

LÆGEDÆKNING I HELE DANMARK

2. STATUS PÅ LÆGEDÆKNINGSUDVALGETS FORSLAG OG POLITISK AF-TALE OM BEDRE LÆGEDÆKNING

LÆGEDÆKNING I HELE DANMARK

RAPPORT FRA REGERINGENS LÆGEDÆKNINGSUDVALG



JANUAR 2017

Regeringen (Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti)
Socialdemokratiet
Dansk Folkeparti
Enhedslisten
Alternativet
Radikale Venstre
Socialistisk Folkeparti

København, den 9. februar 2017

Politisk aftale om bedre lægedækning

Regeringen (Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti), Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti er enige om at styrke lægedækningen i Danmark. Alle danskere skal have adgang til sundhedsytelser af høj kvalitet, uanset hvor i landet man bor, og uanset hvad man fejler. Det betyder, at der er tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet. Det kan imidlertid konstateres, at der i visse dele af landet er vanskeligheder ved at skaffe læger, bl.a. læger til almen praksis i yderområder og socialt belastede områder og læger til sygehuse uden for de større byer.

Aftaltpartierne er enige om, at almen praksis udgør en central del af sundhedsvæsenet, og at sektoren også fremover skal udvikles og moderniseres som led i en styrkelse af den nære og sammenhængende sundhedsvæsen. En stærk almen praksis med fx øget opgavevaretagelse af bl.a. kroniske patienter og større enheder, herunder med øget brug af andet sundhedsfagligt personale, er således afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen og for borgerens oplevelse af kvalitet, værdi og tryghed.

Aftaltpartierne ønsker grundlæggende at understøtte en stærk almen praksissektor, men finder at der kan være behov for at se på særlige, midlertidige løsninger på grund af lægedækningsproblemerne nogle steder i landet.

Venstre-regeringen nedlægger i januar 2016 et Lægedækningsudvalg, som afleverer rapport til sundhedsministeren i januar 2017. Aftaltpartierne bakker generelt op om udvalgets forslag og understreger, at det er et fælles ansvar for staten, regionerne, kommunerne, lægelige organisationer m.fl. at løfte opgaven med at sikre tilstrækkelig lægedækning i hele landet til gavn for alle danskere.

Aftaltpartierne er enige om at understøtte bedre lægedækning fra centralt hold ved:

- at forlænge den eksisterende frivillige periode, hvor regionerne har mulighed for at drive almen medicinske klinikker, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5, og til sæt 3, i tilfælde af lægedækningsproblemer. Sundhedsministeren vil i efteråret 2017 fremsætte lovforslag herom. Der gennemføres en evaluering af anvendelsen af regionsklinikker inden for tre år efter lovens ikrafttrædelse.
- at åbne mulighed for, at almen praktiserende læger, der ønsker at øje flere yderområder, jf. sundhedslovens § 227, stk. 2, kan købe direkte fra andre praktiserende læger. Sundhedsministeren vil i efteråret 2017 fremsætte lovforslag herom.
- at omprioritere midler i en treårig overgangsperiode til at understøtte en honoraromlægning i almen praksis, der kan sikre bedre lægedækning. Prioriteringen forudsætter, at Praktiserende Lægers Organisation (PLC) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (SLTN) aftaler en model for differentieret basishonorar i de aktuelle overenskomstforholdninger om almen praksis.

marts 2020

Indhold

Kapitel 1: Indledning	3
Kapitel 2: Sammenfatning	6
2.1 Geografisk fordeling af læger	6
2.2 Almen praksis herunder rekruttering.....	7
2.3 Anvendelse af de lægelige ressourcer – sygehuse og speciallæger	9
2.4 Øvrige initiativer fra den politiske aftale	9
Kapitel 3: Læger og speciallæger særligt i almen praksis	11
3.1 Antal læger og speciallæger og det forventede fremtidige antal	11
3.2 Udviklingen i og karakteristika ved almen praksis	12
3.3 Organisering i almen praksis	14
3.4 Patienter tilmeldt regions- og udbudsklinikker	16
3.5 Det fremtidige antal speciallæger i almen medicin	17
Kapitel 4: Status på implementering af initiativer	18
4.1 Lægedækningsudvalgets forslag	18
4.1.1 Forslag vedrørende generel geografisk fordeling af læger	18
4.1.2 Forslag vedrørende almen praksis	27
4.1.3 Forslag vedrørende sygehuse og speciallæger	37
4.2 Den politiske aftale om bedre lægedækning.....	42
Bilag 1 – Kommissorium for Lægedækningsudvalget	46
Bilag 2 – Medlemmer af udvalg ved tidspunktet for afrapportering	48
Bilag 3 – Oversigt over Lægedækningsudvalgets forslag og ansvarligt myndighedsniveau	49
Bilag A - Oversigt over forsøgsordninger med sammenhængende uddannelsesforløb i grund- og videreuddannelsen for læger	53

Kapitel 1: Indledning

God lægedækning i hele Danmark er vigtigt for at sikre et sundhedsvæsen, som kan levere behandling af høj kvalitet til alle danskere, uanset hvad man fejler, og hvor man bor. Vi har i dag mange dygtige læger, som hver dag leverer god behandling af høj kvalitet sammen med deres kollegaer. Og fremskrivninger viser, at vi frem mod 2025 kan forvente ca. 14 pct. flere speciallæger og ca. 49 pct. flere speciallæger frem mod 2040 i forhold til 2018.

Flere steder i Danmark og inden for nogle specialer er der dog udfordringer med at rekruttere de læger, der er behov for. Det gælder blandt andet i almen medicin. 62 pct. af de alment praktiserende læger havde i 2019 lukket for tilgang af nye patienter. Det betyder, at mange danskere kan have svært ved at finde en læge, der modtager nye patienter, hvis de flytter, eller hvis de af andre årsager ønsker at skifte læge. Almen praksis har en central rolle i vores sundhedsvæsen som primær indgang til sundhedsvæsenet for langt størstedelen af alle danskere. I takt med at sygdomsmønstret i befolkningen ændres, og der bliver flere kronikere og multisyge, er der behov for at udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen i almen praksis og kommunerne. Derfor er det centralt at have fokus på at styrke lægedækningen i almen praksis.

