



Veje til bedre lægedækning.¹

Dette notat indeholder 12 forslag til, hvordan vi ved ændret organisering samt rekruttering-, tilknytnings- og fastholdelsesinitiativer for speciallæger og læger under videreuddannelse kan skabe bedre geografisk lægedækning.

Formålet er at sikre et tilstrækkeligt antal alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og speciallæger på sygehusene, så populationen kan tilbydes udredning og behandling af høj kvalitet, og at der er kapacitet til uddannelse og forskning i hele landet.

Forslagene kan suppleres med her-og-nu-løsninger som fx pendlerbusser, partnerskaber mellem sygehuse om speciallægedækning fra sygehuse i større byer til sygehuse, hvor der mangler læger, løn under transport og økonomiske incitamenter mv.

Forslagene er ikke økonomineutrale. Der skal derfor afsættes midler fx i en pulje til initiativer for bedre lægedækning, som kan ansøges af regionerne. Midlerne kan bl.a. gå til initiativer, der skal sikre mere uddannelseskapaletet fx tilknytning af erfarne læger, der ellers ville gå på pension, men som kan bidrage til uddannelse af flere speciallæger mv.²

1. STÆRKE FAGLIGE MILJØER OG GODE UDDANNELSESMILJØER

Bedre lægedækning forudsætter stærke faglige miljøer og gode uddannelsesmiljøer. Det forudsætter, at der er speciallæger i nødvendigt og tilstrækkeligt omfang, dér hvor der uddannes læger. Fagligt stærke miljøer handler derfor ikke om den enkelte medarbejders kompetencer. Det handler om, hvorvidt der er ressourcer og speciallæger nok til at løse opgaverne, herunder patientbehandling, uddannelse, samarbejde med andre sektorer, forskning mv. Det gælder alle sygehuse, og det gælder i praksissektoren, hvor netværk mellem alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger i lokalområdet kan være med til at understøtte, hvad der kan foregå nært. En øget kapacitet af speciallægepraksis i hele landet (flere ydernumre) vil kunne skabe et bedre netværk af speciallægepraksis, som igen vil kunne understøtte det faglige miljø i et geografisk område.

Nogle steder er de faglige miljøer under pres. Både fordi der er få praktiserende læger, praktiserende speciallæger og/eller speciallæger på sygehusene, og fordi fødekæden med videreuddannelse af læger, der senere ansættes som speciallæger på et sygehus, ikke er etableret i tilstrækkelig grad. Mønstret gentager sig selv som en negativ spiral med for få speciallæger og mangel på uddannelseskapaletet. For at den negative spiral vendes til en positiv, er der behov for flere erfarne speciallæger, som kan booste de faglige miljøer, der hvor de er udfordrede.

¹ Det er en grundlæggende forudsætning for bedre lægedækning, at der uddannes flere speciallæger. Det betyder, at udbuddet af introduktions- og hoveduddannelsesstillinger skal modsvare antallet af kandidater fra medicinstudiet. Det skal den kommende dimensioneringsplan afspejle.

² Nogle af forslagene vil skulle konkretiseres og udmøntes i aftaler mellem Danske Regioner og den relevante forhandlingsberettigede organisation på vegne af lægerne.



Sygehuse: Partnerskaber om uddannelse af læger

Der kan oprettes partnerskaber om uddannelse af læger på tværs af sygehuse, hvor det er muligt at rekruttere erfarne speciallæger fra sygehuse med fagligt stærke miljøer eller lave samarbejdsaftaler med pågældende sygehuse, til sygehuse hvor der er behov for at styrke de faglige miljøer. Uddannelseskapaleten skal følge de erfarne speciallæger, så alle læger sikres uddannelse af høj faglig kvalitet, nødvendig supervision mv.

Tiltaget understøtter rekruttering og tilknytning af læger på sygehuse, hvor der er udfordringer med rekruttering og tilknytning af læger. Samtidig understøtter tiltaget opbygning af fagligt stærke miljøer. Tiltaget kan ses i sammenhæng med tilknytning af erfarne speciallæger, der ellers ville være gået på pension.

