstræbes besøg med højst 5 års mellemrum. Disse rutinebesøg, hvor en hel region besøges er endnu ikke fuldt gennemført i UK.
- *Kontrolbesøg som opfølgning* på tidligere kritisable forhold og givne instruktioner. Kan dog være tilfældigt udvalgt.
- *Besøg på opfordring* eller ved påvisning af problematiske forhold i uddannelsen. Besøg gennemføres, hvis der er påvist uddannelsesfejl eller der er opstået tvivl om patientsikkerheden. Inden for den seneste tid er disse ”triggede” besøg overgået til GMC’s ”Response to Concerns Assessment Teams” (RCAT), assisteret af Deanaries i tilfælde af alvorlig karakter.

Myndighedernes kontrol med den postgraduate uddannelse i UK har således et bredere fokus end blot den lægelige videreuddannelse og ser ofte patientsikkerheden som det væsentlige overordnede fokus. Et meget stort antal ”mal-practice” og ”mal-conduct” sager bliver indrapporteret til GMC hvert år og er medvirkende til dette fokus.

6.7.2.4 Canada

Kvalitetssikring af de enkelte traineeships er knyttet til den seksårige akkreditering af såvel programmer og uddannelsessteder, der foretages af Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (”Royal College”). Royal College dækker alle hospitalsspecialer og College of Family Physicians of Canada (CFPC), der varetager kvalitetssikring af uddannelsen til ’general practice’.

De enkelte videreuddannelsesforløb administreres af de Canadiske delstaters universiteter (bortset fra Quebec), der fordeler lægerne på universitetsafdelinger og provinsafdelinger, hvor selve videreuddannelsen styres af en ’study director’. De kvalitetssikringsbesøg, som Royal College varetager, har til formål at:

- øge kvaliteten af den lægelige videreuddannelse
- skabe og udvikle et grundlag for objektiv kompetencevurdering i uddannelsesprogrammerne
- skabe grundlag for at kunne vejlede universiteterne i udvikling af nye uddannelsesprogrammer
- understøtte ’program directors’ i at styre og sikre uddannelseskvaliteten i sygehuset

Universiteterne foretager midtvejsevaluering af videreuddannelsen internt og besøg med ’surveyers’ på uddannelsesstederne i deres region. Afhængig af udfaldet af akkrediteringsbesøgene kan Royal College forny, overveje fjernelse eller fjerne akkreditering af uddannelsesstedet. Hvis fjernelse af status som akkrediteret uddan-

nelse sker, foretager Royal College et internt eller eksternt ledet kontrolbesøg senest 24 måneder efter.

Kvalitetssikring af lægelig videreuddannelse i Canada sker således på tre niveauer, hvor Royal College står for den overordnede kontrol af kvaliteten og sikrer, at de standarder, de har udmeldt, ens for alle specialer, følges. Besøg, der minder om den danske ordning, gennemføres af universiteterne hvert 6. år.

6.8 Økonomi

Sundhedsstyrelsen varetager overordnet administrationen samt sekretariatsfunktion for Inspektorordningen. Udgifter i forbindelse med inspektorkurser, besøg og årsmøder afholdes af Sundhedsstyrelsen.

Siden ordningen blev gjort obligatorisk, har der været en aftale mellem Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner om, at ansættelsesstedet giver tjenestefrihed til inspektorbesøg. Det fremgår således af vejledningen for Inspektorordningen, at en inspektor kan bruge op til tre dage på et besøg. Udmeldingen fra Danske Regioner vedrørende mulighed for at være fraværende i forbindelse med gennemførelse af et inspektorbesøg er gentaget ved en række møder i NRLV.

Gennemsnittet for Sundhedsstyrelsens udgifter pr. besøg er i 2014 estimeret til 7.500 kr. (dækning af transport, ophold og forplejning). På Lægeforeningens hjemmeside oplyses, at en overenskomstansat overlæge tjener 721.086 kr. om året (2014). Med 220 arbejdsdage om året svarer det til en lønudgift (grundløn + tillæg) til en overlæge på omkring 3.300 kr. om dagen. Der findes ikke opgørelser over, hvor mange dage inspektorerne reelt i gennemsnit er fraværende fra deres arbejdsplads i forbindelse med afvikling af et besøg.

I nedenstående tabel er lavet et overslag over de samlede udgifter til et enkelt inspektorbesøg afhængig af hvor mange dage inspektorerne bruger til besøget.

Tabel 4. Estimeret udgift til et inspektorbesøg med 2 inspektorer

	2 inspektorer fraværende 1 dag	2 inspektorer fraværende 2 dage	2 inspektorer fraværende 3 dage
Anslået lønudgifter	6.600 kr.	13.200 kr.	19.800 kr.
Udgift i alt	14.100 kr.	20.700 kr.	27.300 kr.

7 Status og vurdering af Inspektorordningen

Denne rapport er ikke en videnskabelig gennemgang af Inspektorordningen og dataindsamlingen giver derfor ikke anledning til signifikantestning. Ikke desto mindre giver rapportens dataindsamling mulighed for at vurdere *trends* i holdninger og accept af ordningen og medvirker til belysning af de muligheder, der kan tænkes til forbedring af ordningen og dermed styrkelse af kvalitet i speciallægeuddannelsen.

For at kvalificere udsagn og data, har denne gennemgang valgt triangulering som metode¹⁸. 'Kildetriangulering' anvendes for at reducere skævheder i opfattelsen af fordele og ulemper ved ordningen og belyse problemstillingerne fra forskelligt perspektiv¹⁹.

Tabel 5. Metode- og kildetriangulering i evalueringen

	Metode-triangulering	Kilde-triangulering
1	Work-shop, specialegrupper, Skriftlige og mundtlige udsagn	Inspektorer og juniorinspektorer
2	Spørgeskemaundersøgelse, e-mail baseret	Afdelingsledelser, (+ UAO)
3	Mundtlige tilkendegivelser	NRLV medlemmer

Denne gennemgang har forsøgt at forholde sig objektivt i datafremstilling og tekstanalyse, men bias kan ikke udelukkes. Disse problemstillinger er tæt forbundet til kvalitative undersøgelser og stiller krav til kritisk tolkning af resultaterne.

7.1.1 Metodebegrænsninger og bias ved spørgeskemaundersøgelsen

Der vil altid være subjektivitet i såvel de spørgsmål, der stilles, som i de svar, der afgives. Derfor kan følgende spørgsmål stilles: Giver udsagnene en beskrivelse af virkeligheden (sande udsagn)? I bedste fald er udsagnene repræsentative for de adspurgte grupper; men selv her er udsagnene belastede af bias - både interviewer- og responder-bias. Spørgeskemaundersøgelsen har ikke inddraget vurdering af reliabilitet, validitet eller en non-responderanalyse.

Som ved andre undersøgelser, er der ved spørgeskemaundersøgelser risiko for at indføre bias, både relateret til spørgernes prioritering af temaer i spørgeskemaet og spørgsmålenes udformning. Ligeledes er der mulighed for bias i spørgsmålene, der er af subjektiv karakter, og som afspejler en generel holdning til Inspektorordningen. Desuden er der risiko for, at spørgsmålene er ledende, hvor det er vanskeligt for respondenterne at erklære sig enten enig eller uenig. På samme vis er der risiko for, at respondenterne ikke svarer oprigtigt på spørgsmålene, da der spørges om forhold, som respondenterne ønsker at fremstille positivt.

Begge forhold er forsøgt undgået ved dels at stille konkrete og fokuserede spørgsmål, der ikke leder frem til et "korrekt" svar og dels ved at informere om, at data efterfølgende vil blive opgjort i anonymiseret form.

Uddannelseslægerne (-tandlægerne) er ikke inddraget i spørgeskemaundersøgelsen, da formålet var at få afdelingsledelsernes tilfredshed med det seneste besøg samt at undersøge deres generelle tilfredshed med ordningen. Det er derfor ikke alle aktørers tilfredshed med ordningen, som undersøgelsen viser, og en spørgeskemaundersøgelse blandt uddannelseslæger og -tandlæger havde givetvis frembragt et andet resultat.

7.2 Inspektorårsmøde

Ved inspektorårsmødet i maj 2014 var gennemgangen af Inspektorordningen tema for mødet²⁰.

Indledningsvis blev inspektorerne i grupper bedt om at gennemføre en SWOT af selve Inspektorordningen¹⁰. Grupperne blev samtidig bedt om, i prioriteret rækkefølge, at opliste de tre mest betydende udfordringer eller udviklingsmuligheder ved ordningen. Ved mødet var der indbudt tre oplægsholdere som inspiration til de efterfølgende drøftelser. Oplægsholderne var en læge under videreuddannelse, en repræsentant fra en videreuddannelsesregion samt en repræsentant fra en driftsregion. Efter de tre oplæg blev der afholdt en paneldiskussion om udfordringer og udviklingsmuligheder ved ordningen.

Forventningen til de tre oplægsholdere var, at de repræsenterede forskellige synspunkter fra den lægelige videreuddannelse og dermed kunne inspirere de efterfølgende drøftelser i forhold til at komme godt rundt om Inspektorordningen. Endvidere havde Sundhedsstyrelsen en ordstyrer ved drøftelserne, som forsøgte at få så mange synspunkter repræsenteret som muligt.

I afsnit 9.1 gengives inspektorernes og oplægsholdernes bidrag fra årsmødet. Resultat af inspektorernes SWOT-analyse samt udmeldinger og budskaber fra mødet er analyseret og grupperet under overskrifterne generelt, inspektorer, rapporten, besøg samt effekt.

7.3 Møde i det Nationale Råd for lægers Videreuddannelse

Ved mødet i det NRLV i juni 2014 blev gennemgangen af Inspektorordningen drøftet²¹. Ved mødet var der indbudt fire oplægsholdere som inspiration til de efterfølgende drøftelser. Oplægsholderne var en repræsentant fra en sygehusledelse, en ledende overlæge fra en uddannelsesafdeling, en repræsentant fra Lægeforeningen og en inspektor. Efter de fire oplæg drøftede rådet ordningen og påpegede udfordringer og udviklingsmuligheder.

På samme vis som ved Inspektorårsmødet, kan det tænkes, at oplægsholderne havde stor indflydelse på diskussionen ved mødet, særligt i forhold til hvilke områder, der blev drøftet. I afsnit 9.2 gengives drøftelserne fra mødet i det NRLV. Udmeldinger og budskaber fra mødet er også her analyseret og grupperet under overskrifterne generelt, inspektorer, rapporten, besøg samt effekt.

7.4 Spørgeskemaundersøgelse

I forbindelse med gennemgangen af Inspektorordningen blev der foretaget en spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsen omfattede alle uddannelsesafdelinger, der havde haft inspektorbesøg i 2013 samt i de første seks måneder af 2014. Spørgeskemaet blev sendt til afdelingens ledende overlæge samt til den uddannelsesansvarlige overlæge og afdelingsledelsen havde mulighed for at udfylde et elektronisk spørgeskema. Spørgsmålene fokuserede på det besøg, som afdelingen havde haft i 2013/2014.

Formålet med analysen var at undersøge afdelingsledelsers tilfredshed med det seneste inspektorbesøg, da afdelingsledelser er en gruppe, der i videreuddannelsesregi sjældent inddrages i udviklingsdrøftelser og som ikke nødvendigvis er direkte repræsenteret i de fora, som rådgiver Sundhedsstyrelsen om den lægelige videreuddannelse. Afdelingsledelserne må dog anses for at have stor indflydelse på, hvordan videreuddannelsen prioriteres, struktureres og gennemføres i de uddannelsesgivende afdelinger. Blandt andet var det et ønske at undersøge om besøget, efter afdelingsledelsens opfattelse, havde haft en positiv indflydelse på afdelingens videreuddannelse samt om afdelingsledelsen opfatter Inspektorordningen som et godt redskab til at kvalitetssikre og udvikle den lægelige videreuddannelse. Et andet forhold, som ønskedes afklaret var, om ledelserne var indstillet på at modtage besøg af inspektorer fra andre specialer end afdelingens.

De 17 spørgsmål, som undersøgelsen indeholdt, blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsens projektgruppe og var grupperet i fire overordnede kategorier:

- Generelle forhold (spørgsmål 1-4)
 - Årstal for besøg (spørgsmål 5)
 - Afdelingens speciale (spørgsmål 17)
- Forhold forud for besøget (spørgsmål 6-8)
- Forhold under selve besøget og rapporten samt (spørgsmål 9-12)
- Effekten af besøget (spørgsmål 13-16)

Spørgsmålene var inden udsendelse pilottestet på en række personer. Spørgsmålene var formuleret som udsagn og svaret viste graden af enighed opdelt på følgende vis; helt enig, delvist enig, hverken eller, delvist uenig samt helt uenig. Endvidere var der til sidst i undersøgelsen mulighed for at give et åbent svar til, hvordan afdelingsledelsen havde opfattet besøget.

Selve udsendelsen af spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført af firmaet Enalyzer. To gange blev der udsendt rykkere til respondenter, der endnu ikke havde svaret. Ved dobbeltsvar fra ledende overlæge og uddannelsesansvarlig overlæge blev kun svar fra ledende overlæge anvendt, da formålet med spørgeskemaundersøgelsen primært var at undersøge afdelingsledelsens tilfredshed med inspektorbesøget. Alle indsendte kommentarer indgik dog i analysen. Resultatet af undersøgelsen præsenteres i afsnit 9.3 i anonymiseret form.

Respondenterne havde ydermere mulighed for at komme med bemærkninger, som kunne supplere spørgsmålene i spørgeskemaet. Udsagnene er gjort til genstand for tekstanalyse med gruppering af udsagn, kondensering og efterfølgende analytisk tolkning (Bilag 4). Resultatet af tekstanalysen er medtaget i afsnit 9.3.

8 Resultat

8.1 Inspektorårsmøde

Ved årsmødet (2014) gennemførte inspektorerne en SWOT-analyse for Inspektorordningen efterfulgt af oplæg fra relevante aktører samt en paneldiskussion. I bilag 3 anføres resultatet af gruppernes SWOT-analyse.

I nedenstående afsnit er inspektorernes og oplægsholderenes bidrag fra de efterfølgende drøftelser samt uddrag fra SWOT-analysen gengivet under overskrifterne generelle forhold, inspektorer, rapport, besøg samt ordningens effekt.

8.1.1 Generelt

Der var en opfattelse af, at ordningen fungerer godt og medvirker til at sikre kvaliteten af den lægelige videreuddannelse. Dog oplever inspektorerne, at der ikke er nok interesse fra sygehusledelserne omkring besøg, og at afdelingen efterfølgende kan have vanskeligt ved at få opbakning til at gennemføre de indsatsområder, som aftales i rapporten. På den baggrund blev det fremført, at ordningen bør få mere tyngde, og at der bør være et øget fokus fra sygehusledelserne på efterfølgende rapport med aftalte indsatsområder. Ifølge inspektorerne vil dette kunne sikres ved at omstrukturere ordningen i retning af en akkrediteringsproces. Dette kunne give Inspektorordning mere tyngde og vil øge fokus på godkendelse og kvalitetssikring af den lægelige videreuddannelse. Som en ulempe ved at fokusere på godkendelse af videreuddannelse nævnes dog, at det faciliterende element i ordningen vil reduceres eller eventuelt helt forsvinde.