Almen praksis er dog ikke eneste område med udfordringer. En række andre specialer som eksempelvis psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri, neurologi, radiologi, lungemedicin, geriatri og reumatologi oplever også udfordringer. Det ses bl.a. ved, at det kan være svært at besætte uddannelsesforløb i specialerne. Speciallæger på alle specialeområder – uanset størrelse – er centralt for at sikre, at sundhedsvæsenet kan levere den rette behandling til borgerne – også i takt med et ændret sygdomsbillede i befolkningen.

Det er en vigtig prioritet for regeringen at sikre god lægedækning i hele Danmark. Alle danskere skal have adgang til en alment praktiserende læge tæt på deres bopæl og kunne modtage behandling fra de rette speciallæger på sygehuse og hos praktiserende speciallæger.

Regeringen har derfor allerede taget en række initiativer, som skal bidrage til at imødegå udfordringerne med lægedækning. I aftalen om regionernes økonomi for 2020 har regeringen aftalt med Danske Regioner, at der oprettes 100 ekstra hoveduddannelsesforløb i almen medicin i 2020 og 2021 fordelt på 50 forløb i hvert af de to år. Derudover har ministeret bakket op om den rekrutteringskampagne, som Danske Regioner og PLO (Praktiserende Lægers Organisation) sammen igangsatte i oktober 2019 for at rekruttere flere læger til almen praksis. Regeringen har også den 28. februar 2020 fremsat et lovforslag, der lovfæster og præciserer arbejdsgiverens ansvar for at sikre de nødvendige sproglige kompetencer hos udenlandsk sundhedspersonale.

At skabe en bedre lægedækning i Danmark er en opgave, som skal løses i fællesskab. Det er centralt, at der samarbejdes politisk og på tværs af alle niveauer i det danske sundhedsvæsen om at finde og implementere de bedste løsninger for at styrke lægedækningen.

I februar 2017 indgik alle Folketingets partier en bred politisk aftale om bedre lægedækning på baggrund af Lægedækningsudvalgets anbefalinger. Lægedækningsudvalget blev nedsat af den daværende Venstre-regering og bestod af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Lægeforeningen, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet (jf. bilag 1 og 2). I januar 2017 præsenterede udvalget rapporten "Lægedækning i hele Danmark", hvor der blev fremlagt 18 anbefalinger til at skabe bedre lægedækning i hele Danmark (jf. bilag 3). Anbefalingerne henvendte sig bredt til både staten, regionerne, kommunerne og de lægelige organisationer.

Som opfølgning på Lægedækningsudvalgets anbefalinger blev der i januar 2018 gjort status på implementeringen af Lægedækningsudvalgets forslag og den politiske aftale om bedre lægedækning. Status viste, at de relevante parter aktivt arbejdede med implementeringen af initiativerne herunder, at 5 ud af 18 anbefalinger var fuldt implementeret og 13 anbefalinger var delvist implementeret eller påbegyndt. Det blev i den forbindelse aftalt, at der ultimo 2019 igen skulle gøres status på den videre implementering.

Nærværende anden status viser, at der fortsat arbejdes aktivt med implementeringen og dermed med at forbedre lægedækningen i Danmark. Siden første status er de relevante parter således nået længere med implementeringen af en række af initiativerne, og flere er fuldt implementeret siden første status. Eksempelvis er der:

- Indført en todelt dimensionering af bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin bl.a. med henblik på at begrænse vandring af medicinstuderende fra Vest- til Østdanmark,
- Sundhedsstyrelsen har fået udarbejdet en analyse af fordelingsmodeller for den kliniske basisuddannelse, og
- implementeringen af kvalitetsklynger i almen praksis er gennemført.

For de fleste andre initiativer er der arbejdet videre med implementeringen siden første status. Således er stort set alle initiativer, som ikke er fuldt implementeret, delvist implementeret. Eksempelvis er der:

- Godkendt en række ansøgninger om at oprette sammenhængende uddannelsesforløb,
- igangsat tiltag for sikre bedre koordinering og samarbejde både internt og på tværs af regionerne om lægedækning,
- taget flere initiativer for at give medicinstuderende mulighed for at få klinikophold eller studiejob i almen praksis og
- igangsat initiativer ift. digitalisering og nye teknologier som eksempelvis app'en "Min Læge"

Implementering af et par enkelte anbefalinger er stadig påbegyndt. Derudover er der stadig regionale og lokale variationer i implementeringen af anbefalingerne, hvilket til dels vurderes at skyldes forskellige behov på tværs af landet.

Til trods for det gode arbejde med at forbedre lægedækningen i Danmark over de seneste år, er der fortsat udfordringer med lægedækning. Det kalder på en stadig fælles indsats for at sikre bedre lægedækning i hele landet.

Regeringen vil derfor arbejde videre med konkrete initiativer, der skal sikre en bedre lægedækning både på kort og lang sigt. Blandt andet lægges der op til, at lægedækning skal være en central prioritet i de kommende overenskomstforhandlinger med de alment praktiserende læger. Derudover har Socialdemokratiet foreslået, at der indføres en tjeneste-

pligt for nyuddannede læger i almen praksis. Og i forhold til speciallæger generelt forventes Sundhedsstyrelsen medio 2020 at offentliggøre en ny dimensioneringsplan for uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse. Dette vil bl.a. udgøre afsættet for regeringens arbejde med at sikre bedre lægedækning.

Opbygning af status

Status er udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet på baggrund af bidrag fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Uddannelses- og Forskningsministeriet, regionerne, Danske Regioner, kommunerne via KL og Lægeforeningen.

Denne anden status på Lægedækningsudvalgets anbefalinger er en opfølgning på den første status fra 2018 og har således fokus på den videre implementering af udvalgets forslag. De anbefalinger, som var fuldt implementeret ved første status, er der i mindre grad fokuseret på, medmindre der er sket relevante ændringer. Status er opbygget på følgende vis:

- Kapitel 2 sammenfatter initiativernes implementeringsstatus, herunder geografisk fordeling af speciallæger, rekruttering af alment praktiserende læger, anvendelse af de lægelige ressourcer og øvrige initiativer fra den politiske aftale.
- Kapitel 3 indeholder udvalgte nøgletal for antallet af læger i sundhedsvæsenet og for almen praksis.
- Kapitel 4 gør status på hver af de 18 forslag fra Lægedækningsudvalget og på de særskilte initiativer, der blev igangsat med den politiske aftale om bedre lægedækning.

