



11-04-2025

MOD-2025-00073

dortb@regioner.dk

Dagsorden for møde i Løn- og Praksisudvalget den 24. april 2025 kl. 10:15

Deltagere: Lars Gaardhøj
Bo Libergren
Per Møller Jensen
Ole Stavad
Susanne Buch
Susanne Flydtkjær
Anne Marie Geisler Andersen
Gitte Frederiksen
Thrine Rimdal Nørgaard
Peter Therkildsen
Christoffer Buster Reinhardt
Bo Jensen
Vibeke Gamst
Mark Søgaard
Helle Lethmar

Afbud:

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Fortrolig)	4
3 (Fortrolig)	4
4 (Offentlig) Status på Sundhedsreformen – personalepolitisk (Orientering)	5
5 (Fortrolig)	10
6 (Fortrolig)	11
7 (Fortrolig)	11
8 (Fortrolig)	11
9 (Fortrolig)	11
10 (Offentlig) 25 veje til bedre lægedækning (Drøftelse).....	12
11 (Offentlig) Næste møde	14
12 (Offentlig) Eventuelt	15

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Offentlig) Status på Sundhedsreformen – personalepolitisk (Orientering)

dse@regioner.dk
EMN-2025-00163

Resumé

Sundhedsstrukturen medfører, at regionerne skal iværksætte en række personalepolitiske processer. Regionerne er i gang og selvom organiseringen af reformprocessen er forskellig fra region til region, er der i alle regioner etableret rammer for processerne. Særligt fusionen af psykiatrien og somatikken fylder meget på nuværende tidspunkt.

Orienteringen giver et overblik over (nogle) af de personalemæssige processer, som regionerne skal igennem i forhold til implementeringen af Sundhedsreformen.

Indstilling

Det indstilles,

at Løn- og Praksisudvalget

- tager orienteringen til efterretning
-

Sagsfremstilling

Status på sundhedsstrukturen

Regeringen indgik i november 2024 en bred politisk aftale om en sundhedsreform, som har til formål at styrke sundhedsvæsenet og rykke det tættere på borgerne.

Den politiske aftale om Sundhedsreformen er ved at blive udmøntet i konkrete lovforslag, som fremsættes i forskellige lovpakker løbende.

Lovpakke I, som indeholder udkast til regionslov, overgangslov og lov om styrket almen praksis blev sendt i høring i februar 2025 og Danske Regioner har på vegne af regionerne fremsendt en række bemærkninger til lovforslagene.

Lovpakke II, som omhandler bl.a. love om opgaveovertagelse- og bortfald, ny aftalemodel for almen praksis, økonomi i sundhedsrådene m.m. forventes sendt i høring i maj 2025. Lovpakke III (om regional finansieringsmodel og lovpakke IV (om kronikerpakker, frit valg og patientrettigheder m.m.) forventes sendt i høring i 2026.

Vedhæftet er en tidslinje over lovgivningsprocessen.

Sundhedsreformen indeholder særligt tre områder, som har særligt betydning på det personalepolitiske område:

- Integrationen af psykiatrien og somatikken
- Flytning af sundhedsopgaver fra kommuner til regioner
- Dannelsen af den nye Region Østdanmark

I forbindelse med implementeringen af Sundhedsreformen, vil der være en lang række personalemæssige processer, som regionerne skal igennem for at sikre, at regionerne lever op til de lovgivningsmæssige forpligtelser, samt for at sikre, at implementeringen forløber på en tilfredsstillende måde. I den forbindelse er det afgørende, at medarbejderne oplever processen som acceptabel og præget af medindflydelse.

I alle regioner er der etableret rammer for processerne, særligt fusionen af psykiatrien og somatikken fylder meget på nuværende tidspunkt, ligesom der er stor fokus på information af medarbejdere og processen i MED-systemet. Organiseringen af reformprocessen er forskellig fra region til region. Region Hovedstaden og Region Sjælland har f.eks. nedsat egentlige reformsekretariater, som har ansvaret for en række elementer i fusionen.

Nedenfor opsummeres (nogle) af de personalemæssige processer, som regionerne skal igennem i forhold til implementeringen af de tre ovennævnte områder.

Integrationen af psykiatrien og somatikken

Integrationen af psykiatrien og somatikken adskiller sig i princippet ikke juridisk fra andre interne omorganiseringer, som regionerne har foretaget tidligere. Men i modsætning til andre omorganiseringer, ligger der her en særligt stor opgave i samtidig at sikre en kulturmæssig integration.

Forud for integrationen af psykiatrien og somatikken vil der skulle være en indgående proces i de regionale MED-udvalg, hvor medarbejderrepræsentanterne får mulighed for at komme med inputs til de forskellige tiltænkte oplæg/tiltag på personaleområdet.

Det bemærkes i den forbindelse, at integrationen er et langstrakt forandringsprojekt, hvorfor der i lang tid fremadrettet vil være emner, som er relevante og formentlig af stor betydning for MED-udvalgene at drøfte.

Selve integrationen af psykiatrien og somatikken vil i sig selv ikke indebære ændringer i løn- og ansættelsesvilkår og medarbejderne følger som udgangspunkt med opgaven.

Men integrationen vil indebære, at regionen skal træffe en række beslutninger, som kan have ansættelsesretlige konsekvenser.

Det er f.eks. beslutninger om, hvordan organiseringen af chef-laget fremadrettet skal være, ligesom det vil skulle besluttes, hvordan de administrative funktioner (HR, løn osv.) skal indrettes, herunder antallet af medarbejdere fremadrettet. Og i den forbindelse kan der blive tale om at nedlægge stillinger (og derved afskedige en række medarbejdere/chefer, som kommer i "overtal").

Regionen kan fx også i forbindelse med integrationen beslutte at samle visse (administrative) funktioner og derved flytte visse medarbejders fysiske arbejdssted. I den forbindelse vil det skulle vurderes, om der er tale om væsentlige stillingsændringer for den enkelte, som denne ikke har pligt til at acceptere. Sådanne væsentlige stillingsændringer vil skulle varsles med det individuelle opsigelsesvarsler og medarbejderen kan takke nej til ændringer med den konsekvens, at vedkommende så vil blive betragtet som afskediget.

Ved eventuelle afskedigelser og væsentlige stillingsændringer er det i den forbindelse sandsynligt, at det vil involvere mere end 30 medarbejdere på tværs af fx psykiatrien, hvorefter en række procedurer i lov om kollektive afskedigelser (masseafskedigelsesloven) skal iagttages. Det drejer sig bl.a. om forhandling med de faglige organisationer og det regionale arbejdsmarkedsråd.

Herudover vil der skulle tages stilling til ændringer i MED-strukturen i somatikken og psykiatrien. Der skal foregå en del processer af systemmæssig karakter og der vil være et fokus på uddannelsesopgaven, kompetenceudvikling af medarbejdere og klarlægning af ændrede opgaver i den nye struktur.