En måde at sikre fagligt stærke miljøer på alle sygehuse på kort sigt kan være at indgå partnerskabsaftaler, hvor sygehuse eller afdelinger får et fælles ansvar for opgaverne på tværs af flere matrikler. Kernen i partnerskabsaftaler bør være et fælles populationsansvar for de patienter og opgaver, de pågældende afdelinger tilsammen har ansvar for. Det betyder, at afdelingerne sammen vurderer, hvad opgaverne er, og hvordan de bedst løses i fællesskab.

Almen praksis: Styrk tutorlægefunktionen og de almen medicinske uddannelseskoordinatorer

I takt med at der uddannes flere almen medicinske speciallæger bør tutorlægefunktionen og de almen medicinske uddannelseskoordinatorer styrkes for at sikre et godt uddannelsesstilbud. I en del lægedækningstruede områder er arbejdsbelastningen for de praktiserende læger så høj, at tutorfunktionen risikerer at lide derunder. Derfor er det vigtigt, at der er fokus på, at tutorlægerne skal have kapacitet til at give uddannelseslægerne en god supervision og støtte i disses daglige uddannelse.

2. MULIGHED FOR GEOGRAFISK AFGRÆNSEDE UDDANNELSESFORLØB

De enkelte hoveduddannelsesforløb skal sammensættes ud fra ikke alene faglige principper men også efter geografiske principper, der giver mulighed for at tilbyde læger et uddannelsesforløb inden for et mere geografisk afgrænset område. Det vil for nogle læger være nemmere at forene med familie- og privatliv, hvis forløb fx samles perifert over kortere afstande end pendling på tværs af regionsgrænser.

På den måde skal der gøres mere brug af håndholdte løsninger for læger, som påtænker at videreuddanne sig og/eller planlægger at nedsætte sig som praktiserende læge eller arbejde på sygehus i områder, hvor der er udfordringer med rekruttering af læger.

Uddannelsesforløb, der er mere geografisk afgrænsede, må ikke betyde forringelser i kvaliteten af den lægelige videreuddannelse, dvs. hvor forløbet pga. specialeplanen betinger ansættelse på mere spredt geografi, kan dette ikke fraviges.

Undtagelsen kan eventuelt alene gælde områder eller specialer, hvor der er udfordringer med rekruttering og tilknytning af læger og/eller inden for specialer, hvor det særligt er relevant med kendskab til lokale samarbejdsforhold omkring sygehuset til praksissektor og kommune (almen medicin).

Forslaget kan indebære, at reglen om, at hoveduddannelsen skal indeholde ansættelse på mindst to ansættelsessteder inden for specialet af mindst 12 måneders varighed (jf. BEK nr. 96), undtages. Det



betyder, at tiltaget eventuelt kræver ændring i BEK nr. 96 om uddannelse af speciallæger. Det bemærkes, at denne regel ikke gælder almen medicin.

3. FLERE SAMMENHÆNGENDE UDDANNELSEFORLØB

Der kan i større udstrækning tilbydes sammenhængende uddannelsesforløb, der kobler forskellige dele af den lægelige videreuddannelse i et samlet forløb. Det kan fx være, at lægen ansættes i et forløb, der både indeholder KBU, introduktionsuddannelse og hoveduddannelse, forløb der indeholder KBU og introduktionsuddannelse, eller forløb der indeholder introduktionsuddannelse og hoveduddannelse.

De enkelte uddannelseselementer skal fortsat stadig gennemføres iht. gældende uddannelseskrav og formelt godkendes for sig, men opfyldes dette, har lægen automatisk adgang til næste uddannelsesdel/-stilling.

Sammenhængende uddannelsesforløb kan tilbydes i områder og i specialer, hvor der er udfordringer med at rekruttere og tilknytte læger. Videreuddannelsesregion Nord har på forsøgsbasis tilbudt sammenhængende uddannelsesforløb i almen medicin. Op til fem læger har hvert år taget imod tilbuddet i den tid, som ordningen har været etableret.

Tiltaget kan tilføjes som en ændring til BEK nr. 96 om uddannelse af speciallæger.