Forud for et inspektorbesøg kan det være relevant at se på, om en afdeling i øvrigt er velfungerende. Inspektorerne mener, at ordningen med fordel kan inddrage andre parametre som eksempelvis patienttilfredshed og behandlingskvalitet. Ved at inddrage andre parametre vil man kunne se på afdelingen som en helhed. Der er enighed om, at der ofte er klar sammenhæng mellem diverse kvalitetsparametre.

Inspektorerne mener, at det kan være en fordel at samle besøg, så de planlægges og gennemføres ved et helt sygehus ad gangen. Ligeledes kan man ved mindre specialer samle inspektorbesøg i en region ad gangen. Ved at samle besøgene mener inspektorerne, at man kan effektivisere indsatsen ved besøgene og desuden kan der spares udgifter til transport. Endvidere vil det reducere udgifter til tjenestefrihed, da inspektorerne kan gennemføre flere besøg på færre dage end under den nuværende form.

Ved Inspektorårsmødet blev der desuden givet udtryk for, at almen praksis bør inddrages i ordningen. Ved mødet præsenterede DSAM en model for inddragelse af almen praksis i Inspektorordningen. Denne model ligner langt hen ad vejen den øvrige ordning, men adskiller sig primært ved, at inspektorerne godt må komme fra samme region, og ved at besøget kun varer en halv dag.

8.1.2 Inspektorer

Ved mødet blev der givet udtryk for, at inspektorer godt kan komme fra andre specialer end afdelingens eget. Vurderingen af en afdelings videreuddannelse er ikke specialespecifik, da lægelig videreuddannelse indeholder nogle grundelementer, som er ens for alle specialer. Inspektorer fra andre specialer opfattes derfor ikke som et problem, men tværtimod som en styrkelse af ordningen, da det vil modvirke indforståethed og øge objektiviteten i vurderingerne. Desuden vil det styrke muligheden for, at gode ideer og inspiration til indsatsområder kan udveksles specia-

lerne imellem. Et andet initiativ, som vil kunne øge udvekslingen af gode ideer, er at danne lokale netværk af inspektorer på sygehusene og ude i regionerne.

Ved spørgsmålet om ressourcer blev der meldt ud, at muligheden for at få tjenestefri i tre dage pr. besøg ikke bør være et økonomisk problem for regionerne. Flere inspektorer fortæller dog, at de har mødt modstand fra afdelingsledelserne mod at blive inspektor og mod at deltage i flere besøg årligt, da det betragtes som en ressourcemæssig belastning for den afdeling, som de er ansat på. Dette vurderes også at være en af de væsentligste årsager til, at Sundhedsstyrelsen oplever problemer med at rekruttere inspektorer. I forbindelse med rekruttering af inspektorer nævnes muligheden for et øget samarbejde med LVS, som har god kontakt med specialeselskaberne og dermed har mulighed for at kontakte dem, når der mangler inspektorer inden for et givent speciale.

Der blev fremført ved mødet, at inspektorerne bør have kendskab til medicinsk pædagogik, og at der skal stilles større krav til deres indsats ved besøgene, særligt omkring formulering af indsatsområder. Juniorinspektorer vurderes at bidrage positivt til Inspektorordningen. Endvidere mener inspektorerne, at juniorinspektorer automatisk – ved ændring af status fra uddannelseslæge til speciallæge - skal kunne blive inspektorer – uden fornyet indstilling via specialeselskabet, da dette vil øge antallet af inspektorer.

8.1.3 Rapport og besøg

Rapporterne bør være mere objektive og dermed mere sammenlignelige, særligt i prosadelen. Inspektorerne oplever også, at de ikke vægter temascoringer ens og dermed ikke er tilstrækkeligt kalibreret i forhold til at sikre sammenligneligheden.

Endvidere vurderede inspektorerne, at det er nødvendigt, at der handles hurtigt ved kritiske rapporter af hensyn til de yngre læger, som uddannes ved den aktuelle afdeling under utilfredsstillende uddannelsesforhold. Flere inspektorer efterlyser desuden større konsekvens ved afdelinger, hvor det i inspektorrapporten vurderes, at videreuddannelsen ikke er tilfredsstillende. Dette vil give den lægelige videreuddannelse mere opmærksomhed ikke mindst fra sygehusledelsen.

Inspektorerne anførte, at nogle uddannelsesgivende afdelinger endnu ikke har haft et inspektorbesøg, og inspektorerne vurderer, at en kadence på fire år mellem rutinebesøg er for lang. Omvendt argumenteres der for, at de gode afdelinger som gentagne gange viser, at de kan levere videreuddannelse af høj kvalitet, ikke har brug for et besøg efter fire år, men kan vente længere. På denne måde vil man frigøre ressourcer til de afdelinger, som har problemer, og som formentlig har et større udbytte af et inspektorbesøg.

Det blev drøftet, om der kan være en fordel i, at nogle besøg ikke planlægges, men gennemføres uden, at afdelingen er informeret. En ulempe ved dette er dog, at afdelingen ikke vil have mulighed for at udarbejde en selvevaluering inden besøget og dermed vil mangle den refleksion, som selvevalueringen medfører. Et andet forslag er, at der etableres en reaktiv task-force af inspektorer, som kan rykke ud, når en afdeling ikke selv kan få uddannelsen af de yngre læger til at fungere tilfredsstillende.

Inspektorordningen skal være mere fleksibel i forhold til en tilpasning til fremtidens sundhedsvæsen. I fremtiden mener inspektorerne, at vi vil se flere tværfaglige afdelinger, der fungerer som et samarbejde mellem flere afdelinger. Endvidere vil

der på flere af disse tværfaglige afdelinger, som det ses på akutmodtagelser, ikke være ansatte læger under videreuddannelse. Ved disse afdelinger vil de yngre læger have en stor del af deres vagter, mens deres ansættelse er forankret på en stamafdeling. Dette giver udfordringer for Inspektorordningen, der aktuelt kun besøger afdelinger, som har uddannelseslæger ansat.

8.1.4 Effekt

Effekten af ordningen og dermed kvaliteten af afdelingernes lægelige videreuddannelse er meget vanskelig at måle. Udfordringen ligger i, at det er vanskeligt at vurdere og måle kvaliteten af afdelingernes lægelige videreuddannelse, da der ikke eksisterer en gylden standard for den ”gode læge”, samt at effekten først vil kunne måles efter, at lægen er færdig som speciallæge. En egentlig effektmåling af ordningen, mener inspektorerne derfor ikke, vil kunne etableres.

Hvert inspektorbesøg generer en stor mængde data, der lagres i Sundhedsstyrelsens IT-system. Inspektorerne mener, at disse data bør bruges til at belyse den lægelige videreuddannelse på afdelingsniveau og på regions- og landsniveau samt til at sammenligne videreuddannelse inden for de enkelte specialer og mellem specialerne. Et andet forslag var, at evaluer.dk samkøres med inspektorvurderinger, så man kan se inspektorvurderingen af en afdeling sammenholdt med afdelingens resultat i evaluer.dk.

Desuden vil brugen af data kunne belyse resultatet af ordningen og give et realistisk billede af inspektorernes indsats. En mere kvantitativ analyse af ordningen forventes endvidere at øge den politiske opmærksomhed på den lægelige videreuddannelse.

Generelt mener inspektorerne, at der bør monitoreres bedre på indsatsområderne - en opgave, som eventuelt kan løses i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og specialets PKL eller med sygehusets uddannelseskoordinerende overlæge.

8.2 Møde i det Nationale Råd for lægers Videreuddannelse

I de følgende afsnit gengives de drøftelser, som fremkom ved mødet i det NRLV i juni 2014.

8.2.1 Generelt

Overordnet mente medlemmerne af rådet, at ordningen ikke skal ændres gennemgribende, og at formålet med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring skal fastholdes. Det ses dog som en udfordring, at ordningen er isoleret i forhold til kvalitetsudvikling i det øvrige sundhedsvæsen og uddannelsesafdelingernes øvrige funktioner. Endvidere er det vigtigt, at afdelingen løbende selv har fokus på at øge kvaliteten af videreuddannelsen, da inspektorbesøgene aldrig kan stå alene. Der ses en fordel i at samle besøgene ved ét sygehus af gangen, da det vil være ressourcebesparende og formentlig vil give mere opmærksomhed fra sygehusledelsen. En anden mulighed, der blev fremført, og som også kan effektivisere gennemførelse af besøg og øge sammenligneligheden af rapporterne er, at gennemføre inspektorbesøg på flere afdelinger i mindre specialer i samme runde.

Som ved årsmødet blev det også i NRLV påpeget, at ordningen bør få mere karakter af en akkreditering med mål og standarder, som der kan vurderes efter. Det blev forslået, at ordningen tænkes ind i den danske kvalitetsmodel (DDKM) og indgår i akkreditering af sygehusene. Rådet anførte dog samtidig, at ulempen ved at inddra-

ge ordningen i den etablerede akkrediteringer er, at der her primært fokuseres på det kontrollerende element, og at man dermed mister det faciliterende element.

Inden for specialet almen medicin er det aktuelt kun den del af hoveduddannelsen, der ligger i sygehusregi, der modtager inspektorbesøg. Der er behov for, at den del af hoveduddannelsen, der ligger i almen praksis - under en eller anden form - inddrages i ordningen, da der også inden for dette speciale er behov for kvalitetsudvikling og -sikring af speciallægeuddannelsen.

8.2.2 Inspektorer

Rådet vurderede, at inspektorerne godt kan arbejde på tværs af specialerne, og at en tværfaglig indsats vil øge objektiviteten og styrke ordningen. Desuden kan andre fagpersoner, som har særlige pædagogiske kompetencer, såsom specialernes PKL'ere, inddrages ved besøg. Endvidere blev det fremført, at der bør hentes inspiration til Inspektorordningen fra andre uddannelsesområder og fra prægraduate niveau.

I forhold til at rekruttere inspektorer skal man være opmærksom på, at mange specialer ikke kan finde flere speciallæger, som kan eller vil fungere som inspektor. Rådet anførte, at det ikke altid er populært at meddele sin ansættende afdeling, at man skal være inspektor, da det medfører fravær fra afdelingen at deltage i inspektorbesøg.

Ved udarbejdelse af indsatsområder bør inspektorerne være bedre til at fremsætte konkrete bud på, hvad afdelingen kan gøre for at ændre på videreuddannelsen. Endvidere skal inspektorerne være opmærksomme på, at indsatsområderne skal drøftes og afstemmes med afdelingen, så de er realiserbare og vil fungere i afdelingens dagligdag.

Rådet anførte vigtigheden af, at der er en god dialog mellem afdelingen og inspektorerne, således, at afdelingen efterfølgende genkender og godkender rapporten og indsatsområderne. Hvis ikke besøgsafdelingen er enig i og bakker op om indsatsområderne, vil det ofte ikke være muligt at implementere dem.

8.2.3 Rapport og besøg

Selvevalueringen er et godt redskab, som giver afdelingen mulighed for selv at erkende udfordringer og finde løsninger. Dog mister den sin effekt, hvis ikke den udarbejdes i et bredt samarbejde på afdelingen. Af samme grund er det vigtigt, at så mange læger ved afdelingen som muligt, deltager i inspektorbesøget. Sammen med selvevalueringen mener rådet, at inspektorbesøget giver et dækkende øjebliksbillede af den afdeling, som vurderes.

Ved rådsmødet blev det fremført, at man kan lade afdelingerne lave en selvevaluering hvert andet år, og på baggrund af denne selvevaluering vurdere, om der bør følges op med besøg. Med en sådan udvælgelse af afdelinger vil man kunne målrettede besøgene mod de afdelinger, hvor behovet er størst. Det blev også overvejet, om inspektorbesøg skal gennemføres uanmeldt for at få et mere virkelighedsnært billede af afdelingen. Denne model vurderes dog ikke at være realistisk, da et inspektorbesøg altid bør baseres på en selvevaluering.

Den kvalitative del af rapporten opleves ofte som varierende og med svingende kvalitet. Dette giver problemer i forhold sammenhængen med temascoringerne og særligt i forhold til en sammenligning med andre rapporter. Endvidere pointeres

det, at det er vanskeligt at rumme alle typer af uddannelseslæger i én rapport, da deres uddannelsesmæssige behov er meget forskellige.

8.2.4 Effekt

Alle rapporter bør efterfølgende drøftes i de regionale uddannelsesråd, hvor relevant opfølgning kan besluttes. Når der skal følges op på indsatsområderne, bør uddannelseslæger inddrages, da de bedst kan vurdere, om indsatsområderne er indarbejdet i afdelingen.

Ved opfølgende besøg er det ofte det samme hold af inspektorer, der besøger afdelingen. Fordelen heri er, at inspektorerne kender afdelingen, samt at sammenligneligheden mellem besøgene er høj. En ulempe ved at anvende det samme hold kan være, at de ikke ser afdelingens udfordringer med ”friske øjne”.

I den lægelige videreuddannelse ryktes det hurtigt, når en afdeling har fået en kritisk vurdering, og dette har effekt på den efterfølgende rekruttering af yngre læger til afdelingen. Derfor anfører rådet også, at Inspektorordningen i højere grad bør synliggøres i ledelsesstregen, da gode inspektorvurderinger er vigtige for et sygehus’ mulighed for rekruttering af yngre læger.

8.3 Spørgeskemaundersøgelsens resultater

Ud af 95 afdelinger indkom der svar fra 84 afdelinger, hvilket giver en svarprocent på 88 %. 35 af afdelingerne havde haft besøg i 2013, 48 i 2014 og en enkelt afdeling erindrede ikke, i hvilket af de 2 år besøget havde fundet sted. 28 læge- og tandlægespecialer indgik i undersøgelsen. 5 respondenter havde ikke valgt speciale.