Som i første status er status for implementeringen af anbefalingerne illustreret med et "implementeringsbarometer". Markøren i implementeringsbarometeret går fra rød, som indikerer, at implementeringen ikke er igangsat, til grøn, der er udtryk for, at initiativet er implementeret i efteråret 2019. Barometeret fra første status fremgår i mindre udgave øverst til højre for implementeringsbarometeret for anden status, medmindre barometeret var placeret i det grønne felt ved første status. Det skal bemærkes, at en række anbefalinger ikke har ændret status i implementeringsbarometeret i forhold til første status til trods for, at der er sket en udvikling. Dette skyldes, at det er svært at sige, hvornår initiativet vil være fuldt implementeret.

Vurderingen af status for hver anbefaling er foretaget på baggrund af parternes bidrag og en konkret vurdering af den beskrevne implementering. Da der indgår flere delforslag i en række initiativer, samt at der er regionale forskelle i initiativernes implementering, skal implementeringsbarometeret ses som udtryk for en samlet vurdering af implementeringen af et givent initiativ.

Kapitel 2: Sammenfatning

Dette kapitel indeholder en sammenfatning af anden status for implementeringen af initiativerne og giver et overblik over den generelle implementeringsstatus og udviklingen siden første status, som kom i januar 2018. Status for de enkelte initiativer fremgår af kapitel 4.

2.1 Geografisk fordeling af læger

Flere af Lægedækningsudvalgets forslag vedrører en styrket indsats i forhold til den geografiske lægedækning, idet udvalget fandt udfordringer i forhold til fordeling af læger i bl.a. yderområder og belastede byområder.

Første status viste, at implementeringen af de 4 forslag, relateret til geografisk fordeling af læger, var påbegyndt. Der var et forslag, som var fuldt implementeret og de resterende initiativer var enten påbegyndt eller delvist implementeret. Siden første status har parterne arbejdet videre med at implementere forslagene. Udvalgte initiativer fremgår af figur 2.1 nedenfor og beskrives nærmere i kapitel 4.

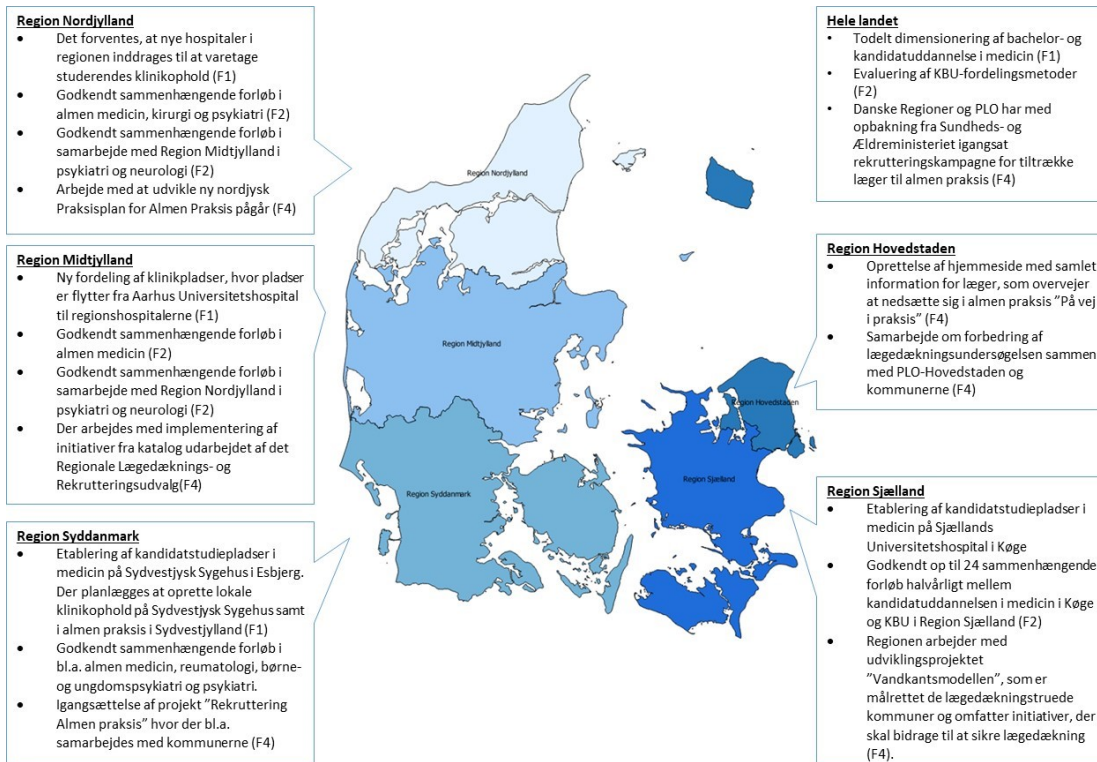
Nogle forslag er siden første status fuldt implementeret. Det gælder ønsket om at begrænse en vandring af medicinstuderende fra Vest- til Østdanmark. Der er fra sommeren 2019 indført en todelt dimensionering af bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin. Desuden er dimensioneringen af bacheloruddannelsen i medicin øget med 266 pladser. Den øgede dimensionering på bacheloruddannelsen har skabt rammerne for etablering af kandidatstudiepladser i medicin på hhv. Sjællands Universitetshospital i Køge i samarbejde med Københavns Universitet og Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg i samarbejde med Syddansk Universitet.

Det gælder også forslaget om, at Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter skulle overveje nye KBU-fordelingsmetoder, hvor også lægedækningsaspektet bør indgå. Sundhedsstyrelsen fik i 2019 udarbejdet en analyse af fordelingsmodeller hos VIVE. Analysen er efterfølgende drøftet i Det National Råd for Lægers Videreuddannelse, som rådgav Sundhedsstyrelsen til ikke at ændre på den nuværende tildelingsmodel. På den baggrund fastholdes den nuværende lodtrækningsmodel for tildeling af forløb i den kliniske basisuddannelse (KBU).