4. NY TILGANG TIL REKRUTTERING OG TILKNYTNING AF UDDANNELSESLÆGER

KBU-læger tilbydes ansættelse på alle landets sygehuse efter lodtrækning. I overgangen mellem KBU-forløb og introduktionsuddannelse, er der potentiale for at tilknytte lægerne til det sygehus, hvor de er i KBU-forløb. Også i overgangen fra introduktionsuddannelse til hoveduddannelse og fra afsluttet hoveduddannelse til fastansættelse som speciallæge er der potentiale for tilknytning af læger på sygehusene.

I forbindelse med ansættelse i introduktionsstilling, som er en lokal proces (undtagen for almen medicin), skal den ansættende afdeling i højere grad nuancere tilgangen til ansættelse af den enkelte læge og indgå i forhandlinger med lægen om ansættelsesvilkår.

I forbindelse med ansættelse i hoveduddannelsesstillinger, hvor uddannelsesregionernes ansættelsesudvalg beslutter, hvem der tilbydes ansættelse, skal der efterfølgende være en lokal dialog mellem første uddannelsessted og lægen om vilkår.

I forbindelse med opslag af hoveduddannelsesforløb, der har vist sig at være særligt svære eller umulige at besætte, skal der i langt større udstrækning gøres brug af konkret dialog mellem arbejdsgiver og ansøgere af hoveduddannelsesforløb om vilkår for ansættelse. Dette gælder også for almen medicin. Det kræver et formaliseret samarbejde mellem den enkelte region og Yngre Læger om at tilpasse fx forløb, arbejdstid, lønvilkår og arbejdsform til de konkrete ansøgere og dermed at gøre lige præcis disse forløb så attraktive og individuelt tilpassede, så de bliver besat.

5. UDDANNELSESLÆGER SOM HOLD EVT. I FÆLLES BOLIGER

For at styrke rekrutteringen af læger, der efter endt KBU kunne motiveres for at blive i områder uden for de større byer, kan der åbnes mulighed for, at flere medicinstuderende kan trække KBU-



nummer sammen og vælge KBU-forløb uden for de større byer som et hold. På samme måde kan der forsøgsvis oprettes introforløb for hold, hvor uddannelseslæger, der kender hinanden, kan søge uddannelsesstillinger sammen. På den måde kan de unge læger bevare deres netværk og dele oplevelser med gode kollegaer i samme situation.

For at styrke både rekruttering og efterfølgende tilknytning af uddannelseslæger kan der tilbydes boliger, hvor lægerne kan bo sammen eller tæt på hinanden.

For at styrke rekrutteringen af KBU-læger skal sygehusene/regionerne og almen praksis allerede under universitetsuddannelsen tilbyde "uddannelsesdage", hvor de enkelte uddannelsessteder fortæller om fordelene ved netop dette uddannelsessted, hvad der kan tilbydes, værdier mv.

6. ATTRAKTIVE INTRO- OG HOVEDUDDANNELSESFORLØB

Der kan sættes ekstra fokus på fagligt attraktivt forløb for introstillinger og hoveduddannelsesforløb i de lægedækningstruede områder. Nogle unge læger har ønske om uddannelsesforløb, som fx kunne bestå af fire dage om ugen i en almen praksis og en ugentlig arbejdsdag til forskning eller en særlig fordeling af arbejdstimer, der nemmere får familielivet til at hænge sammen for den pågældende læge.

7. FLYTNING AF HOVEDUDDANNELSESFORLØB TIL LÆGEDÆKNINGSTRUEDE OMRÅDER

Der skal i højere grad gøres brug af muligheden for, at læger, der ønsker at flytte til områder, hvor der er mangel på læger, kan flytte deres hoveduddannelsesforløb undervejs i forløbet. Muligheden findes allerede i dag, men regionerne kan i større udstrækning gøre brug af den mulighed i dialog med lægerne. Hvis en læge ønsker at flytte til et lægedækningstruet område, bør der straks tilbydes støtte og et håndholdt forløb.