Flytningen af opgaver fra kommuner til regioner

Den 1. januar 2027 overtager regionerne en række sundhedsopgaver fra kommunerne. Den endelige fastlæggelse af, præcis hvilke opgaver der er tale om, er ikke endelig fastsat. Danske Regioner har i høringsvaret til overgangsloven bemærket, at det er afgørende, at indenrigs- og sundhedsministeren hurtigst muligt fastsætter de opgaver, som skal overføres, således at kommuner og regioner kan igangsætte deres forberedelser med henblik på opfyldelse af deres forpligtelser.

Regionerne vil under alle omstændigheder overtage myndighedsansvaret for opgaverne den 1. januar 2027, men regionerne og kommunerne kan inden den 1. april 2026 aftale, at opgaven fortsat skal driftes af kommunen.

Selve processen omkring flytningen af opgaver fra kommuner til regioner følger de samme principper, som faldt anvendelse ved kommunalreformen.

I forhold til ansatte, så følger det af overgangsloven, at

1. at medarbejderne skal følge med opgaven, og at

2. virksomhedsoverdragelseslovens principper finder anvendelse for medarbejderne

Medarbejderne følger opgaven

Det indebærer, at regionerne overtager de medarbejdere, der helt eller overvejende er beskæftiget med den overdragne opgave. Regionerne modtaget – i modsætning til kommunalreformen – ikke såkaldt ”overhead-personale, dvs. en procentdel af ansatte i kommunernes lønadministration og lignende.

I forbindelse med indgåelse af aftaler med kommunerne i april-juni 2026 omkring overførslen af aktiver, passiver, rettigheder, forpligtelser og ansatte, ligger der således et stort arbejde i forhold til at sikre, at regionerne får overført det nødvendige antal medarbejdere til at sikre den videre drift. Det er kommunerne, der skal lave udkast til en sådan aftale, som efterfølgende skal forhandles med regionen. Kan der ikke opnås enighed, overgår ”sagen” til et delingsråd, som så kan træffe beslutning.

Virksomhedsoverdragelsesloven

At virksomhedsoverdragelseslovens principper finder anvendelse medfører, at regionerne har mulighed for at frasige sig de kommunale overenskomster. Loven sikrer imidlertid de ansatte således, at hvis regionerne frasiger sig de kommunale overenskomster, så vil overenskomstvilkårene alligevel gælde som individuelle rettigheder for medarbejderne, indtil overenskomstperioden udløber.

De kommunale og regionale overenskomster ligner hinanden på mange punkter. Men der kan være forskelle, herunder på lokalt aftalt vilkår, som umiddelbart ikke kendes i den regionale verden. Og der vil derfor være en stor opgave med at få identificeret disse forskelle og herefter implementere dem i de regionale lønsystemer.

Ændring af arbejdssted

Sundhedsreformen kan indebære, at nogle medarbejdere får ændret deres arbejdsbetingelser væsentligt, fx får ændret deres arbejdssted.

Mindre ændringer skal medarbejderne tåle, men er der tale om væsentlige stillingsændringer, fx hvis medarbejderen får et nyt tjenestested, som medfører en betydelig mertransport, så kan der efter en konkret vurdering være tale om en væsentlig stillingsændring, som medarbejderen ikke skal tåle. I sådan ændring må varsles med det individuelle opsigelsesvarsel.

Trygge rammer for medarbejderne

Partierne bag den politiske aftale har lagt vægt på at sikre trygge rammer for medarbejderne ved overflytningen, herunder at MED-udvalgene inddrages i overensstemmelse med de gældende aftaler.

Udover de formelle orienteringer i MED vil der være behov for at supplere med yderligere information til de medarbejdere, der bliver direkte berørt af ændringerne. Dette kan medvirke til at understøtte den lokale dialog og information om de juridiske, økonomiske og rent praktiske forhold og kan imødegå unødige spekulationer.

Danske Regioner har derfor opfordret de regionale og kommunale arbejdsgivere sammen med lokale repræsentanter fra de faglige organisationer til at tage initiativ til afholdelse af fælles orienteringsmøder for berørte medarbejdere, når det vurderes relevant i forhold til udvikling af reformen.

Etableringen af Region Østdanmark

1. januar 2027 nedlægges Region Sjælland og Region Hovedstaden og alle medarbejdere overføres til den nye Region Østdanmark.

Der oprettes et forberedende regionsråd for Region Østdanmark, som – som titlen indikerer – skal varetage en række opgaver med forberedelse af etableringen af Region Østdanmark.

Det forberedende regionsråd for Region Østdanmark vil også skulle træffe beslutning om etablering af den administrative bistand, som det forberedende regionsråd vil have behov for. Det kan være i form af administrativ bistand fra Region Sjælland og Region Hovedstaden eller det kan ske ved, at det forberedende regionsråd ansætter deres eget administrative personale. I så fald vil personalet, medmindre der er tale om midlertidig ansættelse, der udløber i 2026, skulle ansættes med henblik på at blive overført til ansættelse under Region Østdanmark.

De personalemæssige processer og overvejelser i relation til etableringen af Region Østdanmark minder meget om de processer og overvejelser, som regionerne skal foretage i forbindelse med integrationen af psykiatrien og somatikken. Der er processer i MED-udvalgene og inddragelse af medarbejderne. Der skal tages stilling til den fremtidige organisering af chef-laget og organiseringen af de administrative funktioner, herunder beslutninger om, hvorvidt der i den forbindelse skal ske nedlæggelse af stillinger (og dermed afsked af medarbejdere).

Særligt i forhold til etableringen af Region Østdanmark er dog, at de gældende samarbejdsregler i MED-systemet ikke tager højde for den særlige situation, som sundhedsreformen stiller de to regioner i og omhandler således ikke samarbejdsudvalg på tværs af to regionerne.

Det arbejdes derfor på centralt at indgå aftale med de faglige organisationer om oprettelse af et midlertidigt tværgående samarbejdsudvalg, da løbende

information, dialog og tidlig inddragelse af medarbejderne er kilde til et godt samarbejde og en forudsætning for, at den kommende omstillingsproces sker på en tilfredsstillende og vellykket måde. Ligesom en god omstillingsproces sker på benene af et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem ledere og medarbejderrepræsentanter på tværs af de to regioner.

Selvom de kollektive overenskomster er ens i begge regioner, så vil der være en lang række underliggende lokalaftaler med løn- og ansættelsesvilkår. Det vil være et (formentligt) stort og langstrakt arbejde med at undersøge og vurdere, hvorvidt der er behov for at ensrette disse. En sådan proces vil påvirke medarbejdernes vilkår – ikke nødvendigvis som en samlet forringelse, men som en ændring.

