

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 occupa 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.