De andre initiativer arbejdes der fortsat med implementeringen af. Det gælder eksempelvis forslaget om etablering af forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb, hvor Sundhedsstyrelsen i alt har modtaget 11 ansøgninger fra de tre videreuddannelsesregioner om etablering af sammenhængende forløb i lægedækningstruede områder og specialer, som både den nuværende sundheds- og ældreminister og den tidligere sundhedsminister har godkendt.

Figur 2.1

Udvalgte initiativer for at skabe bedre geografisk lægedækning



Kilde: Kapitel 4

Der arbejdes også fortsat med forskellige initiativer regionalt og lokalt i forhold til forslag om bedre geografisk spredning af lægestuderendes klinikophold under studiet og decentral placering af en større del af videreuddannelserne. Det gør sig også gældende i forhold til forslag om samarbejde om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer. Her kan eksempelvis nævnes, at Danske Regioner og PLO med opbakning fra Sundheds- og Ældreministeriet har igangsat en kampagne, der skal tiltrække flere medicinstudere og nyuddannede læger til almen praksis.

Samlet set er det gået fremad i forhold til implementeringen af forslagene vedrørende den geografiske fordeling af læger siden første status. Flere af (del)forslagene er nu fuldt implementeret, og der er arbejdet videre med implementering af de andre, således er der regionalt og lokalet igangsat forskellige initiativer. Dog er der også en variation i graden af implementering af de enkelte forslag og på tværs af landet.

2.2 Almen praksis herunder rekruttering

10 af udvalgets anbefalinger fokuserede på, hvordan almen praksis i hele landet kunne styrkes. Det er vigtigt, at der sikres en passende lægedækning i almen praksis i alle dele af landet, da almen praksis har en central rolle i at løfte en række nuværende og fremti-

dige opgaver. Forslagene omfatter både tiltag af organisatorisk karakter, forslag vedrørende arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet, der kan aflaste almen praksis, samt forslag, der kan medvirke til at øge udbuddet af almen medicinere.

Den første status på udvalgets anbefalinger viste, at implementeringen af alle 10 forslag var påbegyndt. Der var 5 forslag, som var fuldt implementeret. Det drejer sig bl.a. om en øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin, mulighed for at drive regionsklinikker i mere end fire år og en række forslag, som blev implementeret med den gældende overenskomst for almen praksis om bl.a. øget mulighed for at ansætte almen medicinere i almen praksis, differentieret basishonorar og den nedre åbnegrænse. Implementeringen af de resterende 5 forslag var påbegyndt eller delvist implementeret.

I første status var forslaget om at øge dimensioneringen af almen praksis relativt inden for den samlede dimensionering fuldt gennemført. Efterfølgende er dimensioneringen øget yderligere. Senest har regeringen aftalt med Danske Regioner i økonomiaftalen for 2020 at hæve dimensioneringen i almen medicin med 100 forløb fordelt på 50 forløb med start i 2020 og 50 forløb med start i 2021. I 2020 er der således 350 hoveduddannelsesforløb i almen medicin.

Regionerne arbejder fortsat med forslaget om at give bedre mulighed for klinikophold eller studiejob i almen praksis for medicinstuderende og har således stadig igangsat initiativer på området. Eksempelvis tilbyder flere regioner sommerskole og praktik i almen praksis. På tværs af regionerne er der dog også nogle forskelle i, hvordan de arbejder med forslaget.

Udvalget foreslog også, at alle læger skal arbejde et halvt år i almen praksis som en del af deres KBU. Ved første status var det besluttet at implementere dette gradvist, således at 90 pct. af forløbene i 2019 skulle indeholde ansættelse i almen praksis. Sundhedsstyrelsens opfølgning på implementeringen viser, at tæt på 90 pct. af KBU-forløbene havde en ansættelse i almen praksis ultimo 2019.

Der er også arbejdet videre med implementering af forslag om udbredelse af klyngeorganisering. En klynge er et fagligt fællesskab af alment praktiserende læger, der mødes og bl.a. arbejder med kvaliteten af behandlingen af deres patienter. Forslaget blev vedtaget med overenskomsten for 2018-2021. Status i 2019 er, at mere end 97 pct. af de praktiserende læger har organiseret sig i klynger, og langt de fleste af klyngerne har været i gang i godt et år. Danske Regioner arbejder også fortsat videre med forslaget om ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger. Danske Regioner og PLO er således i dialog om, hvilke muligheder der er for at ændre rammerne i lægevagten for at aflaste de praktiserende læger.

Implementeringen af forslag om hhv. inddragelse af andre faggrupper i opgaveløsningen i almen praksis og rammedelegation til kommunale sygeplejersker er fortsat påbegyndt, og der arbejdes på implementeringen af disse.

Den samlede vurdering er, at implementering af anbefalinger vedrørende almen praksis fortsat er godt i gang, og der er sket yderligere implementering af initiativer siden første status.

I forbindelse med de igangværende overenskomstforhandlinger med de alment praktiserende læger vil bl.a. lægedækning i almen praksis være et centralt tema.

2.3 Anvendelse af de lægelige ressourcer – sygehuse og speciallæger

Lægedækningsudvalget præsenterede også en række anbefalinger i relation til anvendelsen af lægelige ressourcer på sygehuse og i speciallægepraksis. Det var udvalgets vurdering, at lægedækningsproblemer på sygehusene og i speciallægepraksis overvejende vedrører lokale rekrutteringsudfordringer på nogle af de sygehuse, som er mere decentralt placeret i forhold til universitetsbyerne, men at der er et mere generelt problem inden for det psykiatriske område.

I den første status arbejdede de relevante parter i overvejende grad med og havde igangsat initiativer vedrørende udvalgets forslag. Tre forslag var delvist implementeret og for et forslag var implementeringen påbegyndt.

Siden første status har regionerne fortsat arbejdet med den videre implementering af forslagene. Eksempelvis har Danske Regioner stadig indført et loft over antallet af speciallægestillinger ved universitetshospitalet i København, Aarhus og Odense. Bestyrelsen i Danske Regioner følger løbende udviklingen, og regionerne vurderer, at loftet har haft en effekt. Der er i 2019 lavet mindre ændringer, således at nogle mindre specialer, som udelukkende varetages på universitetshospitalerne, er blevet undtaget fra loftet. Danske Regioner har også fortsat et krav om 5 års anciennitet som speciallæge inden ansættelse i en overlægestilling.