En særlig opmærksomhed for Region Sjælland og Region Hovedstaden er, at der i overgangsloven er lagt op til, at Indenrigs- og Sundhedsministeren kan fastsætte regler for, at beslutninger om nyansættelser af personale i perioden fra 1. januar 2026 til og med den 31. december 2026, kræver godkendelse af det forberedende regionsråd for Region Østjylland. Danske Regioner har i høringssvaret til overgangsloven foreslået, at kliniske ansættelser på hospitaler og enheder, der ikke slås sammen, ikke omfattes af denne bemyndigelse.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Fortrolig)

10 (Offentlig) 25 veje til bedre lægedækning (Drøftelse)

sofbc@regioner.dk
EMN-2025-00292

Resumé

Danske Regioner vil i forlængelse af sundhedsreformens mål om at sikre bedre geografisk fordeling af læger igangsætte et arbejde, der skal understøtte regionernes arbejde på området. Som led heri ønsker Danske Regioner – i samarbejde med regionerne – at udvikle konkrete løsninger og initiativer, der kan have en positiv effekt på lægedækningen og være med til at indfri ambitionerne og målsætningerne i sundhedsreformen.

Sekretariatet har udarbejdet et oplæg med 25 initiativer, der kan medvirke til at sikre bedre lægedækning. Oplægget er blevet drøftet af Danske Regioners bestyrelse, som har givet mandat til, at sekretariatet arbejder videre med de 25 initiativer.

Der lægges op til, at udvalget drøfter det videre arbejde med oplægget, særligt med fokus på de initiativer, som vedrører løn- og praksisområdet.

Indstilling

Det indstilles,

at Løn- og Praksisudvalget drøfter det videre arbejde med de foreslåede veje til bedre lægedækning, herunder særligt de initiativer der vedrører løn- og praksisområdet

Sagsfremstilling

Sundhedsreformens mål for lægedækning

Sundhedsreformen har som mål at sikre en bedre fordeling af læger i hele landet, så flere læger kommer til de områder, hvor der i dag er mangel, og hvor behovet for behandling er størst.

Det indgår i aftalen om sundhedsreformen, at der skal uddannes flere speciallæger i almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt geriatri, og at der i 2035 skal være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud, så flere sundhedsopgaver kan løses hos egen læge eller i borgerens eget hjem. For at styrke lægedækningen i bestemte områder skal en større del af uddannelsesforløbene i den lægelige videreuddannelse placeres uden for de større byer.

Regeringen vil understøtte udviklingen med en strammere styring af kapaciteten i det almenmedicinske sundhedstilbud. Det indebærer blandt

andet en national plan for, hvor nye læger skal uddannes og arbejde, samt en øget indsats for at rekruttere læger til de områder, hvor behovet er størst.

25 veje til bedre lægedækning

I forlængelse af sundhedsreformens indhold har Danske Regioner igangsat et arbejde, der skal understøtte det regionale arbejde med at styrke lægedækningen. Med arbejdet vil Danske Regioner – i samarbejde med regionerne og med inddragelse af andre relevante aktører – pege på veje til bedre lægedækning og understøtte den efterfølgende implementering.

Danske Regioner har som afsæt udarbejdet vedlagte oplæg med 25 indsatser, som kan medvirke til at styrke lægedækningen. Forslagene repræsenterer en bred palette af indsatser på forskellige niveauer og vedrører bl.a. uddannelse og almen praksis. Indsatserne afspejler, at der er behov for, at regionerne støtter hinanden og samarbejder på tværs om at sikre bedre lægedækning. Nogle af de foreslåede indsatser kan løftes i regionerne, mens der i forhold til andre er behov for, at Danske Regioner adresserer dem over for staten.

En række af elementerne vil også indgå i forskellige dele af forårsaftalen.

Der lægges op til, at udvalget drøfter det videre arbejde med de 25 veje til bedre lægedækning. Udvalget bør i den forbindelse særligt have fokus på de initiativer, der vedrører løn- og praksisområdet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Punktet er blevet behandlet i Danske Regioners bestyrelse den 9. april 2025.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. 25 veje til bedre lægedækning§ (1769633 - EMN-2025-00292)

11 (Offentlig) Næste møde

dortb@regioner.dk
EMN-2025-00027

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Næste møde i Løn- og praksisudvalget (LPU) afholdes torsdag den 15. maj 2025 kl. 10.15-14.15.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

12 (Offentlig) Eventuelt

dortb@regioner.dk
EMN-2025-00027

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at orientering tages til efterretning.*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	25 veje til bedre lægedækning§
Dagsordens titel	25 veje til bedre lægedækning (Drøftelse)
Dagsordenspunkt nr	10
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

25 veje til bedre lægedækning

25 veje til bedre lægedækning

Sundhedsreformen har som mål at sikre en bedre lægedækning i hele landet. I dag mangler vi især læger i de områder, hvor behovet for behandling er størst. Der skal uddannes flere speciallæger i almen medicin, psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri samt geriatri, og der skal i 2035 være mindst 5.000 læger i det almenmedicinske tilbud, så flere sundhedsopgaver kan løses hos egen læge eller i borgerens eget hjem. Den lægelige videreuddannelse skal indrettes, så en større del af uddannelsesforløbene placeres uden for de større byer.

Med en aftale om ny sundhedsstruktur er der lagt op til bl.a. en strammere styring af kapaciteten i det almen medicinske sundhedstilbud. Det indebærer blandt andet en national plan for, hvor nye læger skal uddannes og arbejde, samt en øget indsats for at rekruttere læger til de områder, hvor behovet er størst.

Der er samtidigt mange tiltag, regionerne kan tage for at styrke lægedækningen på tværs. Der er behov for, at regionerne udvikler konkrete løsninger for, hvordan vi bedst når de forskellige mål, der er sat med sundhedsreformen. Det er en forudsætning for, at det nære sundhedsvæsen styrkes, og at der er robuste hospitaler og sundhedstilbud i hele landet. Det vil bl.a. kræve, at det i de kommende år er en prioriteret indsats at forstærke ledelsesforankringen af uddannelsesopgaven. Samtidigt er det vigtigt, at regionerne hjælper hinanden og samarbejder på tværs om at sikre bedre lægedækning.

I 2029 skal reformen evalueres, og der skal bl.a. gøres status på regionernes arbejde med at rekruttere almen medicinske læger til de almen medicinske tilbud i hele landet.

I forlængelse af sundhedsreformens indhold har Danske Regioner igangsat et arbejde, der har til formål at understøtte og pege på konkrete veje til bedre lægedækning. Arbejdet skal ses i tæt sammenhæng med andre spor i sundhedsreformen, herunder loft over antal speciallæger på universitetshospitaler og robustgørelse af akutsygehuse. Nedenfor fremgår en række forslag til indsatser, der kan bidrage til en mere bæredygtig og geografisk afbalanceret lægedækning i hele landet. Forslagene repræsenterer initiativer på forskellige niveauer og med forskellige positive effekter på fordelingen af læger i Danmark. Nogle af de foreslåede initiativer kan løftes i regionerne, mens andre skal adresseres over for staten.

De 25 indsatser fremgår ikke i prioriteret rækkefølge; de første har en generel karakter, mens de sidste vedrører almen praksis mere specifikt. Det er samtidig en invitation til et bredt samarbejde om, hvordan vi lykkedes med en god lægedækning over alt i landet.