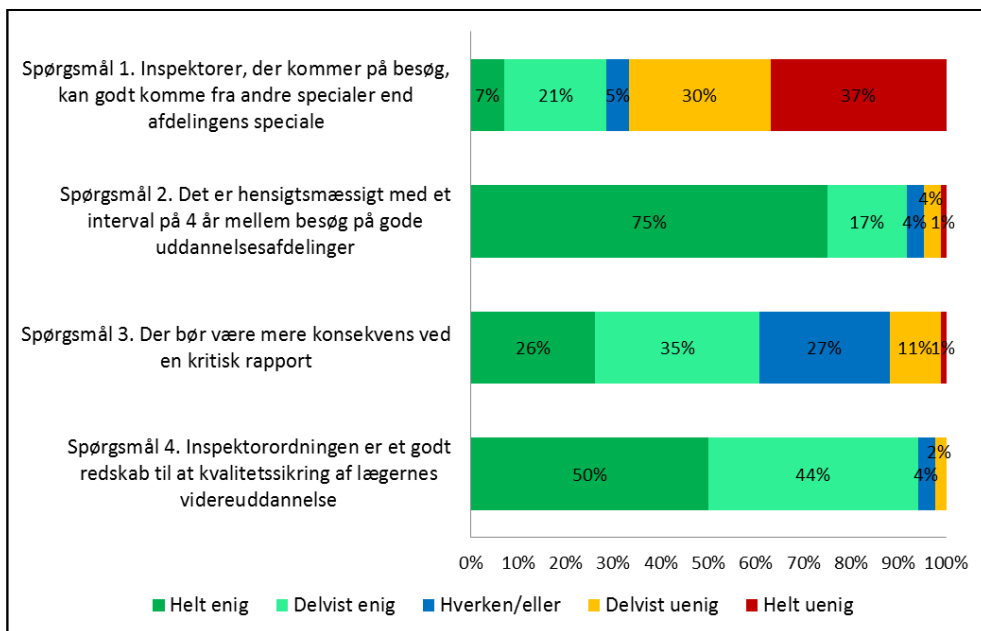
8.3.1 Generelle forhold

I denne del af spørgeskemaundersøgelsen spørges om generelle forhold, som er relateret til selve Inspektorordningen.

Det drøftes ofte, om inspektorerne kan komme fra andre specialer end besøgsafdelingens speciale. Mulighed for at anvende inspektorer fra andre specialer ønskes særligt inden for de specialer, hvor det er vanskeligt, at rekruttere et tilstrækkeligt antal inspektorer. Som det fremgår af Figur 4 er ikke alle afdelingsledelser enige i, at inspektorer kan komme fra andre specialer end afdelingens eget. Faktisk er 67 % helt eller delvist uenige i dette spørgsmål.

Det har desuden været drøftet, om det nuværende interval på fire år er det rette eller om man eventuelt kan forlænge det. Af spørgsmål 2 (Figur 4) fremgår det, at ledelserne er meget tilfredse med det nuværende interval på fire år, og hele 75 % er helt enig i heri.

Figur 4. Svar på spørgsmålene om generelle forhold



Kilde. Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse 2014

Ved kritiske rapporter, hvor en afdelings videreuddannelse er vurderet utilfredsstillende, har det ofte været bragt frem, at der er for få konsekvenser over for den enkelte afdeling.

I alt er 61 % helt eller delvist enige i, at der bør være mere konsekvens ved en kritisk rapport (spørgsmål 3, Figur 4). En forholdsvis stor gruppe af afdelingsledelserne er altså enige i, at der skal være flere konsekvenser, når en afdeling har fået vurderet sin lægelige videreuddannelse som utilfredsstillende. Der ses dog også en mindre gruppe (12 %), som er helt eller delvist uenige i dette. Det skal her bemærkes, at der ikke svares på, hvad konsekvenserne skal være eller hvem, der eventuelt skal håndhæve dem.

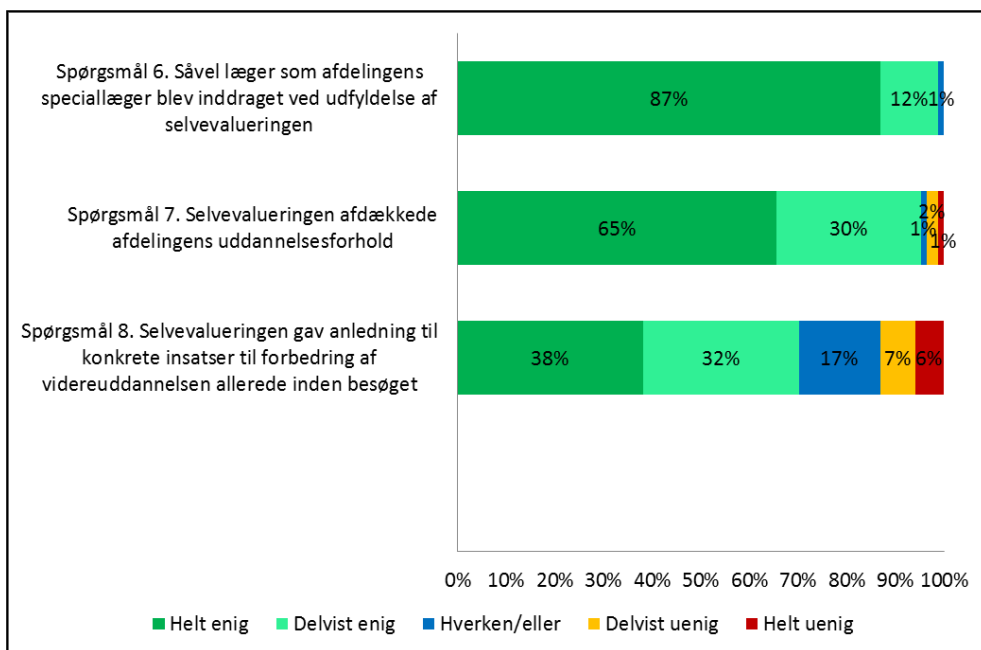
En meget stor gruppe af afdelingsledelserne (94 %) mener, at Inspektorordningen er et godt redskab til kvalitetssikring af den lægelige videreuddannelse.

8.3.2 Forud for inspektorbesøg

Spørgsmålene i dette afsnit omhandler elementer fra Inspektorordningen inden selve besøget.

Det er vigtigt, at flest mulige læger deltager i selvevalueringen, da det giver afdelingen mulighed for refleksion over videreuddannelsen og da den bruges som afdelingens forberedelse til inspektorbesøget. Desuden kan den bruges som udgangspunkt for dialog med sygehusledelsen og som baggrund for konkrete initiativer.

Figur 5. Svar på spørgsmålene om forhold forud for inspektorbesøget



Kilde. Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse 2014

Af Figur 5 fremgår det, at afdelingsledelserne husker, at alle læger ved afdelingen skal inddrages i udfyldelse af selvevalueringen. Endvidere er størstedelen af afdelingsledelserne enige i (96 %), at selvevalueringen afdækkede afdelingens uddannelsesforhold. At selvevalueringen også gav anledning til refleksion og resulterede i egentlige indsatser, er 70 % af afdelingsledelserne helt (38 %) eller delvist enige (32 %) i (spørgsmål 8, Figur 5).

8.3.3 Spørgsmål om inspektorbesøg og rapport

Spørgsmålene i dette afsnit er rettet mod selve besøget og inspektorrapporten.

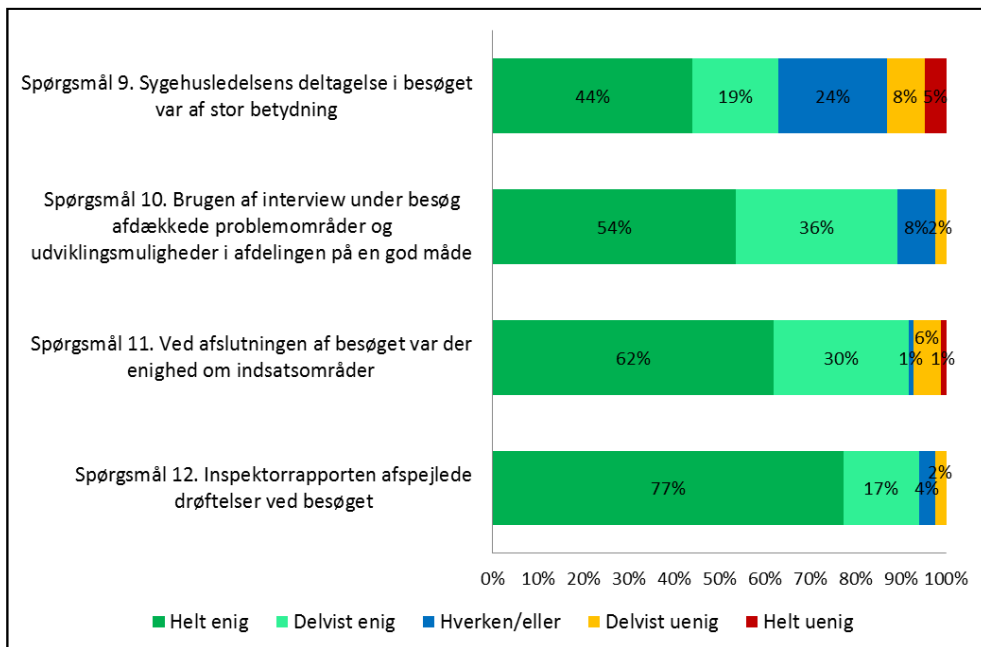
Ved inspektorbesøget er det vigtigt, at sygehusledelsen deltager, da det øger fokus på den lægelige videreuddannelse samt understøtter de indsatsområder, som vedtages ved afslutningen af besøget. Denne betragtning er en stor del af afdelingsledelserne helt (44 %) eller delvist (19 %) enige i. Kun ganske få af afdelingsledelserne er uenige i dette (13 %) (spørgsmål 9, Figur 6).

For at vurdere kvaliteten af en afdelings videreuddannelse gennemføres der en række interview med sygehusledelsen, afdelingsledelsen, den uddannelsesansvarlige overlæge, speciallægerne samt med uddannelseslægerne. Interviewene gør det muligt at se afdelingens videreuddannelse fra flere sider og dermed kunne vurdere forhold som vejledning og læringsmiljø. Af Figur 6 fremgår det, at 90 % af afdelingsledelserne er enige i, at inspektorernes interview helt eller delvist medvirkede til at afdække afdelingens videreuddannelse.

Ved afslutning af et besøg afholdes der meget ofte et afsluttende fællesmøde, hvor dagens besøg gennemgås og hvor indsatsområderne fastlægges mellem afdelingen og inspektorerne. En enighed om indsatsområder vurderes at være særdeles afgørende for, om de efterfølgende indarbejdes i afdelingens videreuddannelse og dermed har effekt.

Langt de fleste afdelingsledelser er helt (62 %) eller delvist enige (30 %) i, at der var enighed med inspektorerne om de valgte indsatsområder. Endvidere var 94 % enige i, at den efterfølgende rapport rent faktisk afspejlede drøftelser ved besøget.

Figur 6. Svar på spørgsmålene om inspektorbesøg og rapport



Kilde. Sundhedsstyrelsens spørgeskemaundersøgelse 2014

8.3.4 Effekt af inspektorbesøg

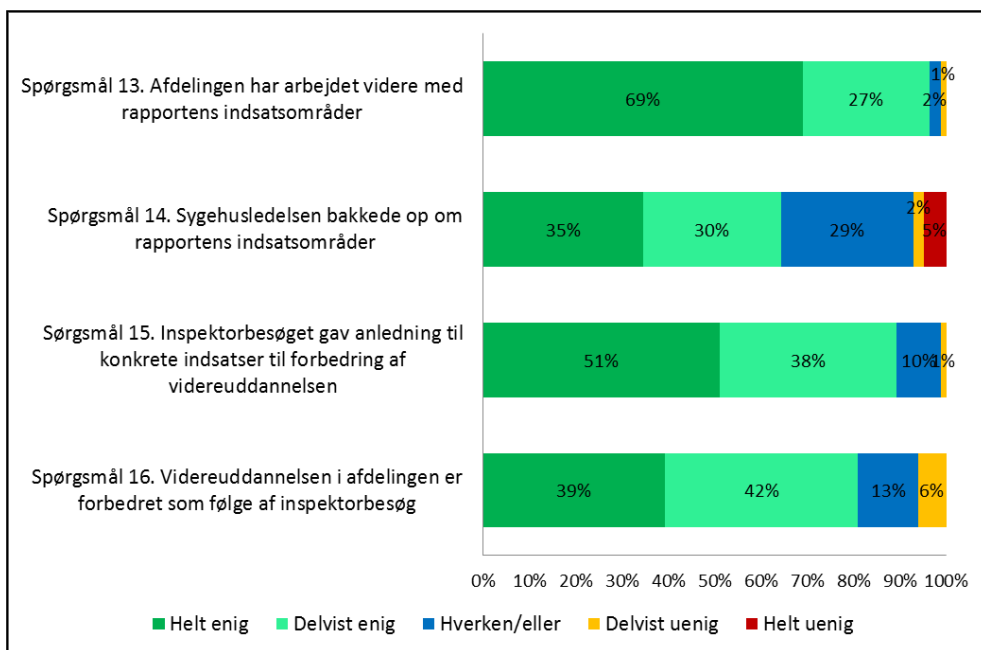
I denne gruppe spørgsmål fokuseres der på effekten af et inspektorbesøg.

Ved et inspektorbesøg vurderer inspektorerne, om afdelingen har arbejdet videre med de indsatsområder, som blev anbefalet ved forrige besøg. Ifølge vores undersøgelse arbejder langt de fleste afdelinger (96 %) videre med de indsatsområder, som inspektorerne forslår i rapporten (Figur 7).

Sygehusledelsernes fokus på den lægelige videreuddannelse er af stor betydning og det er vigtigt, at de bakker op omkring de forslåede indsatsområder. Af Figur 7 fremgår det, at sygehusledelsen efterfølgende i 64 %, helt eller delvist, har bakket op om de anbefalede indsatsområder. Det skal dog bemærkes, at 7 % ikke var enige i dette, og at 29 % hverken var enig eller uenig i dette.

En meget stor del af afdelingsledelserne (89 %) er enig i, at inspektorbesøget har givet anledning til konkrete indsatser til forbedring af videreuddannelse. Endvidere mener en stor del af afdelingsledelserne, at inspektorbesøget helt (39 %) eller delvist (42 %) har forbedret afdelingens videreruddannelse (Figur 7).

Figur 7. Svar på spørgsmålene om effekten af inspektorbesøg



8.3.5 Resultater af afdelingernes kommentarer i spørgeskemaundersøgelsen

Respondenterne havde ved afslutning af spørgeskemaundersøgelsen mulighed for at kommentere og nuancere udsagn. Udsagnene er angivet konsekutivt i Bilag 3. Udsagnene er behandlet med tekstanalyse, hvorunder de er grupperede, og udsat for kondensering/reduktion og efterfølgende analyse og fortolkning. Resultatet af denne ses nedenfor.