Derudover arbejder regionerne stadig med en række af de igangsatte initiativer i forhold til forslagene om koordinering og samarbejde internt i regionen om lægedækning, anvendelse af lægelige ressourcer, hvor det giver mest værdi samt attraktive arbejdspladser i yderområder gennem fleksible ansættelsesformer. Der er også igangsat nye initiativer for yderligere at implementere forslagene. På tværs af anbefalingerne er der regional og lokal variation i hvilke initiativer, som regionerne arbejder med for at implementere forslagene.

Samlet set går det frem ad med implementeringen af forslagene vedrørende anvendelse af de lægelige ressourcer, og der pågår et arbejde for yderligere implementering af forslagene i regionerne.

2.4 Øvrige initiativer fra den politiske aftale

Med den politiske aftale om bedre lægedækning fra februar 2017 blev der også igangsat en række andre initiativer i relation til lægedækning. Ved første status var implementeringen af disse initiativer påbegyndt, og siden første status har parterne arbejdet videre hermed.

Erfaringer med at drive udbuds- og regionsklinikker

I juni 2018 blev evalueringen af regionernes erfaringer med at drive udbuds- og regionsklinikker offentliggjort. Evalueringen viste, at der i perioden 2012-2019 er sket en støt stigning i antallet af gruppe 1-sikrede patienter, hvis almenmedicinske tilbud blev dækket af enten en regions- eller udbudsklinik. Derudover viste den, at regionerne var tilfredse med

mulighederne for at etablere regions- og udbudsklinikker, men at der også var en række udfordringer forbundet med mulighederne.

Velfærdsteknologier

Digitalisering og nye teknologier som bl.a. telemedicinske løsninger og kunstig intelligens ændrer på rammerne for, hvordan vi tænker sundhedsydelse og giver nye muligheder. Også i forhold til at understøtte bedre lægedækning. Siden første status har Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, KL og Finansministeriet udarbejdet en strategi for digital sundhed. Initiativer i strategien skal skabe et sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk og gøre patienterne mere aktive i deres egen behandlingsforløb bl.a. ved brug af patientrapporterede oplysninger (PRO). Siden første status er der desuden arbejdet videre med udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitoring inden for nye områder. I 2020 udrulles telemedicinsk hjemmemonitoring til KOL patienter, og regeringen har aftalt med Danske Regioner og KL i økonomiaftalerne for 2020 at fortsætte arbejdet med telemedicinsk tilbud til borgere med hjertesvigt. Derudover blev app'en "MinLæge" lanceret i 2019. App'en giver borgere en digital indgang til egen læge, så borgeren eksempelvis kan skrive til lægen og se personlige oplysninger.

Sproglige kompetencer

Flere regioner gør fortsat brug af international rekruttering som et supplement til andre rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer. Det er vigtigt, at patienterne kan forstå lægerne og oplever, at de bliver forstået. Regeringen har den 28. februar 2020 fremsat et lovforslag, der indeholder en lovfæstelse og præcisering af arbejdsgivernes ansvar for at sikre de nødvendige sproglige kompetencer hos udenlandske sundhedspersonale. Formålet hermed er at skabe rammerne for en god kommunikation mellem læge og patient.

Kapitel 3: Læger og speciallæger særligt i almen praksis

Lægedækningsudvalget konkluderede i deres rapport (januar 2017), at der overordnet ikke er et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Deres analyser viste, at antallet af læger og speciallæger havde været stigende i en årrække. Lægedækningsudvalget konstaterede imidlertid, at der er en geografisk, social og speciale-mæssige fordelingsudfordring, som kan gøre det vanskeligt at sikre tilstrækkelig lægedækning i nogle områder af Danmark.

Med henblik på at give et indblik i, hvordan udviklingen i antal læger og speciallæger har været siden og forventes i fremtiden, gennemgås i det følgende udvalgte nøgletal. Der vil særligt være fokus på læger i almen praksis, herunder også organiseringen af almen praksis. Tal for almen praksis er udarbejdet med udgangspunkt i nye nøgletal for almen praksis, som Sundhedsdatastyrelsen offentliggjorde ultimo januar 2020.

Almen praksis spiller en central rolle i det danske sundhedsvæsen. Der er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet, og knap 9 ud af 10 i befolkningen har hvert år kontakt med deres læge i almen praksis.

Almen praksis forventes at have en nøglerolle i fremtidens sundhedsvæsen som et led i opbygningen af et mere patientnært sundhedsvæsen, hvor almen praksis er omdrejningspunktet for behandling og forebyggelse. I dag er der dog en række udfordringer med lægedækning bl.a. i almen praksis.

3.1 Antal læger og speciallæger og det forventede fremtidige antal

Fra 2014 har der både været en stigning i antallet af læger uden speciale og speciallæger, jf. tabel 3.1. Fra 2014 til 2017 er der kommet hhv. 900 flere læger og speciallæger. Således var der samlet 26.000 læger i arbejdsstyrken i 2017.

Frem mod 2040 forventes der yderligere en stigning i antallet af læger på ca. 56 pct. og i antallet af speciallæger på ca. 49 pct. i forhold til antallet af læger i 2018, jf. tabel 3.2. Også på kort sigt frem mod 2025 er der en stigning i antallet af læger og speciallæger på hhv. ca. 17 pct. og ca. 13 pct.

Det indikerer, at der fremadrettet vil være et større udbud af læger i sundhedsvæsenet og dermed mulighed for at rekruttere flere læger.