De 25 veje

1. Optaget på lægestudiet skal sænkes, og pladserne på lægestudiet skal i højere grad placeres uden for de største byer

Der er i Danmark ikke generel mangel på læger, men der er en fordelingsmæssig udfordring, hvor der i nogle egne af landet og i nogle specialer mangler speciallæger. Eftersom uddannelsessted har stor betydning for, hvor lægerne efterfølgende vælger at arbejde, bør optaget og fordelingen af pladser på lægestudiet i højere grad ske strategisk med henblik på at sikre lægedækning uden for de største byer.

Det fremgår af sundhedsreformen, at aftalepartierne er enige om, at der skal uddannes flere læger i de dele af landet, hvor behovet for læger er størst. Aftalepartierne ønsker i den forbindelse, at antallet af uddannelsespladser på lægestudiet øges med i alt 140 bacheloruddannelsespladser samt dertilhørende kandidatuddannelsespladser uden for de større byer. Danske Regioner bakker op om at øge antallet af studiepladser på lægestudiet uden for de største byer med 140 pladser på lægestudiet i Aalborg, Køge og Esbjerg, men anbefaler, at det sker ved en omfordeling, så det samlede antal studiepladser ikke øges på landsplan.

Tilgangen til lægestudiet er næsten fordoblet i løbet af de seneste 20 år, og en fremskrivning fra Finansministeriet skønner, at udbuddet af læger vil overstige udviklingen i efterspørgslen på læger med 10.300 i 2035. På den baggrund bør der ske en yderligere reduktion i optaget på lægestudiet på universiteterne i København, Aarhus og Odense.

2. Der skal være tættere samarbejde mellem universiteter og hospitaler uden for de største byer

Etableringen af et selvstændigt lægestudie på Aalborg Universitet har haft positiv betydning for lægedækningen i Region Nordjylland. Tilsvarende er der både i Esbjerg og Køge ved at blive etableret mulighed for at tage et fuldt lægestudie, og på den længere bane er der ved at blive etableret mulighed for at tage kandidatdelen i Gødstrup/Herning. Den form for samarbejder mellem universiteter og hospitaler uden for de største byer er vigtige redskaber til at sikre en tidlig tilknytning af læger uden for de største byer. Der skal løbende arbejdes for, at så stor en del af uddannelsen som muligt foregår decentralt, og det skal afsøges hvordan lignende samarbejder kan etableres med flere akuthospitaler.

3. Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan skal sikre, at der uddannes flere speciallæger i specialerne Almen Medicin, Psykiatri, Børne- og Ungdomspsykiatri og Geriatri, og at flere uddannes i geografiske områder med rekrutteringsudfordringer

Speciallægeuddannelsen – også kaldet den lægelig videreuddannelse – har afgørende betydning for at sikre lægedækning. Læger har størst geografisk mobilitet tidligt i karrieren. Derfor er det vigtigt, at tilrettelæggelsen af speciallægeuddannelserne understøtter tilknytning til de dele af landet, hvor der mangler læger, så de efterfølgende bosætter sig og arbejder der, hvor behovet er størst.

Regionerne opslår allerede mange uddannelsesforløb uden for de største byer, men særligt i nogle specialer er det vanskeligt at få forløbene besat. Hvis man vil besætte flere forløb uden for de større byer, er det en forudsætning, at der ikke er andre forløb, som potentielle ansøgere finder mere attraktive.

Det er Sundhedsstyrelsen, som dimensionerer, hvor mange uddannelsesforløb der skal opslås i hvert speciale fordelt på de tre videreuddannelsesregioner. Hvis der med Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan bliver for mange stillinger i de største byer og mest populære specialer, vil det ikke være muligt at besætte uddannelsesforløb uden for de største byer og i rekrutteringsudfordrede specialer. Det viser erfaringen fra tidligere udvidelser af dimensioneringsplanen. Derfor er det afgørende, at den nye dimensioneringsplan for 2026-2030 understøtter, at der kommer flere speciallæger i de specialer og områder af landet, hvor der er mest brug for dem. Når Sundhedsstyrelsen melder dimensioneringsplanen ud, skal det være med et klart opdrag om, at rammen skal udmøntes, så rekruttering i udfordrede specialer og områder sikres.

Hvis det bliver muligt at besætte de opslåede hoveduddannelsesforløb inden for rekrutteringsudfordrede specialer og områder, vil Danske Regioner gerne være med til at drøfte en udvidelse af dimensioneringen i løbet af dimensioneringsperioden.

4. Videreuddannelsesregionernes fordeling og placering af uddannelsesforløb skal understøtte rekruttering og tilknytning i yderområder

Placeringen og besættelsen af uddannelsesforløb er afgørende for at sikre tilknytning til områder med lægemangel. Den afgørende faktor for at besætte hoveduddannelsesforløb uden for de største byer er balancen mellem udbud og efterspørgsel efter hoveduddannelsesforløb i eftertragtede specialer og geografier. Derfor skal videreuddannelsesregionerne være med til at sikre, at der er tilstrækkeligt med forløb i rekrutteringsudfordrede områder samt den rette balance i forhold til antallet af forløb i efterspurgte geografier.

I den forbindelse kan der bl.a. være behov for, at de interne fordelingsnøgler mellem regionerne i Videreuddannelsesregion Nord og Videreuddannelsesregion Øst¹ genbesøges med henblik på at fremme rekruttering og tilknytning uden for de største byer i lyset af sundhedsreformen. Samtidig er der et særligt behov for at sikre tilstrækkelig uddannelseskapacitet i almen praksis uden for de største byer.

5. Styring og ansvar for speciallægeuddannelsen: Regionerne skal have de nødvendige redskaber og rammer til at sikre, at der bliver uddannet flere uden for de største byer

I dag har regionerne ikke de samlede beføjelser og kompetencer til at styre udmøntningen af Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan. Uddannelsen af speciallæger er reguleret i Bekendtgørelsen om uddannelsen af speciallæger, og der er flere aktører og instanser involveret. Der er behov for, at alle aktører og instanser arbejder målrettet for samme dagsorden om at sikre lægedækning, og andre hensyn må træde i baggrunden, når der fx skal fordeles, placeres og sammensættes uddannelsesforløb.

Det betyder også, at regionerne skal have de nødvendige redskaber og rammer til at etablere attraktive uddannelsesforløb uden for de største byer, herunder mulighed for en mere individuel tilrettelæggelse. Barrierer for dette skal fjernes, og der skal iværksættes en gennemgang af det regelsæt, der styrer den lægelige videreuddannelse.