- Afdelingsledelserne (og UAO) anser Inspektorordningen for at være relevant i videreuddannelsen, sikrer ensartethed og understøtter afdelingernes uddannelsesindsats.
- Ordningen bør målrettes mod afdelinger, der ikke yder en tilfredsstillende uddannelse, herunder med tættere genbesøg og akutte inspektioner i tilfælde af klager eller påviste mangler.
- Generel tilfredshed med ordningen.
- Sygehusledelsernes deltagelse er af stor betydning og deres deltagelse i inspektorbesøg ønskes obligatorisk ved genbesøg på afdelinger samt på afdelinger, hvor besøget er iværksat på grund af problemer.
- Inspektorordningen medvirker til at synliggøre videreuddannelsen i ledelsessystemet.
- Selvevalueringen er værdifuld og medvirker til at fokusere problemstillingerne.
- Besøget bør følge kort efter selvevalueringen for at øge synergieffekten i forandringsprocessen.
- Selvevaluering bør være en kontinuerlig proces.
- Generel opfattes ordningen som en god måde at kombinere kontrol med facilitering og konstruktiv dialog.
- Inspektorbesøg anses for en god evalueringsmetode.

- Besøgets muligheder og begrænsninger bør forventningsafstemmes med deltagerne.
- Deltagelse af junior-inspektorer bør evt. understøttes.
- Inspektorerne opfattes generelt som engagerede, vidende, afbalancerede og konstruktive og har en uhildet tilgang til besøget på afdelingen.
- Vigtigt, at det er erfarne speciallæger med viden om uddannelse.
- Besøg, udelukkende med unge inspektorer har mindre effekt.
- Mindst en af inspektorerne bør være fra afdelingens speciale, mens den anden inspektør kan være fra tilgrænsende eller andet speciale.
- Der bør udvises forsigtighed i forhold til statistisk anvendelse af temascoreninger.
- Det tager for lang tid, inden rapporten skrives, tilsendes afdelingen og efterfølgende udmeldes af Sundhedsstyrelsen.
- Indsatsområderne anses for en god hjælp til konkretisering og fokusfastholdelse i tiden efter besøget.
- Besøget og rapporten er en tværsnitsundersøgelse.
- Der opleves vanskeligheder med at få sygehusledelsens opbakning efter en kritisk rapport.
- Konsekvente og hurtige genbesøg efter kritiske rapporter.
- Uddannelsesstillinger bør kunne fjernes ved gentagne kritiske rapporter.
- Afdelingerne (afdelingsledelsen) føler at uddannelse (og forskning) underprioriteres og at der ikke er tid til tilfredsstillende supervision.
- Generelt indtryk af, at yngre lægers videreuddannelse er blevet forbedret de sidste 10-15 år.
- Fokus på uddannelsesmiljøet er af væsentlig betydning.

9 Drøftelse af resultater

Inspektorordningens årsmøde, mødet i NRLV samt spørgeskemaundersøgelsen har belyst en række problemområder og udviklingsmuligheder for ordningen. I det følgende afsnit sammenholdes gennemgangens tre kilder i overordnede temaer.

9.1 Inspektorordningen er et redskab til kvalitetssikring

Både ved inspektorårsmødet og ved mødet i NRLV blev der udtrykt en generel tilfredshed med Inspektorordningen. Endvidere fremgik det af spørgeskemaundersøgelsen, at Inspektorordningen er et godt redskab til at kvalitetssikre den lægelige videreuddannelse. Ydermere vurderede afdelingsledelserne, at Inspektorordningen understøtter og forbedrer afdelingens videreuddannelse. Ud fra de tre gennemførte analyser er der derfor ikke baggrund for at overveje en gennemgribende ændring af Inspektorordningen.

I en undersøgelse i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten 'Speciallægeuddannelsen - status og perspektivering fra 2012, blev alle læger spurgt om en række forhold vedrørende inspektorbesøg. 62 % af de udspurgte havde haft inspektorbesøg under videreuddannelsen og for de, der havde, havde 63 % deltaget i selvevalueringen, og 51 % havde deltaget i interview. På spørgsmålet om inspektorbesøget efterfølgende forbedrede de yngre lægers uddannelse i afdelingen svarede 43 % i høj grad eller i meget høj grad, 30 % i nogen grad og 10 % i ringe grad eller slet ikke. Også disse tal understøtter, at størstedelen af lægerne, herunder også uddannelseslæger mener, at Inspektorordningen har forbedret videreuddannelsen.

Ved begge møder blev det foreslået, at der måske kan opnås en synergi ved at samarbejde med akkrediteringssystemerne. Desuden var der, særligt ved Inspektorårsmødet, stemning for, at ordningen i fremtiden skal have mere karakter af akkreditering. Inspektorerne mente, at akkrediteringslignende besøg ville give ordningen mere tyngde og øge fokus på kvalitetssikringen af videreuddannelsen. Konkrete forslag til at bibringe ordningen karakter af akkreditering fremkom dog ikke, men det blev anbefalet at øge samarbejdet med Den Danske Kvalitets Model. Ved mødet i NRLV påpegede man dog, at ren akkreditering af den lægelige videreuddannelse vil fjerne det faciliterende element, hvilket man synes er meget uheldigt, da det netop blev anset som en af ordningens store forcer.

Det blev ved begge møder fremført som en udfordring, at ordningen lever et relativt isoleret liv uden den store kontakt til de øvrige kvalitetssikringssystemer. Videre blev det drøftet, om Inspektorordningen bør inddrage andre parametre såsom patienttilfredshed og behandlingskvalitet ved afdelingerne. Argumentet herfor er, at man bør se på afdelingerne som en helhed og ikke kun fokusere på videreuddannelsen, da det hele hænger sammen. Inspektorerne fremførte, at inddragelse af andre aspekter, ville skabe mulighed for, at besøget ville kunne omhandle andre temaer end de rent uddannelsesmæssige. Endvidere anbefalede de, at ordningen i langt højere grad inddrager evaluer.dk, da der her kan hentes vigtig information om videreuddannelseslægers indtryk af afdelingen.

9.2 Sygehusledelsen involvering ved inspektorbesøg har betydning

Ved gennemførelse af inspektorbesøg, har der altid været fokus på, at sygeledelsen deltager i besøget, og særligt omkring fastlæggelse af indsatser er det vigtigt, at sygehusledelsen er inddraget. Betydningen af sygehusledelsens deltagelse blev bragt frem ved begge møder, samt ved udsagn i spørgeskemaundersøgelsen og det blev anbefalet, at sygehusledelsen skal involveres mere og at inspektorbesøgene og rap-

porterne i højere skal synliggøres over for sygehusledelsen, da det kan sikre det nødvendige fokus på videreuddannelse. Således er det flere aktørers erfaring, at den økonomiske dagsorden samt planlægning af andre sygehusfunktioner alt for ofte skubber den lægelige videreuddannelse i baggrunden.

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at sygehusledelsen, i de fleste tilfælde, efterfølgende havde bakket op om rapportens indsatsområder, men der var dog også en del afdelinger, som ikke var enig i, at de havde fået ledelsens opbakning.

Det blev anset for vigtigt fremover at fastholde sygehusledelsens deltagelse ved besøg. Desuden bør det tilstræbes, at Inspektorordningen/rapporten anvendes af sygehusledelserne som et strategisk værktøj til at administrere de uddannelsesgivende afdelinger og dermed forbedre den lægelige videreuddannelse. Endvidere kan det tænkes, at inspektorsekretariatet kan involvere sygehusledelsen mere direkte ved at de orienteres om, at der initieres besøg ved sygehuset samt at de orienteres om Sundhedsstyrelsens kommentering.

9.3 Rekruttering af inspektorer bør forbedres

Inspektorordningen har igennem årene manglet inspektorer i en lang række specialer. Mangel på inspektorer er den hyppigste årsag til, at et besøg ikke er blevet gennemført.

Inspektorerne fremførte, at en væsentlig barriere for at rekruttere flere inspektorer er afdelingens og sygehusets udgift i forbindelse med at have en inspektor ansat. Da inspektorerne – som udgangspunkt - skal have tjenestefrihed med løn i tre dage, hver gang de gennemfører et besøg, kan det belaste en afdelings økonomi - særligt hvis der er flere inspektorer ansat ved samme afdeling.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse er de enkelte specialeselskaber ikke altid klar over, at der mangler inspektorer i deres speciale. Sundhedsstyrelsen har kontaktet selskaber og gjort opmærksom på problemet. Dette har medført, at antallet af inspektorer er steget svagt i 2014. Inspektorerne anbefaler videre, at man kan involvere LVS til at skabe opmærksomhed om manglen på inspektorer og til løbende at kontakte de specialeselskaber, hvor der mangler inspektorer. Man skal dog være opmærksom på, at specialeselskaberne i de senere år har fået mange opgaver i forbindelser med videreuddannelse og planlægning inden for specialet, og at der også er en udfordring i at finde speciallæger, der har mulighed for at fungere som inspektor.

Ved at bruge inspektorer fra andre specialer kan der gennemføres flere besøg, da det giver Sundhedsstyrelsen flere inspektorer at vælge imellem. Inspektorerne og NRLV er åbne over for denne mulighed. En majoritet af afdelingsledelser er dog ikke enige i, at det er en god ide med inspektorer fra andre specialer. Sundhedsstyrelsens praksis er på nuværende tidspunkt, at mindst en af inspektorerne kommer fra afdelingens eget speciale. Endvidere blev det i spørgeskemaundersøgelsen fremført, at inspektorerne gerne må have en vis erfaring med videreuddannelse.

Antallet af juniorinspektorer er faldet i de senere år. Den primære årsag til dette er, at de nuværende juniorinspektorer færdiggør deres speciallægeuddannelse og dermed ikke kan forsatte som juniorinspektorer samt at rekrutteringen af nye juniorinspektorer ikke har kunnet modsvare afgang. Ved inspektorårsmødet og i spørgeskemaundersøgelsens udsagn blev det tilkendegivet, at juniorinspektorer bidrager positivt til ordningen. Det kan derfor overvejes, om juniorinspektorer automatisk skal kunne fortsætte som inspektorer efter ændring af status fra uddannelseslæge til

speciallæge, med mindre specialeselskaberne gør opmærksom på, at de ikke ønsker, at denne læge skal forsætte som inspektor.

9.4 Strukturændringer kræver anderledes planlægning af inspektorbesøg

Strukturreformen i 2007 skabte en ny regional struktur, hvor 14 amter blev nedlagt og fem nye regioner blev oprettet. Strukturreformen har bl.a. medvirket til en omorganisering af sundhedsvæsenet med stadig færre og mere specialiserede sygehuse og med organisatoriske sammenlægninger af sygehuse og afdelinger. Det har medført en stigning i antallet af afdelinger, som er organiseret som én administrativ enhed, men med geografi (senge/ambulatorier/behandlingsenheder) på flere matrikler.

Denne omorganisering af sundhedsvæsenet har naturligvis også fundet sted på de uddannelsesgivende afdelinger og har udfordret planlægning af inspektorbesøg. Der opleves således afdelinger, som går på tværs af specialer, afdelinger som har flere matrikler samt afdelinger, som ikke har uddannelseslæger ansat, men hvor uddannelseslægerne er en del af vagtberedskabet.

En ændret struktur af sygehusvæsenet vil kræve en mere fleksibel Inspektorordning, som kan tilpasses de nye afdelingsstrukturer. Det var både inspektorer og NRLV enige i. Blandt andet var der ønsket om, at alle de nye akutmodtagelser modtager inspektorbesøg, uafhængigt af, om der er ansat uddannelseslæger i afdelingen, da en væsentlig vagtfunktion ligger i akutmodtagelserne. Ved de afdelinger, som går på tværs af flere specialer, er det desuden ikke muligt, at de to inspektorerne dækker mere end to specialer.

Med udsigten til flere store sygehuse, blev det ved begge møder fremført, at det kan være hensigtsmæssigt at samle inspektorbesøgene på et sygehus ad gangen. Tanken her er, at alle besøg ved et sygehus bliver gennemført inden for en kortere periode, hvor hver inspektor gennemfører besøg ved flere afdelinger i løbet af 2-3 dage. En anden mulighed, der blev drøftet ved møderne, var at samle besøg for et speciale i en videreuddannelsesregion ad gangen. Begge modeller vil reducere udgifterne til transport og reducerer inspektorenes behov for tjenestefrihed.

En lignende model anvendes i UK, hvor en region gennemgås ad gangen i forhold til at sikre kvalitet af bl.a. den lægelige videreuddannelse. I UK er det dog ikke udelukkende kvaliteten af videreuddannelse, der vurderes, men der inddrages også en række andre parametre som patienttilfredshed og kvalitet af behandlinger. Ved den britiske kvalitetssikring er det heller ikke alle afdelinger, som modtager rutinebesøg og der lægges et stort arbejde i at udvælge de afdelinger, som har behov for kvalitetskontrol.

9.5 Almen praksis i Inspektorordningen er en stor udfordring

Det har længe været forsøgt at finde en løsning for inddragelse af almen praksis i Inspektorordning. Specialet almen medicin varetager helt centrale opgaver i sundhedsvæsenet og er i fremtidens sundhedsvæsen en væsentlig medspiller, når kvalitet i sammenhængende patientforløb og effektivitet i sundhedsvæsenet skal sikres. Denne kvalitet er afhængig af god uddannelse af kommende praktiserende læger.

Kvalitetssikring af videreuddannelsen i almen praksis sker ved videreuddannelsesregionernes godkendelse af tutorpraksis og ved indsats fra regionernes AMU'er og specialets PKL'er. Ligeledes er der regionalt, og mellem kolleger i praksissektoren, en tæt og gensidig uformel dialog og kvalitetskontrol. Endvidere inddrages evaluate-

ring af videreuddannelsen i almen praksis ved uddannelseslægenes vurdering af uddannelseskvaliteten til evaluer.dk ved ansættelsesophør.

Ved Inspektorårsmødet og ved mødet i NRLV blev det tilkendegivet, at almen praksis bør inddrages i Inspektorordningen - i en eller anden form. Endvidere vil inddragelse af almen praksis i Inspektorordningen give Sundhedsstyrelsen en nødvendig indsigt og rolle i kvalitetssikring og -udvikling af uddannelsen i almen medicin.

Det store antal uddannelseslæger og uddannelsessteder, den geografiske spredning, organisering af praksissektoren, overenskomstforhold mv. er udfordringer for en centralt styret kvalitetssikrings- og -udviklingsordning. Hvordan disse forhold kan samkøres med Inspektorordningen er ikke analyseret på nuværende tidspunkt. Dansk Selskab for Almen Medicin har internt haft overvejelser om en model for en Inspektorordning i almen praksis og har forslået en model for inddragelse af almen praksis.

9.6 Hyppighed af rutinebesøg skal overvejes

En afdeling, der har haft en positiv inspektorvurdering, skal i henhold til den gældende vejledning have rutinebesøg efter fire år. Da der har manglet inspektorer i nogle specialer, er det ikke altid, at denne periode overholdes og nogle afdelinger får først det næste besøg efter mere end fire år og enkelte afdelinger har endnu aldrig haft besøg.

Det har været overvejet, om perioden for rutinebesøg permanent skal øges. I spørgeskemaundersøgelsen vurderede de fleste afdelingsledelser, at en periode på fire år er det mest hensigtsmæssige. Dog var der enkelte udsagn, der understøttede, at velfungerende afdelinger ikke behøver at have rutinebesøg hvert fjerde år. Ved inspektorårsmødet og mødet i NRLV var der en positiv tilkendegivelse af, at afdelinger, som har fået vurderet videreuddannelsen tilfredsstillende, ikke har behov for besøg hvert fjerde år, men at man kan skyde det efterfølgende rutinebesøg til fem eller seks år.