Tabel 3.1
Antal læger og speciallæger, 2014-2017

	Læger uden speciale	Speciallæger	I alt
2014	9.078	15.130	24.208
2015	9.213	15.500	24.713
2016	9.570	15.728	25.298
2017	9.970	16.038	26.008

Tabel 3.2
Prognose for antal læger og speciallæger, 2018-2040

	Læger	Forskel ift. 2018, pct.	Speciallæger	Forskel ift. 2018, pct.
2018	26.394		16.163	
2020	27.600	4,6	16.796	3,9
2025	30.827	16,8	18.361	13,6
2040	41.070	55,6	24.121	49,2

Anm.: Anmærkning ift. tabel 3.1. Prognosen for antal læger og speciallæger er hovedscenariet i prognosekørslen for det fremtidige udbud af hhv. læger og speciallæger. I prognose inkluderer kategorien læger både læger med og uden speciale. Antallet af læger er afgrænset til læger, der indgår i arbejdsstyrken. Arbejdsstyrken består af personer i beskæftigelse, personer midlertidigt fraværende fra beskæftigelse pga. sygdom, barsel eller børnepasningsorlov samt ledige.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2017, Sundhedsdatastyrelsen og Lægeprognose 2018-2040, Sundhedsstyrelsen

3.2 Udviklingen i og karakteristika ved almen praksis

I 2015 var der omkring 3.500 lægekapaciteter fordelt på ca. 1.920 praksis, jf. tabel 3.3. I 2019 var der omkring det samme antal lægekapaciteter fordelt på ca. 1.750 praksis, dvs. 170 færre praksis.

Faldet i antal praksisser dækker over regionale forskelle. Region Sjælland har haft det mindste fald i forhold til de andre regioner. Idet antallet af kapaciteter i samme periode har ligget nogenlunde stabil, så er lægelige kapaciteter pr. praksis steget i alle regioner. Der viser sig dermed en udvikling i retning af større praksis med flere lægelige kapaciteter pr. praksis.

Tabel 3.3
Antal praksis og lægekapaciteter samt lægekapaciteter pr. praksis, fordelt på regioner, pr. 1. juli 2015 og 2019

	2015			2019		
	Praksis	Kapaciteter	Lægekapaciteter pr. praksis	Praksis	Kapaciteter	Lægekapaciteter pr. praksis
Region Hovedstaden	703	1.059	1,5	622	1.067	1,7
Region Sjælland	271	492	1,8	244	490	2,0
Region Syddanmark	374	786	2,1	358	798	2,2
Region Midtjylland	391	814	2,1	363	816	2,2
Region Nordjylland	178	334	1,9	160	332	2,1
Hele landet	1.917	3.485	1,8	1.747	3.503	2,0

Anm.: Der er afgrænset til praksis med hovedspeciale i almen lægegerning (speciale 80), ydertypen almenlæger (ydertype 05) og mere end 200 tilmeldte patienter. Derudover indgår aktive læger på Christiansø, Femø, Anholt og Endelave med færre end 200 tilmeldte patienter.

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Definition af praksis, kapaciteter og tilmeldte patienter

Antal praksis

Antal praksis angiver antallet af ydernumre. Ydernummeret tildeles af regionen og giver den alment praktiserende læge mulighed for at afregne honorarer med regionen under sygesikringen. En læge kan eje op til seks ydernumre.

De alment praktiserende læger er organiseret i forskellige praksistyper. En praksis kan dække over en solopraksis, delepraksis, kompagniskabspraksis, udbudspraksis og regionsklinik. Dermed kan flere læger

behandle og afregne under samme ydernummer, og et ydernummer kan dække over én eller flere lægekapaciteter. Nogle ydernumre vil dele den samme fysiske adresse. Dette vil fx oftest være tilfældet med solopraksis med samarbejde. Antal praksis er altså ikke en optælling af unikke lokaliteter, hvorfra der drives almen lægegering.

Lægekapacitet (kapacitet)

En lægekapacitet defineres på baggrund af den måde, det opgøres på i yderregisteret, som en administrativ enhed, som anvendes til at regulere udbuddet af almen medicinske ydelser under sygesikringen. Ifølge overenskomsten om almen praksis skal en kapacitet i udgangspunktet kunne varetage ca. 1.600 tilmeldte gruppe 1-sikrede personer. Praksisser med minimum 1.600 tilmeldte patienter (gruppe 1-sikrede personer) pr. lægekapacitet har ret til at lukke for tilgang af nye patienter. Nogle praksisser har dispensation til at lukke ved færre end 1.600 patienter pr. lægekapacitet, og andre praksisser har et ønske om flere end 1.600 patienter pr. lægekapacitet. Der kan være flere læger, som udfylder en lægekapacitet, og der kan være flere lægekapaciteter pr. praksis. En lægekapacitet kan endvidere dække over forskellige organiseringer, og omfanget af praksispersonale ud over lægen/lægerne, som kapaciteten er tilknyttet, kan variere. I opgørelsen indgår fire praksis med nul kapaciteter pr. 1. juli 2019.

Antal tilmeldte patienter

Antal gruppe 1-sikrede personer.

Antallet af lægekapaciteter er dimensioneret efter befolkningsstørrelse. I 2019 var der 1.660 borgere pr. lægekapacitet. Dette tal har ligget nogenlunde stabilt siden 2009, jf. Lægedækningsudvalgets rapport.

Region Nordjylland har med 1.768 patienter pr. lægekapacitet i gennemsnit flest patienter pr. lægekapaciteter i 2019, jf. tabel 3.4. Færrest har Region Syddanmark med ca. 1.530 patienter pr. lægekapacitet. Alle regioner undtagen Region Syddanmark har haft en stigning i antal patienter pr. lægekapacitet fra 2015 til 2019.

På tværs af regioner er der sket et fald i andelen af praksis, som har åben for tilgang. I 2015 havde 51 pct. åbent for tilgang, hvilket var faldet til 37 pct. i 2019. Det dækker over en række regionale forskelle. I fire af regionerne er andelen af praksis med åbent for tilgang faldet. Eksempelvis har Region Hovedstaden haft et fald fra 52 pct. i 2015 til 23 pct. i 2019 og Region Midtjylland et fald fra 58 pct. til 43 pct. I Region Nordjylland er der sket en stigning fra 17 pct. til 24 pct.