1 Med afsæt i Sundhedsstyrelsens dimensionering er der i Videreuddannelsesregion Nord aftalt en overordnet fordelingsnøgle, hvor 1/3 af forløbene placeres i Region Nordjylland og 2/3 i Region Midtjylland. I Videreuddannelsesregion Øst er det aftalt hoveduddannelsesforløb opslås som tværgående forløb med uddannelses-elementer i begge regioner. Det er aftalt, at 40 procent af det samlede antal årsværk placeres i Region Sjælland og 60 procent i Region Hovedstaden. Det gælder alle specialer, der varetages i Region Sjælland, bortset fra almen medicin, hvor fordelingen er 50/50.

6. Særlig indsats for at styrke de faglige miljøer og uddannelsesmiljøerne

Det er afgørende, at der alle steder i landet er stærke faglige miljøer og gode uddannelsesmiljøer. Det forudsætter, at der er ressourcer og speciallæger nok til både at behandle patienterne og til at uddanne kommende speciallæger. Det gælder på hospitalerne, men også i praksissektoren. I dag er der nogle steder en negativ spiral med for få læger og mangel på uddannelseskapacitet, der gør, at der ikke kan uddannes nye kolleger. Denne spiral skal vendes. Der er derfor behov for, at hospitalerne samarbejder om at styrke og udvikle de faglige miljøer, og at der tænkes nyt i forhold til at få skabt attraktive uddannelsesmiljøer, der kan være med til at bryde rekrutteringsudfordringerne.

Med andre ord skal udviklingen vendes, så de fagligt set mest interessante områder at være læge i, skal være i de områder og hospitaler, hvor de mest syge borgere er. I dag er det samtidig de områder, hvor kapaciteten er mest presset, og hvor der er færrest læger.

Et eksempel er almen medicin, hvor det fremgår af sundhedsreformen, at der skal ske en opprioritering af forskningen. Det er vigtigt, at det sker væk fra de største byer. Ellers bliver det endnu vanskeligere at rekruttere i yderområder. De faglige miljøer skal opbygges i et samarbejde regionerne imellem og både private klinikker og eventuelle regionsdrevne klinikker skal inddrages.

Uddannelsesmiljøerne skal i øvrigt styrkes uden for de største byer. Der er bl.a. behov for at tilbyde kompetenceudvikling til de uddannelsesansvarlige, og at uddannelse prioriteres højt ledelsesmæssigt. Hospitalerne skal desuden prioritere at tydeliggøre styrkepositioner og deres faglige profiler med henblik på at understøtte rekrutteringen.

7. I de fleste specialer skal læger kunne gennemføre deres hoveduddannelse på et akuthospital

Over tid har der været en udvikling mod, at speciallægeuddannelsen og specialernes målbeskrivelser fokuserer på de mere specialiserede kompetencer, der kun kan opnås bestemte steder i landet. Det begrænser videreuddannelsesregionernes muligheder for at placere hoveduddannelsesforløbene uden for de største byer. Med afsæt i anbefalingerne til revision af den lægelige videreuddannelse har Sundhedsstyrelsen sat gang i en proces for at revidere målbeskrivelserne². I første omgang er Sundhedsstyrelsen i gang med at udarbejde nye specialebeskrivelser. Dette arbejde tager tid.

I mellemtiden er det vigtigt at sende et tydeligt signal til uddannelsesmiljøerne og lægerne om, at kompetencemålene som hovedregel skal kunne opnås decentralt for at fremme, at flere læger under deres uddannelse forankres uden for de største byer. Det skal være undtagelsen, at læger under videreuddannelse skal omkring en specialiseret funktion. Der skal dog tages højde for, at behandlingen inden for visse specialer kun er placeret få steder i landet. Samtidig skal der generelt tænkes i nye måder at opnå nødvendige specialiserede kompetencer på, fx i kortere fokuserede forløb, virtuel læring mv.

Det er vigtigt, at dette også bliver tydeligt i Sundhedsstyrelsens løbende arbejde med de nye speciale- og målbeskrivelser.

I dag er der et krav om, at der i hoveduddannelsen som hovedregel skal indgå ansættelse på en afdeling med en specialiseret funktion (§ 8. Stk. 2 - Bekendtgørelse om uddannelse af

² For hvert af de 39 lægespecialer er der udarbejdet målbeskrivelser, som angiver de nødvendige kompetencer, der skal opnås i uddannelsen. Målbeskrivelserne sætter rammen for, hvordan videreuddannelsesregionerne kan sammensætte og placere hoveduddannelsesforløbene. Målbeskrivelserne blev indført i 1990'erne som nationalt definerede kompetencemål i speciallægeuddannelserne. De specialebærende selskaber har siden varetaget udviklingen og opdateringen af de enkelte målbeskrivelser. Når Sundhedsstyrelsen godkender målbeskrivelserne, er det ud fra opfyldelsen af de formelle krav. Sundhedsstyrelsen vurderer ikke kompetencemålene, eller om de svarer til hovedfunktionsniveau.

speciallæger). Det bør være undtagelsen snarere end reglen, at kompetencer skal erhverves på specialiseret niveau. Derfor skal kravet om ansættelse på afdeling med en specialiseret funktion fjernes.

8. Det skal være nemmere og mere fleksibelt at få merit i speciallægeuddannelsen

De nuværende regler for merit i speciallægeuddannelsen vanskeliggør karriereskift, giver dobbeltuddannelse og forlænger tiden til speciallægeanerkendelsen unødigt. Sundhedsstyrelsen har opdateret vejledningen om merit i speciallægeuddannelsen. Der er primært tale om en opdateret formidling af rammerne for meritvurdering, og med vejledningen er der ikke sket regelændringer, som i praksis vil give mere fleksibilitet mellem specialer.

Der bør arbejdes med at skabe flere fleksible muligheder for meritvurdering og der skal i langt højere grad arbejdes med forhåndsmeritvurderinger ved ansøgninger om hoveduddannelsesforløb i almen medicin. Det kan være for speciallæger i et andet speciale, der vil skifte til fx almen medicin, ligesom det kan være, at der gives merit for erhvervs erfaring for uddannelseslæger i almen medicin, der vælger at tage sin hoveduddannelse i et rekrutteringsudfordret område. Desuden skal det undersøges, om der er mulighed for at lave et særligt hurtigt spor for speciallæger med længere klinisk erfaring, som ønsker at skifte speciale til almen medicin.

Det er en hindring, at læger skal igennem en længere hoveduddannelse for at skifte speciale, selvom de kan have opnået mange års erfaring i et andet relevant speciale.

9. Lægerrollerne skal understøtte brede og generalistkompetencer, så mere uddannelse kan foregå på hospitaler uden for de største byer

Lægerrollerne er i deres nuværende form med til at understøtte en bevægelse mod universitetshospitalerne, fordi kompetencer inden for medicinsk ekspertise og forskning tillægges stor vægt. Det betyder, at speciallægeuddannelsens målbeskrivelser ofte prioriterer kompetencer og erfaringer, der bedst opnås i specialiserede miljøer, hvor avanceret diagnostik, forskning og specialiserede patientforløb er i fokus. Som en konsekvens heraf bliver uddannelsesforløb på universitetshospitaler ofte set som mest attraktive. Dette er medvirkende til en skævvridning, hvor hoveduddannelseslæger i mindre grad får erfaring fra hospitalsafdelinger uden for de største byer, og hvor der kan opstå en opfattelse af, at karriereudvikling primært sker i de mest specialiserede miljøer.