De afdelinger, hvor inspektorerne vurderer, at videreuddannelsen fungerer tilfredsstillende, vil under den nuværende ordning – som udgangspunkt - få besøg efter fire år. Det kan dog tænkes, at enkelte afdelinger ikke opretholder samme tilfredsstillende niveau i alle de fire år, og derfor skal have besøg tidligere. Disse afdelinger kan evt. udpeges af videreuddannelsessekretariatene eller findes via en selv-evaluering.

9.7 Ressourceforbruget til ordningen er ikke beskrevet

De samlede udgifter, som bliver brugt på Inspektorordningen er ikke til fulde kendt, da antallet af dage, hvor inspektorerne har tjenestefri, ikke er beskrevet. Udgifterne i form af tabt arbejdsfortjeneste plus gennemsnitlige driftsudgifter i Sundhedsstyrelsen pr. besøg er kalkuleret til at kunne variere mellem 14.100-27.300 kr. afhængig af hvor mange dage, de to inspektorer anvender til besøget. Omkring 7.500 kr. af dette beløb bruges til transport, forplejning mv. som dækkes af Sundhedsstyrelsen.

Ved årsmødet med inspektorerne blev det foreslået, at ressourcerne til ordningen i fremtiden bør bruges mere selektivt, således at de primært bruges på de afdelinger, hvor videreuddannelsen ikke fungerer tilfredsstillende. I en sådan model vil de ”gode” afdelingen få færre besøg, mens de ”dårlige” afdelinger får hyppigere besøg.

Der er ikke gennemført beregninger af udgifter til kvalitetssikring af almen praksis i denne gennemgang, da modeller for en sådan kvalitetssikring endnu ikke er beskrevet.

9.8 Inspektorstatistik øger viden om ordningen

I gennemgangen af Inspektorordningen er der udtrykt ønske om, at den store datamængde, som generes ved hvert besøg, anvendes til at fremstille oversigter, som beskriver den lægelige videreuddannelse ift. faktorer som geografi, speciale og sygehus. Disse oversigter vil kunne anvendes af regionerne og specialeselskaberne til at få overblik over uddannelsesafdelingerne i den lægelige videreuddannelse og udføre sammenligninger i de enkelte regioner og specialer. Endvidere vil sådanne oversigter kunne anvendes af videreuddannelseslæger ved valg af speciale og region.

I spørgeskemaundersøgelsen og ved møderne blev det dog påpeget, at man skal tolke statistik generet ud fra rapporterne med en vis forsigtighed, da temascoringerne kan dække over forskellighed mellem hver enkel inspektor og mellem hvert speciale og dermed ikke altid kan sammenlignes.

Ved anvendelse af det nye IT-system, der blev endeligt implementeret i 2013 er det muligt at generere en oversigt over afdelingernes temascoringer. Det er ligeledes teknisk muligt at konstruere et mere interaktivt system, hvor brugeren selv kan generere den ønskede statistik.

9.9 Inspektorrapporten skal strammes op

Ved inspektorårsmødet kom det frem, at objektiviteten og sammenlignelighed af inspektorrapporterne bør være bedre. Særligt blev det fremhævet, at den beskrivende del af rapporterne er meget svingende i kvalitet. Endvidere opleves det ind imellem, at der ikke er nok sammenhæng mellem temascoringerne og prosadelen og i sidste ende de aftalte indsatsområder og at det i sådanne rapporter kan være vanskeligt at aflæse kvaliteten af afdelingens videreuddannelse.

Det er en udfordring for inspektorerne at rumme alle de forskellige uddannelseslæger i en rapport. Det opleves som vanskeligt at vurdere kvaliteten af videreuddannelsen for både læger under KBU samt læger under introduktions- og hoveduddannelse, da de tre gruppers uddannelsesbehov er forskelligt. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at opdele rapporten alt efter hvilken type uddannelseslæge, som er ansat på afdelingen.

Ved inspektorårsmødet blev det desuden drøftet, om objektivitet påvirkes af, at det er speciallæger inden for samme speciale, der vurderer uddannelsesafdelingerne. Et tiltag, som kan medvirke til at øge objektiviteten er, at inddrage inspektorer fra andre specialer. Hermed vil man få inspektorer, som kender rammer og indhold i den lægelige videreuddannelse, og dermed kan vurdere afdelingens videreuddannelse, men som ikke er en del af afdelingens speciale og som derfor kan tænkes at være mere objektiv i vurderingen.

Mange afdelingsledelser oplever, at inspektorrapporten afspejler drøftelserne ved besøget samt at der opnås enighed med inspektorerne om indsatsområderne. Det tyder således på, at der er en god dialog mellem inspektorerne og afdelingen og at besøget var tilpas afstemt i forhold til kontrol og dialog. Dialogen ved besøget, særligt omkring indsatsområder, opfattes som værende af afgørende betydning for, om indsatsområderne efterfølgende kan indarbejdes i afdelingen.

Ved Inspektorårsmødet blev det anbefalet, at indsatsområderne skal monitoreres bedre, så der følges op på, om de implementeres. Det anbefales, at Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med specialets PKL'er eller med den uddannelseskoordinerende overlæge på sygehuset, understøtter og kontrollerer, at indsatsområderne indarbejdes. Det vil desuden være muligt, at videreuddannelsessekretariatet inddrages.

Endvidere fremføres det ofte, at Sundhedsstyrelsens kommentarer til inspektorrapporterne bør være mere ensartede og følge en skabelon.

9.10 En grundig selvevaluering kan stå alene

En stor del af afdelingsledelserne var enige i, at selvevalueringen er et godt redskab til at afdække afdelingens videreuddannelse. Endvidere mente de, at selvevalueringen giver anledning til selvrefleksion og afføder konkrete indsatser. Det var de flestes oplevelse, at alle læger ved afdelingen blev inddraget i udfyldelsen af selvevalueringen. Rådet og inspektorerne havde ligeledes opfattelsen af, at selvevalueringen er en vigtig og effektiv del af inspektorbesøget. Dog blev det fremhævet, at effekten af selvevalueringen kun ses, såfremt hele afdelingen inddrages i udarbejdelsen. En grundig gennemført selvevaluering, hvor alle afdelingens læger er inddraget, kan derfor tænkes anvendt mere selvstændigt uden et efterfølgende inspektorbesøg.

Ved afdelinger, hvor videreuddannelsen fungerer tilfredsstillende, kan det således overvejes, om der alene skal gennemføres en selvevaluering. Denne selvevaluering kunne afgøre, hvornår der er behov for næste besøg. En utilfredsstillende selvevaluering vil således kunne medføre, at et besøg gennemføres hurtigt efter, hvorimod en tilfredsstillende selvevaluering vil kunne medføre, at næste besøg udskydes i en nærmere fastsat periode.

9.11 En kritisk rapport skal have konsekvens

Både inspektorerne og de adspurgte afdelingsledelser vurderede, at der bør være mere konsekvens over for afdelinger, som ikke yder en tilfredsstillende videreuddannelse. Det blev samtidig fremført, at der skal handles hurtigt overfor afdelinger, hvor videreuddannelsen ikke er tilfredsstillende. Det blev derfor anbefalet, at Sundhedsstyrelsen hurtigst muligt orienterer de regionale sekretariater om afdelinger, der er vurderet kritisk i en inspektorrapport.

Endvidere er det vigtigt, at de opfølgende inspektorbesøg initieres og gennemføres efter de tidsrammer, som er anbefalet i rapport, da der netop er behov for at følge op på videreuddannelsen i disse afdelinger. Det blev i den sammenhæng anbefalet, at det samme hold inspektorer så vidt muligt anvendes ved det opfølgende besøg, da de allerede kender den pågældende afdeling.

Opfølgningen over for en afdeling med utilfredsstillende videreuddannelse varetages af de regionale sekretariater. Det bør sikres, at denne indsats iværksættes hurtigst muligt. Inspektorerne foreslår, at sekretariaterne etablere en "task-force", som kan rykke ud og hjælpe afdelingen med at få videreuddannelsen til at fungere tilfredsstillende. I spørgeskemaundersøgelsen understreges nødvendigheden af, at en afdeling, som har fået en kritisk rapport, efterfølgende får opbakning fra sygehusledelsen til at forbedre videreuddannelsen.

Inspektorerne efterlyser mere mandat ved inspektorbesøgene, således, at Inspektorordningen får mere direkte indflydelse på den indsats, som iværksættes overfor uddannelsesafdelinger. Der blev dog ikke fremsat konkrete forslag til, hvordan man kan øge inspektorerens mandat, men det kan overvejes, om inspektorrapporten, ef-

ter drøftelse med Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, skal have direkte indflydelse på, om en afdelingen kan fungere som uddannelsesafdeling.

9.12 Justering af temaer foretages når vejledningen revideres

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2013 en rapport, som justerede de syv lægeroller. Lægerollerne beskriver de roller/kompetencer som læger forventes at kunne mestre og forventes at forberede lægerne på, hvilke roller de har i deres fremtidige arbejde. De justerede lægeroller er mere nuancerede og tager afsæt i konkretet arbejdssituationer fra lægens dagligdag, hvor flere roller ofte kommer i anvendelse samtidig.

Disse justeringen skal indarbejdes i vejledningen for Inspektorordningen, og der skal indsættes nye relevante eksempler på rollerne.

Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet en rapport om kompetencevurdering i den lægelige videreuddannelse. Kompetencevurdering af uddannelseslægen er et bærende element i den lægelige videreuddannelse. Oversigten over kompetencevurderingsmetoderne i rapporten beskriver systematisk ti kompetencevurderingsmetoder, herunder definition, anvendelighed, fordele og ulemper, validitet og pålidelighed af metoderne. Desuden indeholder oversigten konkrete anbefalinger til anvendelsesmuligheder af metoderne.

Der har været udtrykt ønske om, at kompetencevurdering fik en mere central placering i inspektorrapportens temaer, da denne del af videreuddannelsen betragtes som vanskelig og tidsrøvende i de uddannelsesgivende afdelinger. Det er derfor vigtigt, at inspektorerne får mere fokus på kompetencevurdering fremover.

10 Sundhedsstyrelsens konkluderende bemærkninger

I dette afsluttende kapitel fremlægger Sundhedsstyrelsen forslag til det videre arbejde med at udvikle Inspektorordningen som redskab til at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle den lægelige videreuddannelse.

Kommentarer og tilknyttede forslag er formulerede dels ud fra Sundhedsstyrelsens erfaringer med administration af ordningen siden dennes oprettelse, dels med de aktuelle resultater af spørgeskemaundersøgelsen samt øvrige materiale og tilkendegivelser, som er gennemgået i de forrige kapitler. Nedennævnte forslag skal derfor ses som oplæg til det videre arbejde med at udvikle Inspektorordningen.

10.1 Inspektorordningen som kvalitetssikringsredskab skal fortsætte

Der synes at være en generel tilfredshed med Inspektorordningen. Dette udtrykkes af alle deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, ved mødet i NRLV samt ved Inspektorårsmødet. Inspektorbesøg opfattes som en hjælp til selvhjælp i udvikling og optimering af uddannelsesindsatsen i afdelingen. Afdelingsledelserne vægter dialogen højt og finder, at det er vigtigt, at inspektorer(ne) har indgående kendskab til specialet.

Ordningen er med til at sikre ensartethed i videreuddannelsen i og på tværs af specialer med hensyn til rammer, læringsprocesser, vejledning og kompetencevurdering. Inspektorordningen præciserer ansvaret for læring og vejledning og understøtter en løbende udvikling af uddannelsen. En styrkelse af samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og det regionale videreuddannelsessystem, særligt omkring den medicinsk pædagogiske indsats, vil øge effekten af Inspektorordningen.

Der er fokus på inspektorernes kompetencer, såvel menneskelige som faglige, og at inspektorerne magter at differentiere deres udtryk og møde afdelingen i øjenhøjde uden nedtoning af kontrolaspektet.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- En styrkelse af den regionale medicinsk pædagogiske indsats ved samarbejde og koordinering med Inspektorordningen.
- Inspektorordningen skal løbende orientere sig mod og tilpasse sig udviklingstendenser og strukturændringer i sundhedsvæsenet.
- Der kan søges synergieffekter med andre kvalitetssikringstiltag.
- Uddannelse af inspektorer bør løbende kvalitetssikres.

10.2 Sygehusledelsens deltagelse er vigtig

Der er fra alle deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, ved mødet i NRLV samt ved Inspektorårsmødet enighed om, at sygehusledelsens deltagelse og dermed accept og ejerskab til indsatsområderne, er af stor betydning. Fra afdelingsledelserne fremhæves, at sygehusledelsens tilstedeværelse ved besøget er særligt betydningsfuldt ved besøg på afdelinger med mindre god uddannelsesfunktion. Det er ligeledes Sundhedsstyrelsens opfattelse, at videreuddannelsens status kun kan løftes ved

inddragelse af sygehusledelsen eller et niveau over afdelingen, der refererer direkte til sygehusledelsen, således at uddannelse synliggøres og prioriteres på overordnet ledelsesniveau.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Afdelingsledelserne bør have fokus på vigtigheden af, at sygehusledelsen (eller derfra bemyndiget person) deltager i processen ved inspektorbesøg.
- Sundhedsstyrelsen skal - i tilfælde af besøg på en afdeling, der er udløst af en opfordring på baggrund af særlige kritisable forhold - advisere sygehus- og/eller centerledelse med henblik på sikring af deres deltagelse i besøget.

10.3 Rekruttering af inspektorer skal prioriteres

Sundhedsstyrelsens inspektorsekretariat oplever jævnligt, i forbindelse med planlægning af inspektorbesøg, at dette må udsættes på grund af manglende inspektorer. Manglen har vist sig speciale- og regionsspecifik. Ordningens opretholdelse hviler i høj grad på speciallæger og uddannelseslægers lyst og engagement i udviklingen af speciallægeuddannelsen. Sundhedsstyrelsen fastholder, at det årlige besøgstal for den enkelte inspektor almindeligvis ikke bør overstige to besøg.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Afdelings – og sygehusledelserne bør prioritere mulighed for, at læger deltager som inspektorer.
- De videnskabelige selskaber skal kontaktes af Sundhedsstyrelsen med opfordring til at udpege inspektorer og understøtte disses status i den faglige organisation.
- Sundhedsstyrelsen skal i forbindelse med meddelelse om speciallægeanerkendelse orientere alle nye speciallæger om Inspektorordningen. I den forbindelse skal der vedlægges informationsmateriale.
- Juniorinspektorer skal ved speciallægeanerkendelse automatisk kunne fortsætte som inspektorer under forudsætning af, at de er indforstået med dette og ikke underkendes af det videnskabelige selskab.