8. STØTTE TIL LÆGER DER VIL FLYTTE TIL LÆGEDÆKNINGSTRUEDE OMRÅDER

Der kan i større udstrækning tilbydes støtte til læger, der gerne vil flytte for at arbejde i lægedækningstruede områder. Det kan være i form af en tilflytterkonsulent, der hjælper med institutionsplads og job til ægtefælle. Der kan også være tale om tilbud om (midlertidig) lægebolig eller hjælp til bosætning. Samtidig skal de nye tilflyttere bydes inden for i lokale sociale fællesskaber, så det alt i alt gøres attraktivt at flytte til en egn, slå sig ned og drive praksis eller arbejde på det lokale sygehus.

9. ANSÆT GRUPPER AF ALMENMEDICINSKE SPECIALLÆGER I LÆGEDÆKNINGSTRUEDE OMRÅDER

Nye almenmedicinske speciallæger til lægedækningstruede områder kan ansættes som en gruppe af speciallæger, der sammen løfter lægedækningen i et geografisk afgrænset område. De nye almenmedicinske speciallæger skal understøttes gennem formaliserede samarbejder med andre faglige miljøer i området fx andre praktiserende læger og med stærk understøttelse fra sygehus og kommune. Ansættelse kan fx være i regionalt etablerede licensklinikker, som giver mulighed for, at lægerne siden kan nedsætte sig som praktiserende læger i det område og med den patientpopulation, som de allerede kender.



10. SPECIALLÆGEPRAKSIS KAN BIDRAGE TIL BEDRE LÆGEDÆKNING

Speciallægepraksis kan placeres lokalt, hvor der er langt til det nærmeste sygehus. Det er med til at styrke lægedækningen i lægedækningstruede områder. Region Sjælland har det seneste år opslået omkring fem nye ydernumre i særligt den sydlige del af regionen, der alle er blevet besat.

Uddannelsesophold i speciallægepraksis som et led i hoveduddannelsen kan medvirke til at styrke både fagligheden og lægedækningen i lægedækningstruede områder. Læger i uddannelsesforløb vil under ophold i speciallægepraksis her og nu være med til at styrke lægedækningen lokalt og samtidig være med til at styrke den langsigtede rekruttering både til sygehus og almen praksis. Et uddannelsesophold i speciallægepraksis kan eventuelt tænkes sammen med et geografisk afgrænset uddannelsesforløb.

11. FASTHOLDELSE OG TILKNYTNING AF LÆGER PÅ VEJ PÅ PENSION

Det skal gøres attraktivt for de ældre læger at blive nogle ekstra år på arbejdsmarkedet. Det kan ske gennem seniorordninger fx med mulighed for reduceret arbejdstid. Når det gælder de praktiserende læger, kunne håndholdte løsninger til aflastning i praksis være en mulighed. Det kan fx være nedsat arbejdsbelastning i form af færre patienter.

Derudover kan erfarne læger nær pensionsalderen medvirke til at sikre bedre kapacitet både på sygehus og i praksis. Fx i forbindelse med supervision af uddannelseslæger og som uddannelsesansvarlige overlæger på sygehuse. Slagelse Sygehus har fx med succes ansat en uddannelsesansvarlig overlæge i almen medicin til at skabe bedre uddannelsesforløb for HU-læger i almen medicin, når de er på sygehuset. Hvor der blev besat tre HU-forløb ud af 16 stillinger i 2021 og 2022, blev der besat 10 HU-forløb ud af 19 stillinger i 2023, hvor af 2 forløb er deleforløb med Nykøbing Falster Sygehus. På den vis bliver der rekrutteret unge læger både til sygehuset og til almen lægepraksis i regionen.

12. ALLE SYGEHUSE SKAL HAVE SÆRLIGE STYRKEPOSITIONER

Alle sygehuse skal udvikle en særlig profil og være fyrtårnssygehus inden for et udviklingsområde. Det kan fx være inden for innovation, hvor et sygehus specialiserer sig i at udvikle og afprøve teknologiske sundhedsløsninger og behandlingsformer eventuelt i samarbejde med private aktører, der bringer indsatsen tæt på borgerne. Det skal gøre sygehuse uden for de større byer attraktive og medvirke til at øge rekruttering og tilknytning af læger.