Der er behov for, at lægerrollerne i højere grad balancerer specialiserede og mere brede/generelle kompetencer – fx inden for ledelse, kommunikation, supervision og samarbejde. Dette kan understøtte en mere ligelig fordeling af uddannelsesforløb og sikre et stærkere uddannelsesmiljø på hospitaler uden for de største byer. Samtidigt vil det skabe bedre mulighed for at opnå merit på tværs af specialer. Dette skal adresseres i forbindelse med Sundhedsstyrelsens planlagte modernisering af de syv lægeroller. Samtidig vil Danske Regioner gennemgå den måde, hvorpå ansøgerne vurderes og prioriteres til hoveduddannelsesstillinger, for at sikre, at den understøtter sundhedsreformens målsætninger.

10. En særlig og prioriteret indsats for at rekruttere flere læger til psykiatrien

Der skal uddannes flere speciallæger i psykiatri og børne- og ungepsykiatri, og flere læger, der har gennemført deres introduktionsstilling, skal fortsætte i hoveduddannelsen.

En væsentlig udfordring i psykiatrien er at tilknytte lægerne til psykiatrien, så de vælger at fortsætte i hoveduddannelse. Mange læger i introduktionsstillinger i psykiatrien vælger efterfølgende at skifte speciale, hvilket skaber et vedvarende problem med at sikre et stabilt rekrutteringsgrundlag til specialet. En af årsagerne til frafaldet er arbejdsmiljøet, hvor læger i introduktionsstillinger kan opleve et højt arbejdspress, utilstrækkelig supervision og udfordrende patientsituationer.

Der er derfor behov for en styrket indsats for at skabe en arbejdsplads, hvor lægerne trives og ser en fremtid. Det kræver bl.a. bedre introduktion til specialet, styrket supervision, øget speciallægedækning i vagterne, mere struktureret karrierevejledning og en kultur, hvor psykiatriens faglige udviklingsmuligheder bliver tydelige tidligt i forløbet. Dette kan bl.a. understøttes gennem mentorordninger, længerevarende tilknytning til afdelinger samt bedre muligheder for forsknings- og udviklingsprojekter inden for psykiatrien.

Der kan ligeledes arbejdes på skræddersyede supervisionsforløb, hvor der fx ansættes pensionerede læger/private psykiatere til individuel supervision under uddannelse.

Derudover skal der arbejdes på at styrke sikkerheden for personalet inden for psykiatrien.

11. Uddannelsesforløb skal tilrettelægges mere håndholdt for at fremme rekruttering og tilknytning i yderområder

Der skal gøres mere brug af håndholdte løsninger for læger, som ønsker at uddanne sig til speciallæge i et område, hvor der er udfordringer med rekruttering af læger.

Et af redskaberne kan være sammenhængende uddannelsesforløb, hvorved læger får længerevarende ansættelser i samme geografiske område. Ved at tilbyde længerevarende ansættelser kan man gøre det mere attraktivt for yngre læger at vælge en karriere i disse områder, da de får mulighed for at opbygge et solidt fagligt og socialt netværk. Dette er særligt vigtigt i den livsfase, hvor mange læger gennemgår uddannelsesforløb og samtidig stifter familie. Der er indført en permanent lovgivningsmæssig adgang til, at De Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse kan opslå sammenhængende introduktions- og hoveduddannelsesforløb i områder og specialer med lægedækningsudfordringer. Det er også muligt at få dispensation fra Sundhedsstyrelsen til at inkludere den kliniske basisuddannelse i et sammenhængende uddannelsesforløb. Der bør også indføres permanent lovgivningsmæssig adgang til det i områder og specialer med lægedækningsudfordringer.

Et andet redskab er mere håndholdt at tilrettelægge og markedsføre de uddannelsesforløb, som er vanskelige at få besat. Det kan bl.a. indebære, at forløbene i højere grad sammensættes og tilpasses i dialog med interesserede læger.³ Regler og rammer skal understøtte og muliggøre, at videreuddannelsesregionerne kan tilbyde sådanne mere individuelt tilrettede uddannelsesforløb.

Et tredje redskab kan være, at der åbnes op for, at der kan oprettes uddannelsesforløb for hold uden for de større byer, så uddannelseslæger har mulighed for at søge uddannelsesstillinger sammen og kan følges ad som hold. Dette kan være med til at styrke rekrutteringen og den efterfølgende tilknytning af uddannelseslæger, fordi det tilgodeser fællesskab og tryk i uddannelsesforløbet.

³ I Region Nordjylland har læger i introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger i almen medicin mulighed for selv at lave aftaler med på forhånd godkendte tutorpraksis omkring gennemførelse af uddannelsesstilling. YL oplever dette som en stor fordel da det giver medbestemmelse i forhold til valg af praksis herunder praksisform, praksisstørrelse, praksisbeliagenhed mv.

Et fjerde tiltag er, at det skal afprøves, at læger under videreuddannelse er tilknyttet samme afdeling og dermed den samme leder hele vejen igennem uddannelsesforløbet, selvom lægen er andre steder end på den konkrete afdeling. Det vil give lægerne en oplevelse af tilknytning, og det vil være den samme leder, man kan gå til hele vejen igennem uddannelsesforløbet.

12. Introduktionsstillinger skal bruges strategisk til at sikre rekruttering til udvalgte specialer og geografiske områder.

Hvis der er et ledigt hoveduddannelsesforløb, skal det være muligt at få en introduktionsstilling i specialet og i samme geografi. Der må ikke være flaskehalse i rekrutteringen af læger til ledige hoveduddannelsesforløb. Det skal desuden tænkes sammen med, at der i højere grad skal arbejdes med sammenhængende uddannelsesforløb. Samtidigt kan det være hensigtsmæssigt at se på antallet af introduktionsstillinger i de mest søgte specialer og geografier.

I dag skal der kun én introstilling til i samme speciale for at kunne søge om en hoveduddannelse, men der er praksis for, at uddannelseslæger har flere introstillinger i samme speciale eller inden for den intern medicinske blok. Dette er ikke tanken bag introduktionsstillinger.

Fremadrettet må læger kun have én introduktionsstilling i samme speciale og to introstillinger inden for den intern medicinske blok. Det skal bl.a. ske via ansættelsesprocedurerne. Samtidig skal fordelingen af introduktionsstillinger bruges strategisk til at sikre rekruttering til udvalgte specialer og geografiske områder.

13. Udbygget samarbejde mellem regionerne og kommunerne om tiltrækning og bosætning med henblik på at rekruttere læger til geografiske yderområder

Når de regionale arbejdsgivere skal motivere lægestuderende og allerede uddannede læger til at søge stillinger væk fra den oprindelige bopæl vejer ægtefælles arbejde og børns skoler ofte tungt. Regionerne vil derfor udbygge og igangsætte et mere målrettet samarbejde med kommunerne om at minimere de ulemper, der kan være forbundet med at flytte bopæl. Dette kan være relevant for såvel hospitalslæger som almen praktiserende læger.