10.4 Inspektorordningen skal tilpasse sig sundhedsvæsenets ændringer

Inspektorordningen må ikke være en barriere i et dynamisk, hurtigt omstrukturerende sundhedsvæsen. Ordningen bør løbende tilpasse sig den virkelighed, der er i uddannelsesgivende afdelinger og støtte maksimering af læringsudbytte i uddannelsesgivende afdelinger i forandring. Særligt store udfordringer er der i forbindelse med:

- Samling af specialer i enheder (diagnostiske centre, centre med såvel medicinske og kirurgiske sektioner o.l.)

- Administrative enheder fordelt på flere matrikler
- Enheder med uddannelsesforpligtigelse, men uden ansatte uddannelseslæger (f.eks. visse akutmodtagelser).

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Inspektorordningen tilpasses ændrede strukturelle forhold, så udbytte af besøg fastholdes under hensyntagen til såvel besøgsstedets planlægning og indpasning i arbejdet.
- Ved besøg på store centre med adskilte afdelinger med egen ledelse og uddannelsesansvarlig overlæge gennemføres besøg stadig på hver enkelt afdeling, og med forventning om centerledelsens og sygehusledelsens tilstedeværelse.
- Besøg på store afdelinger med flere specialer samlet under én afdelingsledelse (eksempelvis brede interne medicinske afdelinger) og én uddannelsesansvarlig overlæge gennemføres som ét besøg med to inspektorer repræsenterende to af afdelingens specialer.
- Besøg foretages på afdelinger med ansatte uddannelseslæger, men de fælles akutmodtagelser bør have en særlig ordning, hvor besøg gennemføres på alle afdelinger.
- Sundhedsstyrelsens inspektorsekretariat medvirker til at udvikle pilotprojekter (kollektive besøg på større sygehuse, 'cluster'-besøg, f.eks. på samtlige medicinske afdelinger i et sygehus, etc.) med henblik på udvikling og ressourceoptimering af Inspektorordningen.

10.5 Kvalitetssikringsordning for videreuddannelse i almen praksis skal udvikles

Evalueringen af uddannelsen i almen praksis varetages i dag af uddannelseslægerne i form af indmeldinger til evaluer.dk, videreuddannelsesregionerne ved godkendelse af tutorpraksis samt ved specialets AMU'er. Som det største lægespecialer med det største antal uddannelsessteder, bør specialet, under en eller anden form, dækkes af en centralt styret kvalitetssikringsordning med fokus på uddannelsesperspektivet.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Kvalitetssikringen af videreuddannelsen i almen praksis analyseres under hensyntagen til dette speciales størrelse og særlige uddannelsesforhold.
- Der nedsættes en arbejdsgruppe med kommissorium under NRLV. Formålet er at udarbejde begrundede anbefalinger til en ny kvalitetssikringsordning for videreuddannelsen i almen praksis, herunder belyse dennes omfang, organisation, forankring og styring, ansvarsområder, besøgsgennemførelse og konsekvens.

10.6 Hyppighed af besøg skal revurderes

Den nuværende besøgsfrekvens er fireårige rutinebesøg, opfølgende besøg efter kortere tid ved væsentlige uddannelsesmæssige problemstillinger og ad hoc besøg ved henvendelse til Sundhedsstyrelsen om problemområder i videreuddannelsen, som ikke har kunnet løses lokalt eller regionalt. Lande, som Danmark sammenligner sig med, har kontrolbesøg/QA-visits hvert 4-5 år. Afdelingsledelserne er tilfredse med den nuværende ramme på fire år mellem besøg; men inspektorerne og afdelingsledelserne angiver samtidigt, at besøg i højere grad bør målrettes og fokusere på afdelinger, hvor der er påvist eller påvises væsentlige mangler i rammer, strukturering af videreuddannelsen eller mindre hensigtsmæssigt læringsmiljø.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Planlægning af besøg gennemføres på baggrund af påvist behov og en risikovurdering.
- Der fokuseres på hurtigt opfølgende besøg i afdelinger med påviste og ikke løste uddannelsesproblemer.
- Henvendelser og klager til Sundhedsstyrelsen over uddannelsesmæssige problemstillinger udløser inspektorbesøg, hvis problemet ikke ad anden vej løses inden for kort tid.
- Processen for håndtering af henvendelser og klager skal synliggøres.
- Afdelinger uden ændret organisation og hvor tidligere besøg har været tilfredsstillende, skal ikke have rutinebesøg med fast kadence.
- Sundhedsstyrelsen og videreuddannelsesregionernes informationsudveksling og samarbejde om kvalitetssikring og -udvikling af videreuddannelsen styrkes.

10.7 Ressourceforbruget skal målrettes

Det aktuelle ressourceforbrug til ordningen er ikke fuldstændig kendt, da inspektorerne tidsforbrug per besøg ikke er beskrevet.

Inspektorerne fremhæver, at ved at fokusere på afdelinger, der har problemer med at få videreuddannelsen til at fungere og reducere antallet af besøg på de afdelinger,

hvor videreuddannelsen fungerer godt, vil ressourcerne fordeles mere hensigtsmæssigt.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Ressourcer skal primært bruges på afdelinger, hvor der er uddannelsesproblemer
- Synliggørelse af inspektorerens tidsforbrug i forbindelse med inspektorbesøg.

10.8 Anvendelse af inspektorstatistik giver værdi

For at synliggøre Inspektorordningens resultater, fremførte inspektorer og interessenter, at det kan det være hensigtsmæssigt at offentliggøre statistik over ordningens resultater. Det blev ønsket, at den offentliggjorte statistiske oversigt bør forelægges i et IT-system, så brugeren selv kan udtrække de ønskede oversigter på tværs af regioner, specialer og afdelinger. Endvidere bør systemet kunne vise resultater fra evaluer.dk

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Der bør etableres et IT-system med offentlig adgang, hvor der kan udtrækkes statistik over afdelingernes temascoringer.
- IT-systemet bør kunne levere information fra evaluer.dk.

10.9 Indholdet i inspektorrapporterne kan forbedres

Objektiviteten og sammenligneligheden af rapporterne bør forbedres. En sådan forbedring kan opnås ved, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med en revidering af vejledningen for Inspektorordningen præciserer kriterier for temascoringer, samt hvad der skal indgå i den beskrivende del af rapporten. Endvidere skal det fremgå af den kommende vejledning, at den beskrivende del af rapporten kan opdeles efter hvilke læger (f.eks. KBU, introduktion, hoveduddannelse, speciale), som er ansat på afdelingen, da en samlet beskrivende tekst vanskeligt kan rumme forholdene for alle yngre læger.

Anvendelse af inspektorer fra andre specialer, som vurderer afdelingen mindre specialespecifikt, vil ligeledes kunne forbedre objektiviteten. Afdelingsledelserne mente dog, at inspektorerne bør komme fra afdelingens speciale. Rapportens indsatsområder skal monitoreres bedre og der bør følges op på, om afdelingen indarbejder dem. Dette kan ske i et samarbejde mellem regionernes videreuddannelsessekretariater og Sundhedsstyrelsen. Det er dog i sidste ende op til de regionale råd for lægers videreuddannelse, der beslutter, hvorledes man vil kontrollere og monitorere uddannelsesafdelingerne.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Sundhedsstyrelsens vejledning revideres og der inkluderes beskrivelse af kriterier for temascoringer.
- Den beskrivende del af inspektorrapporten kan opdeles efter, hvilke yngre læger, der er ansat på afdelingen.
- Den ene inspektør kan komme fra et andet speciale end besøgsafdelingens.
- Indsatsområderne bør monitoreres regionalt

10.10 Selvevalueringer kan bruges på anden måde

Gennemgangen viser, at en grundig selvevaluering er et godt værktøj til at afdække en afdelings videreuddannelse, og at den i nogle sammenhænge vil have effekt uden et efterfølgende inspektorbesøg f.eks. ved udarbejdelse hvert andet år.

Selvevalueringen synes at have positiv betydning for iværksættelse og fastholdelse af uddannelsesinitiativer og sikre organisatorisk udvikling 'fra bunden'. Det anføres som væsentligt, at besøget gennemføres kort efter selvevalueringen.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Selvevalueringen anvendes alene uden efterfølgende besøg.
- Ved konstateret behov for besøg efter en selvevaluering tilstræbes det, at besøget gennemføres så hurtigt som muligt efter selvevalueringen.
- Almindeligvis skal der foreligge en selvevalueringsrapport, som ikke er ældre end 6 uger i forbindelse med et inspektorbesøg

10.11 En kritisk rapport får konsekvenser

Ved en kritisk inspektorrapport mente alle adspurgte, at der skal reageres hurtigt. Rapporten håndteres hurtigt og Sundhedsstyrelsen skal kontakte regionernes videreuddannelsessekretariater, så det sikres, at der følges op på afdelingens videreuddannelse. Det er ikke nødvendigt med en egentlig "task-force", da det vurderes, at sekretariaterne kan håndtere afdelinger, som har brug for at forbedre videreuddannelsen. Eventuelt kan sekretariaterne inddrage specialets/regionens PKL/PUF.

Det blev ofte nævnt, at der bør være flere konsekvenser over for afdelinger, som har modtaget en kritisk inspektorrapport. For at øge inspektorernes mandat kan det overvejes, om regionernes videreuddannelsessekretariater skal inddrage en afdelings inspektorrapport som grundlag for uddannelsesafdelingens videre funktion.

Det kunne overvejes, om den klinisk-pædagogiske- udviklende- funktion, som er etableret i alle tre videreuddannelsesregioner, skal have en formaliseret rolle ved gennemførelsen af indsatsområder i afdelinger, hvor inspektorer ved et inspektorbesøg påviser væsentlige problemstillinger.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- Kritiske rapporter skal håndteres hurtigt både centralt og decentralt.
- Det skal have konsekvenser at modtage en kritisk rapport
- Inspektorrapporter bør inddrages som grundlag for den videre funktion som uddannelsesafdeling
- Specialets PKL eller PUF-lektorer bør involveres ved en kritisk rapport

10.12 Justering af temaer er nødvendig

Som opfølgning på Sundhedsstyrelsens justering af de syv lægeroller samt oversigten over kompetencevurderingsmetoder skal temaerne i Inspektorordningen tilpasses. De syv nyligt justerede lægeroller skal fremgå af den reviderede vejledning og kompetencevurderingen skal fylde mere i temaerne. Dog vil væsentligt ændringer af temaer svække muligheden for at foretage sammenligninger mellem besøg.

Sundhedsstyrelsen har følgende forslag:

- En revideret vejledning tilpasses den nye beskrivelse af de 7 lægeroller
- Kompetencevurderingen, herunder anvendelse af strukturerede kompetencevurderingsmetoder skal fremhæves i den reviderede vejledning
- Der foretages en revurdering af antal af temaer, indhold og temanavne

11 Referenceliste

- ¹ Betænkning 1183. Lægers kliniske videreuddannelse og arbejdstilrettelæggelse. Sundhedsministeriet, september 1989.
- ² Evaluering af Den Pædagogisk Udviklende Funktion i uddannelsesregion Nord. Center for Medicinsk Uddannelse, Aarhus Universitet. December 2012.
- ³ Heiberg Engel PJ, Ancher Sørensen H og Thode J: Hvad bruges den Pædagogisk udviklende Funktion i Region Øst til? Ugeskr Læger 172/22 2010;1683-5.
- ⁴ Qvesel D, Kodal T, Sørensen B, Kjær NK. Besøg af postgraduate kliniske lektorer kan forbedre den lægelige videreuddannelse i fælles akutmodtagelser. Ugeskr Læger 176 2014;2-4.
- ⁵ Bekendtgørelse om uddannelse til speciallæge nr. 1257 af 25. oktober 2007.
- ⁶ Niels Kristian Kjær: Perspektiver for inspektorbesøg i almen praksis. Ugeskr. Læg. 2008;170(44);3539-3543.
- ⁷ Niels Kr. Kjær: Kvalitetssikring af uddannelse i almen medicin – inspektor besøg. Årsmøde i Inspektorordningen, maj 2010.
- ⁸ Hatch, MJ: Organization Theory, Oxford Univ. Press 1998.
- ⁹ Ouchi, WG. Clan-control, citeret af Hatch (4).
- ¹⁰ SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities and Threats).
- ¹¹ Gældende vejledning for Inspektorordningen, Sundhedsstyrelsen 2007.
- ¹² De syv lægeroller, Sundhedsstyrelsen 2013.
- ¹³ Kompetencevurderingsmetoder – en oversigt, Sundhedsstyrelsen 2013.
- ¹⁴ Ringsted C. In-training assessment in a work based postgraduate medical education context. Maastricht 2004.
- ¹⁵ Europaparlamentets og Rådets Direktiv 2005/36/EF om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer. Bruxelles 2005.
- ¹⁶ UEMS Activities <http://www.uems.eu>.
- ¹⁷ Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office, University of Copenhagen 2003.
- ¹⁸ Holstein, B: Triangulering - Metoderedskab og valideringsinstrument. Lunde IM, Ramhøj, P (Eds.): Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder. København, Akademisk Forlag 1995.
- ¹⁹ Malterud, K. Kvalitative metoder i Medicinsk Forskning. P. 188-191- Universitetsforlaget Oslo 2004.
- ²⁰ Dagsorden for Inspektorårsmøde den 13. maj 2014.
- ²¹ Dagsorden for det NRLV den. 11. juni 2014.

Bilag

Bilag 1. Sundhedsstyrelsens beskrivelse af opgave- og ansvarsfordeling i Inspektorordningen

Inspektorordningen er baseret på et samspil mellem flere aktører. Regionerne har ansvaret for driften af sundhedsvæsenet, De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse sikrer høj kvalitet i den lægelige videreuddannelseⁱ, Sygehus- og afdelingsledelsen sætter rammerne for den lægelige videreuddannelse på henholdsvis sygehus- og afdelingsniveau. De uddannelsesansvarlige overlæger/afdelingslæger har det daglige ansvar for de uddannelsessøgende læger på afdelingen og de uddannelsessøgende har ansvar for egen læring.

Nedenfor er listet de forskellige overordnede opgaver og ansvarsfordelingen for udvalgte aktører tilknyttet Inspektorordningen.

Sundhedsstyrelsen

- Varetager administration og sekretariatsfunktionen.
- Udarbejder vejledning for Inspektorordningenⁱⁱ.
- Udpeger inspektorer efter indstilling fra de videnskabelige selskaber.
- Arrangerer kurser og årsmøder for inspektorer.
- Orienterer de videnskabelige selskaber om status for antallet af inspektorer i de enkelte regioner.
- Sammensætter afdeling og inspektorer, som skal deltage i inspektorbesøg.
- Offentliggør inspektorrapporten på Sundhedsstyrelsens hjemmesideⁱⁱⁱ.
- Vurderer efter indstilling fra inspektorerne tidshorizonten inden næste besøg.
- Udarbejder kommentarer til inspektorrapporten, som sendes til afdeling, sygehusledelse, sygehusregion, Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse (formand og sekretariat), det videnskabelige selskab (formand og sekretariat, samt Dansk Medicinsk Selskab) og Følgegruppen for Inspektorordningen.
- Udarbejder kort vurdering af inspektorrapporten, som sendes til inspektorerne.

Følgegruppen for Inspektorordningen

- Deltager i drøftelse af ordningen, herunder kvalitetssikring og -udvikling.

Sygehusregioner

- Har det overordnede ledelsesmæssige ansvar for den lægelige videreuddannelse og uddannelsesmiljøet.

De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse

- Godkender uddannelsesafdelinger, uddannelsesprogrammer og tilrettelægger uddannelsesforløb på baggrund af Sundhedsstyrelsens vejledninger^{iv}.
- Inddrager Inspektorordningens evalueringer i vurderingen af de enkelte uddannelsesgivende enheders egnethed som uddannelsessted i den lægelige videreuddannelse^v.
- Foretager opfølgning på kritiske inspektorrapporter.

Sygehusledelsen

- Ansvarlig for rammerne for den lægelige videreuddannelse.
- Deltager i inspektorbesøget.
- Følger op på indgåede aftaler (indsatsområder).
- Iværksætter tiltag, såfremt uddannelsesforholdene ved opfølgende besøg fortsat ikke er tilfredsstillende.

Afdelingsledelsen

- Aftaler kontaktperson og tilrettelægger inspektorbesøget.
- Motiverer speciallæger, læger under uddannelse og andet personale til at deltage aktivt i inspektorbesøget.
- Udarbejder selvevalueringsrapport med øvrige interessenter.
- Deltager i inspektorbesøget.
- Godkender inspektorrapporten inklusive indsatsområder.
- Sender skriftlig begrundelse til Sundhedsstyrelsen, hvis der ikke kan opnås enighed om inspektorrapporten.
- Følger op på indgåede aftaler (indsatsområder).
- Giver læger mulighed for at deltage i inspektorfunktionen.

Uddannelseslæger

- Bidrager ved udarbejdelsen af selvevalueringsrapporten.
- Deltager aktivt i inspektorbesøget.

Den uddannelsesansvarlige overlæge

- Formidler udfyldelse og fremsendelse af selvevalueringsrapporten til Sundhedsstyrelsen (uden bilag) og til inspektorerne (med bilag).
- Deltager i inspektorbesøget.

De videnskabelige selskaber

- Indstiller inspektorer til Sundhedsstyrelsen.

Inspektorerne

- Aftaler besøgsdato med afdelingen og informerer Sundhedsstyrelsen herom.
- Forbereder besøg, som tager afsæt i selvevalueringsrapporten.
- Foretager inspektorbesøg.
- Udfærdiger inspektorrapporten.

Bilag 2. Resultat af SWOT-analysen

I skemaet anføres resultat af de 8 gruppers SWOT-analyse. I den ene kolonne er de vigtige faktorer, som grupperne, fandt listet op. I den anden kolonne er gruppernes forslag til indsatsområder opstillet.

Gruppe	Vigtigste faktorer	Indsatser
1	Konsekvens af rapport Strukturelle ændringer i specialer og fagområder	Bedre follow-up på besøg Klar ansvarsfordeling ift. videreuddannelse
2		Juniorinspektorer skal automatisk blive inspektorer ved speciallægeanerkendelse Blande inspektorer (specialer) ved besøg Reaktive akutbesøg (task-force) ved kritiske rapporter
3	Ordningen mangler konsekvens og slagkraft Udnytte ordningen, så uddannelsessøgende bruger det til valg af afdeling For få inspektorer og besøg	Løfte resultatet op på politisk niveau, ledelsesniveau regionalt og nationalt Tydeliggør sammenhæng mellem uddannelse og effektivitet, patientsikkerhed og patienttilfredshed=> økonomiske og organisatoriske ændringer Sammenkør data med evaluer.dk. Udvikle hjemmeside, så den er brugervenlig. Overføre data fra rapport til register, der kan søges i Regionale besøg med tematisk fokus Inspektorer på tværs af speciale Koordinering med PKL og PUF Ordentligt samarbejde og planlægning Planlægningsmøde mellem inspektorer og SST
4	Økonomi Afdeling skal være forpligtet til at gennemføre indsatser	Klarhed vedr. fri/løn i forbindelse med besøg En klar beskrivelse (metodik) for follow-up Sende de bedste ideer rundt

5		<p>Behov for hyppige besøg (max 2-3 års interval)</p> <p>Danne lokale netværk af inspektorer på tværs af specialer på de enkelte sygehuse/regioner</p>
6	<p>Organisering af besøg og koordinering mellem SST, inspektorer og afdelingen</p> <p>Rekruttering af inspektorer</p>	<p>Styring fra SST ved udsendelse af en doodle</p> <p>Tættere samarbejder med de Lægevidenskabelige selskaber</p>
7	<p>Data anvendes mere effektivt</p> <p>Problemer med legitimitet og prioritering</p>	<p>Skift navn til uddannelsesakkreditering</p> <p>Inddrag ledelsessystemet mere</p>
8	<p>Ordnningen er skemalagt</p> <p>Manglende indflydelse og konsekvens</p>	<p>En mere fleksibel tilgang til inspektion</p> <p>Overholde deadline.</p> <p>OKYL og UAO får mere ledelsesindflydelse og anerkendelse</p>

Bilag 3. Skriftlige kommentarer og forslag til Inspektorordningen, afgivet i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen

- Sygehusledelsen deltog ikke i det seneste inspektorbesøg, hvilket var beklageligt. Det var ganske vanskeligt, at koordinere dato for inspektorbesøget, hvilket utilsigtet medførte, at der gik 6 måneder fra udarbejdelse af selvevaluering til afholdelse af inspektorbesøget. Dette er u hensigtsmæssigt. Inspektorbesøget bør ligge så tæt på udarbejdelse af selvevalueringen som muligt.
- Ingen.
- Besøget var en meget positiv oplevelse - der var kun minimale forhold, der ønskedes forbedret.
- Vi har KBU læger i akutmodtagelsen (akutmedicin).
- Jeg har i forskellige sammenhænge kritiseret rapporteringsformen, hvor man laver statistiske konklusioner på kasuistiske indrapporteringer og fx. i vores tilfælde konkluderer, at uddannelsesmiljøet er forringet i en afdeling, hvor notorisk alting er forbedret siden forrige inspektorbesøg.
- Behagelig måde at fokusere på eget arbejde og redskabet er udmærket til at påpege relevante indsatsområder, men alle står jo magtesløs overfor den begrænsede tid til supervision, når ferie, sygdom, barsel og obligatoriske kurser skal afvikles økonomineutralt. Vagter pga. af nævnte forhold burde udbetales direkte uden at reducere almindelig fremmøde.
- Et meget fint besøg med en grundig gennemgang af afdelingen og gode konklusioner. Man kunne ønske sig at inspektorrapporterne blev mere synlige for sygehusledelserne. Der er ikke meget overskud tidsmæssigt og økonomisk m.h.t. at gøre gennemgribende forandringer ligesom arbejdsstrukturen er meget fastlåst i kraft af vagtfællesskab med andre afdelinger og akut modtagelse.
- Det er vigtigt, at inspektorer er erfarne speciallæger med indsigt i og autoritet omkring uddannelsesspørgsmål. Ellers får et besøg ingen indflydelse. Vores seneste besøg var invalideret af uerfarne inspektorer.
- Inspektorordningen er helt afhængig af dygtige inspektorer, som kan gennemskue følelsesladede udsagn fra uddannelseslæger hhv. speciallæger. Det er vigtigt, at inspektorerne er erfarne speciallæger, og at erfarne og mindre erfarne inspektorer kobles ved det enkelte besøg. Vores seneste inspektorbesøg var præget af uerfarne og unge inspektorer, hvilket satte sit præg på effekten af de anviste indsatsområder.
- Desværre mangler vi fortsat selve inspektorrapporten. Derfor er der for de sidste spørgsmål i gruppe 4 og fremadrettet svaret hverken/eller. Vi ved ikke hvad vi skal forholde os til på nuværende tidspunkt.
- Vi har ikke fået inspektorrapport endnu!
- Da afdelingen har afsluttet uddannelse af yngre læger - afspejles dette i svarene.
- Besvarelsen fra Næstved er præget af at afdelingen et halvt år efter sidste inspektorbesøg fik nedlagt sine uddannelsesstillinger pga. strukturændringer. Fra tidligere besøg mener jeg at de anførte indsatsområder har været en hjælp til at sætte fokus på indsatsområder overfor afdelingsledelsen.
- Det er svært at svare på spørgsmålet om mere konsekvens af en kritisk rapport, når det ikke er, hvad der menes med en kritisk rapport.
- Et besøg og den efterfølgende rapport afspejler uddannelsessituationen i en afdeling lige her og nu. Det er vi alle klar over, men det er vigtigt at huske på. Sammenlægninger af afdelinger, speciallægemangel, personligt engagement og økonomi er faktorer af stor betydning. Hvis alle klinisk arbejdende læger og deres ledere tog uddannelsesforpligtelsen alvorligt, havde vi ingen problemer i DK, hvad angår lægelig uddannelse. Alt i alt vil jeg dog mene, at yngre lægers uddannelsesforhold er blevet betydeligt meget bedre de sidste 15 år- og her har inspektorordningen uden tvivl spillet en rolle. Om den så skal moderniseres/omstruktureres? Ja, det tror jeg.
- Vi har haft problemer med at få sygehusledelsens opbakning til de nødvendige tiltag ovenpå en kritisk inspektorrapport. Og de går mere op i rapporten ("de røde tal") end i et godt uddannelsesmiljø. Jeg ville ønske at inspektorrapporter havde mere konsekvens (overfor sygehusledelsen, og til dels også afdelingsledelsen), men også at fokus var mindre på rapportens "røde tal" og mere på hvordan man fornuftigt opbyggede og støttede et godt uddannelsesmiljø.
- En effektiv metode til at revidere og kontrollere, at afdelingen har styr på uddannelse og forsøger forbedring.
- Vi er generelt godt tilfredse med inspektorordningen, som er veletableret i vores speciale.

- BDA NOH dækker 2 specialer diagnostisk radiologi og klinisk fysiologi og nuklearmedicin. Der er kun besvaret for det radiologiske afsnit idet det kliniske fysiologiske afsnit ikke har haft inspektorbesøg. Man kunne overveje deltagelse af en yngre læge under uddannelse.
- Dette er en akutafdeling/modtagelse og er således alle specialer. Dette mangler i oversigten.
- Hyppigere besøg.
- Inspektorordningen er nyttig. Dels før besøget med en struktureret "kulegravning" af uddannelsesindsatsen, dels under besøget med velstruktureret indhold med interviews/inddragelse af alle relevante aktører fra uddannelsessøgende til sygehusledelse.
- Vi havde kæmpe udbytte forud for inspektorbesøg af LUDO undersøgelse. Så for os var en stor del af erkendelsen af problemområder sket inden og vi have sat ind på nogle problemområder inden. Jeg tror kombination af spørgeskema us som ludo alternerer fint med inspektorbesøg.
- Inspektorordningen er med til at sikre en ensartethed i uddannelserne og det kan der være fordele ved. En stor bagdel er at diversitet kan tabes - at afdelingers prioriteringer i uddannelsen og styrker indenfor specialet ikke udnyttes tilstrækkeligt. / Generelt for megen registrering og rapportering - stol mere på afdelingernes kunnen og missioner, samt de yngre lægers evner og vilje til at selv at præge deres speciallægeuddannelse. De har taget en videregående uddannelse og har valgt specialerne af egen fri vilje - de er maksimalt engagerede og vil klare det rigtig godt uden for megen bureaukratisering.
- Det store problem i vores afdeling er at det er drift og DRG registrering der prioriteres. Uddannelse og forskning er lavt prioriteret. Det betyder at man først og fremmest flytter uddannelseslægerne hen hvor det er nødvendigt for at producere og ikke der hvor de opnår de rette kompetencer. Vi har massiv speciallægemangel.
- God funktion også til at gøre afdelings + hospitalsledelse opmærksom på faktiske forhold og behov både fra UAO og læger i uddannelse.
- I min tid i afd. er det første gang, inspektorer kom på besøg, og det var godt. Det gav anledning til nogle diskussioner og til at ruske op i gl. dogmer, og så prøve at anskue tingene lidt anderledes, når der nu kom "besøg udefra".
- Vigtigt at en dårlig rapport medfører at man mister uddannelsesstillinger. Det er uanstændigt hvis skodafdelinger af lokalpolitiske grunde får lov at fortsætte med dårlig kvalitet.
- Det er vigtigt at inspektorerne ikke har en skabelon over hvordan en afdeling skal se ud, men have rum og forståelse for de forhold der givet i afdelingerne.
- Sygehusledelsen var ikke repræsenteret på trods af gentagne henvendelser. Det er et godt redskab for at give mod/motivation og støtte til den uddannelsesansvarlige overlæge.
- Man skal kunne skelne mellem uddannelsesproblemer og arbejdsmiljøproblemer. DETTE er ikke muligt. Ofte er det arbejdsmiljøproblemerne der er årsagen til uddannelsesproblemerne. Eks. hvis der er mangel på læger i rullet, bliver lægerne brugt til at dække vagten. Derfor manglede de i dagarbejdet hvor en væsentlig del af uddannelsen foregår. Forslag: Inspektorerne og SST, må kunne give sanktioner hvor dette er problemet. evt. med reduktion i uddannelsesstillinger eller pålæg om ansættelse af læger (YL/speciallæger).
- For megen fokusering på arbejdsmiljø og for lidt på uddannelsesmiljø og tiltag.
- Sygehusledelsen bør obligatorisk deltage ved inspektorbesøg på "dårlige" afdelinger.
- Vi havde allerede før inspektorbesøg lavet væsentlige ændringer, derfor medførte besøget ikke nye tiltag, men de iværksatte fortsatte.
- Sygehusledelsen deltog ikke. For os var det et problem, at der i selvevalueringskemaet stod "systematisk" I stedet burde ordet kontinuerlig bruges. Vi har som afdeling tænkt os at bruge det ellers udmærkede selvevalueringskema årligt for at opfange evt. problemer. Den digitale version mistede vi i cyperspace, og vi måtte bruge endnu en dag på at udfylde en Word baseret udgave, Da vi gjorde Sundhedsstyrelsen opmærksom på sidstnævnte, virkede de ikke overraskede, og det må således være styrelsen bekendt. Inspektorbesøgene er en fremragende måde at kontrollere afdelingernes uddannelsesnivea, og de sætter rigtig mange tanker i gang.
- Inspektorbesøget var en god og konstruktiv oplevelse.
- Sygehusledelsen deltog ikke ved inspektorbesøg.