14. Lønmidler skal prioriteres til fx uddannelseslæger og speciallæger i områder med svag lægedækning

For at motivere såvel uddannelseslæger som speciallæger til at søge mod lægedækningsudfordrede områder er løn og ansættelsesvilkår et stærkt incitamentsinstrument. Det er allerede muligt i dag at forhandle lønforbedringer i form af såvel varige som engangstillæg i form af fx rekrutteringstillæg og fastholdelsestillæg.

En del af de centrale lønmidler på lægeområdet bør i højere grad være medvirkende til at løse udfordringer med lægedækning, og derfor bør der ske en prioritering af lønmidlerne.

15. Særlige tiltag for læger, som ønsker af bidrage i områder med svag lægedækning uden at skifte bopæl

Mange læger er bosat tæt på de største byer, og lange transporttider til områder med lav lægedækning kan være en udfordring. For at sikre, at der kan tiltrækkes tilstrækkeligt med læger, er det vigtigt også at arbejde på modeller, som kan motivere læger til at arbejde langt væk fra bopælen. En model kan være, at der i relevante områder ydes tilskud til transportordninger, eller at der tilrettelægges transport, hvor der er en indbygget arbejdsplads til den almen medicinske læge eller den yngre læge, så lægen kan bruge transporttiden på at arbejde. En anden model kan være arbejdstilrettelæggelse, som sikrer mulighed for hjemmearbejde, mindre fremmødehyppighed mv.

Nogle af tiltagene kan også være relevante for uddannelseslæger og være et incitament for at vælge uddannelsesstillinger i det almen medicinske tilbud i områder med svag lægedækning.

16. Etablering af forskningsklinikker og almen medicinske laboratorier

For at understøtte dannelsen af faglige miljøer skal der etableres klinikker, der har fokus på udvikling af det almen medicinske tilbud i områder med svag lægedækning. Det kan enten være i form af forskningsklinikker i almen medicin, hvor lægerne både bedriver forskning og har tilmeldte patienter. Det kan også være i form af klinikker, som afprøver konkrete tiltag og nye metoder i patientbehandlingen. Disse klinikker skal have fokus på implementering af viden og konkret praksisnær afprøvning af relevante indsatser, fx telemedicinske ydelser og klinisk ultralyd. Klinikkerne kan eventuelt etableres som et samarbejde mellem flere praktiserende læger og/eller i samarbejde med licens- og regionsklinikker.

Uddannelseslæger med speciale i almen medicin kan med fordel tilknyttes klinikkerne, så uddannelseslægerne i lægedækningstruede områder på den måde får mulighed for øget supervision fra erfarne læger og forskningserfaring, samtidig med at de får et netværk i lokalområdet.

17. Brug af ny teknologi bør starte i områder med svag lægedækning

For mange læger er det fagligt interessant at være med til at afprøve nye teknologier eller nye behandlingsmetoder. I almen praksis har der typisk været afsat centrale midler til at gennemføre projekter/forskning, før noget nyt implementeres på landsplan.

Senest har Danske Regioner sammen med PLO igangsat et forskningsprojekt vedrørende klinisk ultralyd i almen praksis. Anvendelse af ultralyd kan bidrage til en hurtigere diagnostik og dermed en hurtigere patientbehandling eller afklaring. Der har været stor interesse fra de praktiserende læger.

Nye tiltag bør i højere grad afprøves i områder med svag lægedækning. Samtidigt bør der arbejdes for at styrke brugen af virtuel supervision for at understøtte uddannelseskapaaciteten i de områder, hvor der mangler. Det kræver, at lægerne støttes i det, og at der opbygges miljøer til at kunne håndtere arbejdet.

18. Håndholdt rekruttering og praktisk bistand til en god start på klinikdriften

Der er gode erfaringer med at fokusere indsatser i bestemte områder, hvor læger rekrutteres gennem målrettede formidlingsindsatser og i et tæt samarbejde mellem kommune, region og PLO. Forskellige håndholdte indsatser virker. Det gælder også i forhold til at give læger en god start på klinikdriften.

Det kan fx være:

- Sommerpraktik for medicinstuderende i områder med svag lægedækning
- Åbent-hus-arrangementer for nyuddannede almen medicinere med information og sparring
- Matchmaking og aktiv håndholdt kontakt til nyuddannede almen medicinske læger
- Via hjemmesider og sociale medier række ud til almen medicinske læger og informere om ledige stilling og kapaciteter.
- Seminarer om at drive praksis for nynedsatte læger eller læger, som overvejer at købe praksis
- Kontaktperson i regionen, som en læge kan henvende sig til
- Etablering af faglige netværk og fællesskaber
- Målrettet indsats for at understøtte nye læger i den daglige drift og afdække og afhjælpe udfordringer
- Hjælp til at etablere DGE-grupper, dvs. grupper der arbejder med efteruddannelse.
- Tilbud om praksisbesøg
- Hjælp til ledelsesrollen
- Faglig støtte til nynedsatte læger i det første år, hvor den praktiserende læge skal lære patienterne at kende. Det kan fx undersøges, om der er grundlag for tilskud til en vikar, hvis der er brug for en medicinsk gennemgang af en stor andel af patienterne.

19. Seniorordninger skal sikre, at ældre almen medicinske læger bliver et par år til

Det er vigtigt at have fokus på fastholdelse af ældre læger i områder med svag lægedækning i de kommende år. Forbedrede seniorordninger kan skabe incitament for læger tæt på pensionsalderen til at fortsætte med at praktisere et par år mere. Seniorordninger kan bestå af forskellige elementer. Et element kunne fx være muligheden for et tillæg til ansættelse af ekstra personale. Mange ældre praktiserende læger trækker et tungt læs i områder med svag lægedækning, idet de har påtaget sig flere patienter, end de måske i udgangspunktet har ønsket, ud fra et solidarisk hensyn om at skabe lægedækning i området. Hvor det er muligt, bør der ses på, hvorvidt patienter kan omfordes til andre klinikker eller regionsklinikker, så lægen kan komme ned i patienttal, hvis det ønskes. Der kan eventuelt samtidigt kompenseres helt eller delvist for indtægtstab.

Ligeledes kan der arbejdes mere aktivt med særlige fastholdelsestiltag/seniortiltag for hospitalslæger i områder med svag lægedækning.

20. Gode rammer for generationsskifte i almen praksis

Gode rammer for generationsskifte kan aflaste læger, som ønsker at afhænde deres praksis. Det kan understøtte en god overgang, når det er tid for lægen til at trække sig tilbage og sikre, at yngre kræfter kommer i spil. Gode rammer kan fx være rådgivning ved salg i samarbejde med PLO, ligesom det kan være ved at understøtte indgåelsen af generationsskifteaftaler, hvor to læger – den til- og afgående – kan arbejde i praksis på samme tid i en periode.