- Inspektorbesøget gav en god evaluering af afdelingen, men der manglede flere konkrete forslag til, hvad der kunne arbejdes videre med. Måske fordi, at besøget foregik på en akutmodtagelse og ingen af inspektorerne arbejdede til daglig på en akutmodtagelse.
- Der er fordele og ulemper ved om det er inspektorer indenfor eller udenfor det vurderede speciale. Måske 1 udefra og 2 indefra?
- Afdelingen dækker specialerne infektionsmedicin, geriatri, endokrinologi, gastroenterologi, reumatologi, lungemedicin, intern medicin. Det var et godt besøg, dygtige, grundige og lydhøre inspektorer. De skal have ros for deres indsats.
- Vedr. inspektorernes speciale i forhold til den evaluerede afdeling: Jeg mener at inspektorerne skal have intern medicinsk speciale ved evaluering af medicinske afdelinger. Ikke absolut samme subspecialer, hvis det drejer sig om subspecialiseret afdeling.
- Skr. rapport endnu ikke modtaget, da besøget fandt sted 19.6.2014, men vi har fået mundtlig afrapportering - det er det, vi har svaret på. Sygehusledelsen deltog ikke. Spm. ang. den er derfor besvaret med "hverken/eller".
- Hvor der er brug for en indsats til forbedring af uddannelsesmiljøet - skal der også være et hurtigt follow-up ½- 1 år efter. Der er brug for en bedre forventningsafstemning i forhold til inspektorordningen og de uddannelsessøgende yngre læge.
- Velfungerende afdelinger, hvor uddannelsesmiljøet fx bedømt ud fra www.evaluer.dk eller hvad der måtte komme til at erstatte www.evaluer.dk, behøver IKKE have rutinemæssigt inspektorbesøg hvert 4. år. Dette begrundet i at det i givet fald (ofte) vil kræve et uforholdsmæssigt stort arbejde/tidsmæssigt forbrug at forberede og afholde et inspektorbesøg - ikke mindst i den pågældende afdeling - som (slet) IKKE står mål med udbyttet hvad afdelingens uddannelsesmiljø angår. Hvis der er en mistanke om at en afdeling er dårligt kørende mht. uddannelsesmiljøet, så vil det være indsatsen værd at afholde et inspektorbesøg - og her bør (LÆS: skal) Sundhedsstyrelsen være klar til at "rykke ud" med inspektorbesøg hvis en interessent udbeder dette, fx ved forespørgsel fra et Regionalt Lægeligt Videreuddannelsessekretariat. Selve inspektor besøget (konceptet) som det foregår i øjeblikket fungerer RIGTIG GODT inkl. den swot ANALYSE der laves før besøget og det selvevalueringsskema der bruges. Og de inspektorer undertegnede har mødt har været MEGET kompetente. KONKLUSION: Vil foreslå en (meget) mere målrettet indsats mht. brug af inspektorbesøg.
- Jeg har kommentarer til spørgeskemaet. Man kan ikke anføre at man er ansat på en medicinsk afdeling. Det er kun de enkelte medicinske specialer som fremgår af drop down menuen.
- Sygehusledelsen deltog ikke.
- Jeg synes inspektorbesøget fungerede godt og var velplanlagt.
- Afdelingen rummer tre lægelige specialer og har uddannelsesopgaver inden for alle tre: Reumatologi (intro, hoveduddannelse), Neurokirurgi (intro, hoveduddannelse), Ortopædkirurgi (udelukkende fokuserede ophold), Derudover lejlighedsvis siduddannelse i arbejdsmedicin, socialmedicin, dermatologi. Vedr. selvevaluering: Egentlig var det konkrete udbytte af selvevalueringen ikke så højt. Det er mere den løbende selvevaluering, som giver anledning til forbedringer. Det konkrete udbytte af selve inspektorbesøget var heller ikke så højt. Der kom ikke mange praktiserbare ideer frem. Der blev påpeget nogle mangler, men ikke nogen vi ikke vidste vi havde i forvejen - og som der bliver arbejdet med. Inspektorbesøget har betydning som kontrolbesøg - men hvis vi i øvrigt passer vores uddannelsesopgave, er det relativt beskedent udbytte, man har af det. Måske kan det nogle steder være med til at putte uddannelsesopgaven højere på dagsordenen - også i dialogen med den lokale direktion. Og så må jeg straks sige: Jeg har ikke noget bedre bud på hvordan kontrol med uddannelsen skal foregå. Det er ekstremt vigtigt at inspektorerne har indgående kendskab til specialet.
- Der manglede en YL inspektor. Der går alt for langt fra besøget til rapporten blev tilsendt, har faktisk ikke fået rapporten endnu 1½ måned efter besøget. De havde ikke tid til at lave rapporten færdig på inspektordagen. Hvilket er optimalt.
- Jeg synes der går lang tid fra at vi ser sidste udgave af inspektorrapporten inden sundhedsstyrelsen får den lagt ud på hjemmesiden.

Bilag 4. Kondensering og analyse af udsagn

Kondensering og gruppering af udsagn	Analyse og konklusion
<p>Inspektorordningens generelle værdi</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Redskabet er udmærket til at påpege relevante indsatsområder.</i> • <i>En effektiv metode til at revidere og kontrollere, at afdelingen har styr på uddannelse og forsøger forbedring.</i> • <i>Generelt godt tilfredse med Inspektorordningen.</i> • <i>Hyppigere besøg (ønskes).</i> • <i>Inspektorordningen er nyttig.</i> • <i>Inspektorordningen er med til at sikre en ensartethed i uddannelserne.</i> • <i>Bagdel er at diversitet kan tabes Det er et godt redskab for at give mod/motivation og støtte til den uddannelsesansvarlige overlæge.</i> • <i>Velfungerende afdelinger behøver ikke have rutinemæssigt inspektorbesøg hvert 4. år.</i> • <i>Sundhedsstyrelsen (skal) være klar til at "rykke ud" med inspektorbesøg, hvis en interessant udbeder (sig) dette.</i> • <i>Jeg har ikke noget bedre bud på hvordan kontrol med uddannelsen skal foregå.</i> 	<p>Afdelingsledelserne(og UAO) anser Inspektorordningen for at være relevant i videreuddannelsen, sikrer ensartethed og understøtter afdelingernes uddannelsesindsats.</p> <p>Ordningen bør målrettes mod afdelinger, der ikke yder en tilfredsstillende uddannelse, herunder med tættere genbesøg og akutte inspektioner i tilfælde af klager eller påviste mangler.</p> <p>Generel tilfredshed med ordningen.</p>
<p>Sygehusledelsernes deltagelse og efterfølgende ansvar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sygehusledelsen deltog ikke</i> • <i>Sygehusledelsen var ikke repræsenteret på trods af gentagne henvendelser.</i> • <i>Sygehusledelsen bør obligatorisk deltage ved inspektorbesøg på "dårlige" afdelinger.</i> • <i>Ordningen med til at sætte uddannelsesopgaven højere på dagsordenen - også i dialogen med den lokale direktion.</i> • <i>Jeg ville ønske at inspektorrapporter havde mere konsekvens (overfor sygehusledelsen, og til dels også afdelingsledelsen).</i> 	<p>Sygehusledelsernes deltagelse er af stor betydning og deres deltagelse i inspektorbesøg ønskes obligatorisk ved genbesøg på afdelinger samt på afdelinger, hvor besøget er iværksat på grund af problemer.</p> <p>Inspektorordningen medvirker til at synliggøre videreuddannelsen i ledelsessystemet.</p>

<p>Før besøget</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vanskeligt at koordinere dato for inspektorbesøget.</i> • <i>Inspektorbesøget bør ligge så tæt på udarbejdelse af selvevalueringen som muligt.</i> • <i>Vi havde kæmpe udbytte forud for inspektorbesøg.</i> • <i>Erkendelsen af problemområder skete inden og vi have sat ind på nogle problemområder inden.</i> • <i>Inspektorbesøget fungerede godt og var velplanlagt.</i> • <i>Det konkrete udbytte af selvevalueringen ikke så højt.</i> • <i>Den løbende selvevaluering giver anledning til forbedringer.</i> 	<p>Selvevalueringen er værdifuld og medvirker til at fokusere problemstillingerne.</p> <p>Besøget bør følge kort efter selvevalueringen for at øge synergieffekten i ændringsprocessen.</p> <p>Selvevaluering bør være en kontinuerlig proces.</p>
<p>Besøgets gennemførelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Besøget var en meget positiv oplevelse.</i> • <i>Behagelig måde at fokusere på eget arbejde.</i> • <i>Fint besøg med en grundig gennemgang.</i> • <i>God funktion også til at gøre afdelings + sygehusledelse opmærksom på faktiske forhold og behov.</i> • <i>Det gav anledning til nogle diskussioner og til at ruske op i gl. dogmer.</i> • <i>Inspektorbesøgene er en fremragende måde at kontrollere afdelingernes uddannelsesniveau, og de sætter rigtig mange tanker i gang.</i> • <i>Inspektorbesøget var en god og konstruktiv oplevelse.</i> • <i>Inspektorbesøget gav en god evaluering af afdelingen, men der manglede flere konkrete forslag til, hvad der kunne arbejdes videre med.</i> • <i>Der er brug for en bedre forventningsafstemning i forhold til Inspektorordningen og de uddannelseslæger.</i> • <i>Inspektorbesøget har betydning som kontrolbesøg - men hvis vi i øvrigt passer vores uddannelsesopgave, er det relativt beskedent udbytte.</i> • <i>Der manglede en YL inspektor.</i> 	<p>Generel opfattes ordningen som en god måde at kombinere kontrol med facilitering og konstruktiv dialog.</p> <p>Inspektorbesøg anses for en god evalueringsmetode.</p> <p>Besøgets muligheder og begrænsninger bør forventningsafstemmes med deltagerne.</p> <p>Deltagelse af junior-inspektorer bør evt. understøttes.</p>

<p>Inspektorerne viden, indsigt og væremåde</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vigtigt, at inspektorer er erfarne speciallæger med indsigt i og autoritet omkring uddannelsesspørgsmål.</i> • <i>Seneste besøg var invalideret af uerfarne inspektorer.</i> • <i>Inspektorordningen er helt afhængig af dygtige inspektorer, som kan gennemskue følelseladde udsagn.</i> • <i>Vores seneste inspektorbesøg var præget af uerfarne og unge inspektorer, hvilket satte sit præg på effekten.</i> • <i>Vigtigt at inspektorerne ikke har en skabelon over hvordan en afdeling skal se ud, men have rum og forståelse.</i> • <i>Skal kunne skelne mellem uddannelsesproblemer og arbejdsmiljøproblemer.</i> • <i>Der er fordele og ulemper ved om det er inspektorer indenfor eller udenfor det vurderede speciale. Måske 1 udefra og 2 indefra?</i> • <i>Inspektorerne skal have intern medicinsk speciale ved evaluering af medicinske afdelinger. Ikke absolut samme subspeciale.</i> • <i>Det er ekstremt vigtigt at inspektorerne har indgående kendskab til specialet.</i> 	<p>Inspektorerne opfattes generelt som engagerede, vidende, afbalancerede og konstruktive og har en uhildet tilgang til besøget på afdelingen.</p> <p>Vigtigt, at det er erfarne speciallæger med viden om uddannelse.</p> <p>Besøg, kun med unge inspektorer har mindre effekt.</p> <p>Mindst 1 af inspektorerne bør være fra afdelingens speciale, inspektor 2 kan være fra tilgrænsende eller andet speciale.</p>
<p>Rapportens kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Har kritiseret rapporteringsformen, hvor man laver statistiske konklusioner på kasuistiske indrapporteringer.</i> • <i>Desværre mangler vi fortsat selve inspektorrapporten.</i> • <i>Vi har ikke fået inspektorrapport endnu!</i> • <i>Alt for langt fra besøget til rapporten blev tilsendt.</i> • <i>Der går lang tid fra at vi ser sidste udgave af inspektorrapporten inden sundhedsstyrelsen får den lagt ud på hjemmesiden.</i> 	<p>Der bør udvises forsigtighed med at anvende den nuværende rapporteringsform statistisk.</p> <p>Det tager for lang tid inden rapporten skrives, tilsendes afdelingen og efterfølgende udmeldes af Sundhedsstyrelsen.</p>
<p>Efter besøget</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>De anførte indsatsområder har været en hjælp til at sætte fokus på</i> 	<p>Indsatsområderne anses for en god hjælp til konkretisering og fokusfastholdelse i tiden</p>

<p><i>indsatsområder overfor afdelingsledelsen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Besøg og den efterfølgende rapport afspejler uddannelsessituationen i en afdeling lige her og nu.</i> • <i>Problemer med at få sygehusledelsens opbakning til de nødvendige tiltag ovenpå en kritisk inspektorrapport.</i> • <i>Vigtigt at en dårlig rapport medfører at man mister uddannelsesstillinger.</i> • <i>hvor der er brug for en indsats til forbedring af uddannelsesmiljøet - skal der også være et hurtigt follow-up 1/2- 1 år efter.</i> 	<p>efter besøget.</p> <p>Besøget og rapporten er en tværsnitsundersøgelse.</p> <p>Der opleves vanskeligheder med at få sygehusledelsens opbakning efter en kritisk rapport.</p> <p>Konsekvente og hurtige genbesøg efter kritiske rapporter.</p> <p>Uddannelsesstillinger bør kunne fjernes ved gentagne kritiske rapporter.</p>
<p>Videreuddannelsen generelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Magtesløs overfor den begrænsede tid til supervision.</i> • <i>Sammenlægninger af afdelinger, speciallægemangel, personligt engagement og økonomi er faktorer af stor betydning.</i> • <i>Yngre lægers uddannelsesforhold er blevet betydeligt meget bedre.</i> • <i>Generelt for megen registrering og rapportering.</i> • <i>Uddannelse og forskning er lavt prioriteret.</i> • <i>For megen fokusering på arbejdsmiljø og for lidt på uddannelsesmiljø.</i> 	<p>Afdelingerne (afdelingsledelsen) føler at uddannelse (og forskning) underprioriteres og at der ikke er tid til tilfredsstillende supervision.</p> <p>Generelt indtryk af, at yngre lægers videreuddannelse er blevet forbedret de sidste 10-15 år.</p> <p>Fokus på uddannelsesmiljøet er af væsentlig betydning.</p>

ⁱ § 2 i Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse nr. 1706 af 20. december 2006 om de regionale råd for lægers videreuddannelse.

ⁱⁱ § 6, stk. 2 i Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober 2007 om uddannelse af speciallæger.

ⁱⁱⁱ § 6, stk. 3 i Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse nr. 1257 af 25. oktober 2007 om uddannelse af speciallæger.

^{iv} § 5 i Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse nr. 1706 af 20. december 2006 om de regionale råd for lægers videreuddannelse.

^v § 7 i Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse nr. 1706 af 20. december 2006 om de regionale råd for lægers videreuddannelse.