21. Hjælp til praktiserende læger med at finde egnede kliniklokaler

En af de største udfordringer for læger, der ønsker at etablere sig eller udvide deres praksis, er at finde egnede kliniklokaler. Økonomisk eller administrativ støtte til lægerne kan gøre en væsentlig forskel for lægedækningen. Det kan fx være rådgivning til lægerne om indgåelse af lejekontrakter, indretning og ombygning. Det kan også være, at der arbejdes mere målrettet med at udbyde 0-ydernetumre i indflytningsklare og handicapegnede kliniklokaler bundet til bestemte matrikler, som kan udlejes til lægerne. Lokalerne kan enten være ejet af regionen eller være privatejede lejemål. Et andet element, der kan virke aflastende for praksis, er fysisk nærhed til de nye sundheds- og omsorgsplader. Det kan fx være, at lægeklinikker etableres på samme adresse og derved potentielt kan forbedre samarbejde med personalet på sundheds- og omsorgspladserne. Det er vigtigt, at lægerne, som skal arbejde i lokalerne, inddrages tidligt.

22. "Social prescribing" skal aflaste den almen medicinske læge

Den engelske betegnelse 'social prescribing' beskriver, at en sundhedsprofessionel henviser borgere og patienter til lokalt forankrede aktivitets- og kulturtilbud og det foreningsliv, som vi står stærkt på i Danmark. På dansk bruges betegnelsen sociale henvisninger eller fællesskabshenvisninger.

I Danmark er døren åben til egen læge – på godt og ondt. Det kan i nogle områder betyde, at praktiserende læger møder patienter, hvor sociale problemer vejer tungere end de helbredsmæssige. I disse situationer kan lægen have gavn af at blive aflastet gennem en række systematiserede henvisningsmuligheder, som er nemme for lægen at tilgå. Det kan også være gennem et konkret samarbejde med en socialrådgiver, som stilles til rådighed efter aftale med kommunen, og som kan håndtere patientens sociale problemer. Dette kan medvirke til at gøre det mere attraktivt at være praktiserende læge i sårbare områder, og den enkelte læge vil få mere tid til at passe patienter med somatiske lidelser. Ordningen er etableret i Københavns Kommune og er netop udvidet. Derudover er der tiltag på vej i andre dele af landet.

23. Fortsat fokus på intern organisering og uddelegering til personale i det almen medicinske tilbud

Efterspørgslen efter almen medicinske læger bliver kun større i fremtiden i takt med at befolkningen bliver ældre. Antallet af almen medicinske læger øges de kommende år, men der er fortsat behov for at fokusere på at få andet personale i spil for at aflaste lægen og sikre, at patienten får den tid, der er brug for. Antallet af sygeplejersker er de seneste år øget i almen praksis, men der er brug for at se på, hvordan man også kan øge beskæftigelsen blandt fx farmaceuter, psykologer og fysioterapeuter, som alle kan spille en rolle i forhold til diagnostik og behandling af patienterne. I områder med svag lægedækning er der typisk også en dårlig dækning af praktiserende speciallæger, og det vil kunne aflaste de almen medicinske speciallæger, hvis der tænkes i løsninger med udskudte funktioner af fx gynækologer og hudlæger eller andre typer af speciallæger.

24. Forskellige klinikformer for at tiltrække læger med forskellige ønsker

De fleste speciallæger i almen medicin har et ønske om at købe praksis, men ifølge en undersøgelse fra VIVE (2023) er det ikke den eneste attraktive karrierevej for almen medicinere. Nogle nyuddannede almen medicinere har ikke lyst til at begynde karrieren som praktiserende læge ved at købe egen klinik fra starten. Derfor kan det være fremmede for rekrutteringen af almen medicinske læger, at der er flere muligheder for ansættelse.

Med den nye lovgivning kan regioner etablere regionstilbud permanent og uden bindinger i forhold til geografi. Det betyder, at der kan etableres klinikker, hvor regionen kan opbygge gode behandlingstilbud og attraktive arbejdspladser for nogle læger. ’

25. Datagrundlaget og ledelsesinformationerne skal styrkes, så regionerne, videreuddannelsesregionerne og Sundhedsstyrelsen kan anvende data strategisk i dimensioneringen og følge udviklingen

Sundhedsstyrelsen offentliggør en oversigt over opslåede og besatte introduktions- og hoveduddannelsesforløb med udgangspunkt i dimensioneringsplanen. Her fremgår det, hvor stor en andel af de opslåede forløb i de enkelte specialer, der er blevet besat i hver af de tre videreuddannelsesregioner.

Der er dog begrænsede muligheder for på nationalt niveau at følge den faktiske udmøntning af dimensioneringsplanen på et mere detaljeret niveau, fx for den enkelte region. Det gælder særligt for hoveduddannelsesforløb, som ofte går på tværs af regionsgrænser inden for videreuddannelsesregionerne. Det betyder, at lave besættelsesgrader uden for de største byer bliver udjævnet af høje besættelsesgrader i de største byer, og at lokale rekrutteringsudfordringer ikke synliggøres.

Der er behov for, at ledelsesinformation og data understøtter en overordnet strategisk fordeling, placering og sammensætning af uddannelsesforløb, så det fremmer langsigtet rekruttering af speciallæger, hvor behovene er størst. Samtidig er der behov for at sikre et dataoverblik, der gør det muligt at følge målene fra sundhedsreformen.

Arumqui ne sunt maio te modita quo doloriae magnam ad evendem hitibus apicidunt, sed qui officiam quam, eium si asinvelit voluptis veliquid quisque voluptate maximin rerumque laborem quatquia que nonectest eicitiusdae aut idem sinum hillandae nonem quis aut lat lautenis reri ab id utem experio eos mo con prente derit por acepere magnat alitas doluptatqui sint.

Ximporum fugia dus voluptate que sapedia musamuscides secaeperum verum volor ab inveles equam, occum, culparc hiliquidem dolestem nonse id et od mollum voluptio. Cea dit acestor a veliqui dolore et qui consed electiunt utatem quibus eaque et omniaerum que nonsequos volut earuptam simporporupta corecum faccum comnisc idelit fugit, officatus volendantin nes et laute sae voluptatibea que aut unt volent dolecta volupta coritate preiumqui que cusam, coratemquis simolliciam lit fugit ad que am audi sit iliti incientotam, oditas pa nonse molor autestiaecto quist earunti sinumendae volor simodis ati occupata dolorepere ea dendi nobit molluptate nonecessum que ditis nonsequas estio id esequisque et quibus et alibusd aepernatus volupta esecat evendic tem accaest, est, eossund ernessi dicaborera sit venis nonsend icipitiatio totat ut facium asitior empello ruptatin pra sunt eic torerio. Quide volorianis dessinvendam harcillique net, con con planturio est audantus doluptat quat.