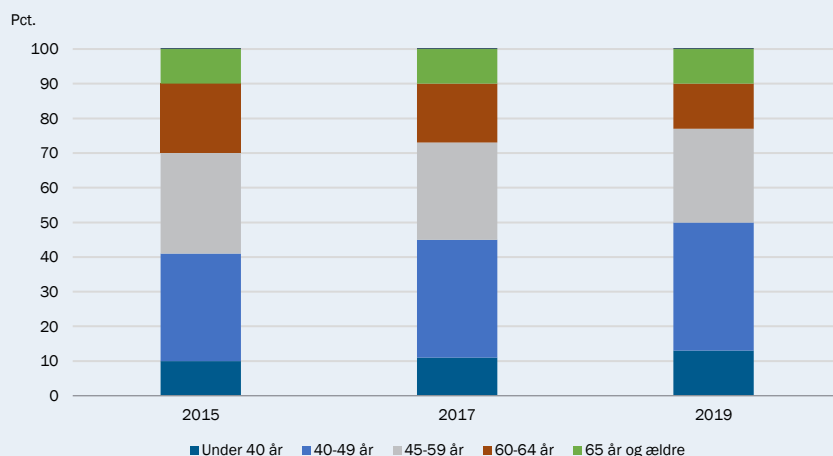
Tabel 3.4**Tilmeldte patienter pr. lægekapacitet og andel praksisser med åben for tilgang fordelt på regioner, pr. 1. juli 2015 og 2019**

	2015		2019	
	Tilmeldte patienter pr. lægekapacitet	Åben for tilgang, pct.	Tilmeldte patienter pr. lægekapacitet	Åben for tilgang, pct.
Region Hovedstaden	1.665	52	1.717	23
Region Sjælland	1.649	45	1.685	41
Region Syddanmark	1.533	64	1.531	57
Region Midtjylland	1.570	58	1.612	43
Region Nordjylland	1.738	17	1.768	24
Hele landet	1.618	51	1.651	37

Anm.: Der er afgrænset til praksis med hovedspeciale i almen lægegering (speciale 80), ydertypen almenlæger (ydertype 05) og mere end 200 tilmeldte patienter. Derudover indgår aktive læger på Christiansø, Femø, Anholt og Endelave med færre end 200 tilmeldte patienter. Procentsatsen angiver andelen af praksis med åben for tilgang i den pågældende region.

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Der er sket ændringer i lægernes alderssammensætning i perioden 2000 til 2015, jf. Lægedækningsudvalgets rapport. Siden 2015 er der sket en stigning i antallet læger under 40 år fra 10 pct. til 13 pct., jf. figur 3.1. Der er også sket en stigning i antallet af læger mellem 40 og 49 år fra 31 pct. til 37 pct. Samtidig har der været et fald i antallet mellem 45 og 59 år fra 29 pct. til 27 pct. og for de 60-64 årige fra 20 pct. til 13 pct. Andelen af læger over 65 år har været stabil siden 2015.

Figur 3.1**Aldersfordeling blandt læger i almen praksis, 2015, 2017 og 2019**

Anm.: Der er afgrænset til praksis med hovedspeciale i almen lægegering (speciale 80), ydertypen almenlæger (ydertype 05) og mere end 200 tilmeldte patienter. Derudover indgår aktive læger på Christiansø, Femø, Anholt og Endelave med færre end 200 tilmeldte patienter. Aldersgrupperne kan overlappe, hvilket betyder, at den enkelte læge kan indgå i flere kategorier.

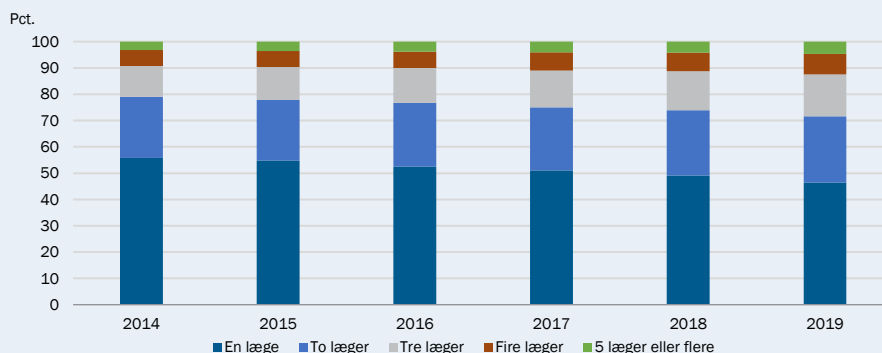
Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

3.3 Organisering i almen praksis

I almen praksis er de fleste praksis enkeltmandspraksis. Fra 2014 til 2019 er der sket et fald, jf. figur 3.2. Således havde 56 pct. af praksis én læge i 2014, hvilket var faldet til 46 pct. i 2019. I samme periode er der sket en stigning praksis med mere end én læge. I 2019 havde 25 pct. af praksis 2 læger, 16 pct. 3 læger, 8 pct. fire læger og 5 pct. 5 eller flere læger. Dermed fortsætter tendensen med flere læger i de enkelte praksisser, som har været set fra 2000 til 2014, jf. Lægedækningsudvalgets rapport.

Figur 3.2

Antal lægekapaciteter pr. praksis, 2015-2019

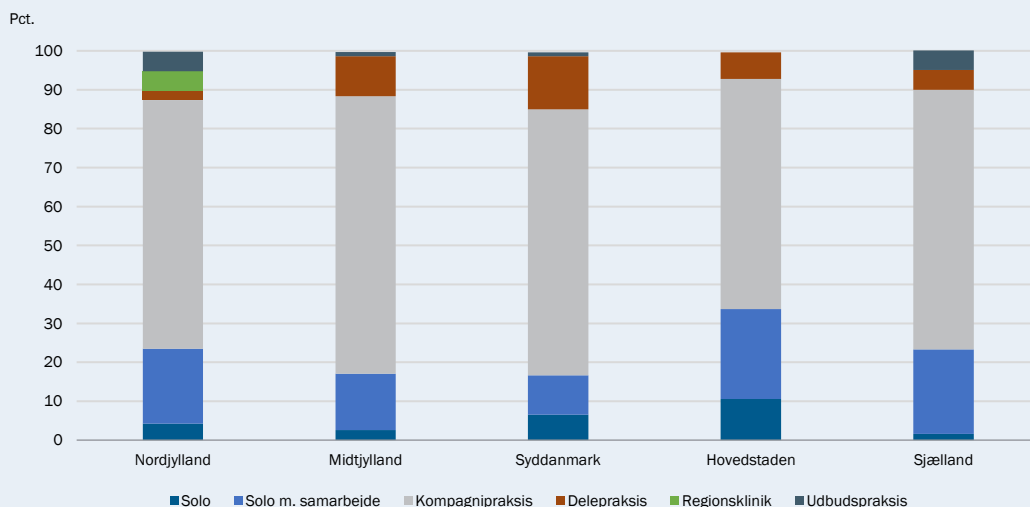


Anm.: Der er afgrænset til praksis med hovedspeciale i almen lægegering (speciale 80), ydertypen almenlæger (ydertype 05) og mere end 200 tilmeldte patienter. Derudover indgår aktive læger på Christiansø, Femø, Anholt og Endelave med færre end 200 tilmeldte patienter

Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

På tværs af regionerne er der forskelle i sammensætningen af praksistyper. Region Hovedstaden har den højeste andel af lægekapaciteter i solopraksis (ca. 34 pct.) og den laveste andel i Region Midtjylland (ca. 15 pct.), jf. figur 3.3. I alle regioner er andelen af lægekapaciteter størst i kompagniskaber, som er to eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, som har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. Andelen af delepraksis er størst i Region Syddanmark, hvor andelen er 14 pct. og lavest i Region Nordjylland, hvor andelen er 5 pct. I både Region Sjælland og Nordjylland er 5 pct. af lægekapaciteterne organiseret i udbudspraksis. I Region Nordjylland er 5 pct. også organiseret i regionsklinikker.

Figur 3.3
Lægekapaletter fordelt på praksistype pr. region, 2019



Anm.: Der er afgrænset til praksis med hovedspeciale i almen lægegering (speciale 80), ydertypen almenlæger (ydertype 05) og mere end 200 tilmeldte patienter. Derudover indgår aktive læger på Christiansø, Femø, Anholt og Endelave med færre end 200 tilmeldte patienter.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

3.4 Patienter tilmeldt regions- og udbudsklinikker

Siden 2014 ses der en stigning i antallet patienter, som er tilmeldt en regions- eller udbudsklinik. I 2014 var 0,5 pct. af patienter tilmeldte en regions- eller udbudsklinik, jf. tabel 3.5. I 2019 var 2,5 pct. af patienter tilmeldte en regions- eller udbudsklinik.

Udvikling er båret af en stigning i antallet tilmeldte en udbudsklinik. Således var 0 pct. tilmeldte en udbudsklinik i 2014, hvilket er steget til 1,9 pct. i 2019.

Tabel 3.5
Patienter tilmeldte regions- og udbudsklinik, pr. 1. juli 2015-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I alt	0,5	0,7	1,2	1,6	1,9	2,5
Regionsklinikker	0,5	0,6	0,4	0,4	0,3	0,5
Udbudsklinikker	0,0	0,1	0,8	1,2	1,6	1,9

Anm.: Der er afgrænset til praksis med hovedspeciale i almen lægegering (speciale 80), ydertypen almenlæger (ydertype 05) og mere end 200 tilmeldte patienter. Derudover indgår aktive læger på Christiansø, Femø, Anholt og Endelave med færre end 200 tilmeldte patienter. Antallet af tilmeldte patienter er diskretioneret, hvis færre end tre praksis ligger til grund for cellens indhold. Dette er markeret med "<3" i tabellen.
Kilde: Sygesikringsregisteret, Yderregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Regions- og udbudsklinikker

Udbudspraksis

Regionsrådet kan foretage udbud af driften af almen praksisklinikker til andre private aktører end læger, der virker efter Overenskomst om almen praksis. I udbudspraksis arbejder ansatte læger, som arbejder for den private aktør, jf. Sundhedsloven § 227, stk.3.

Regionsklinik

Hvis det ikke lykkes for regionen at afsætte driften af en almen praksisklinik via udbud, kan regionsrådet etablere et midlertidigt tilbud, en regionsdrevet klinik, i en periode på op til 6 år, jf. Sundhedsloven § 227, stk.5.

3.5 Det fremtidige antal speciallæger i almen medicin

Dimensioneringen af speciallægeuddannelsen i almen medicin er i de senere år hævet fra 252 hoveduddannelsesforløb i 2014 til 350 i 2020, jf. tabel 3.6. I perioden fra 2014-2018 har besættelsesprocenten varieret fra 95 pct. i 2014, omkring 80 pct. i 2015 og 2016 til 86 pct. i 2017 og 81 pct. i 2018.

Frem mod 2040 forventes en stigning i antallet af speciallæger i almen medicin på 51 pct., jf. tabel 3.7. Frem mod 2030 forventes en stigning på lidt over 1.000 flere speciallæger i almen medicin, svarende til 20 pct.

Tabel 3.6
Antal besatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin, 2014-2018

	Dimensioneringsplan*	Besættelses pct.**
2014	252	95
2015	252	79
2016	252	81
2017	252	86
2018	259	81
2019	294	-
2020	350	-

Tabel 3.7
Prognose for udviklingen i antallet af speciallæger i almen medicin, 2018-2040

	Antal	Forskel ift. 2018, pct.
2018	4.909	
2020	4.952	1
2025	5.282	8
2030	5.913	20
2035	6.686	36
2040	7.427	51

Anm.: *Senest gældende dimensioneringsplan i den pågældende periode. ** Tallet angiver forholdet mellem antal besatte hoveduddannelsesforløb og dimensioneringen.

Kilde: Sundhedsstyrelsens opgørelse af opslåede og besatte hoveduddannelsesforløb for perioden 2014-2018 og Sundhedsstyrelsens Lægeprognose 2018-2040 samt egne beregninger.

Kapitel 4: Status på implementering af initiativer

Dette kapitel beskriver status for implementering af de enkelte initiativer fra Lægedækningsudvalgets anbefalinger og den politiske aftale om bedre lægedækning.

Samlet set er der arbejdet videre med implementering af initiativer siden første status, således at en stor del af de initiativer, som ikke var færdigimplementeret ved første status enten vurderes at være fuldt implementeret eller implementeringen er godt i gang.

Det bemærkes, at barometeret fra første status januar 2018 fremgår i mindre udgave øverst til højre for implementeringsbarometeret for anden status.

4.1 Lægedækningsudvalgets forslag

I det følgende gøres der status på den videre implementering af Lægedækningsudvalgets i alt 18 forslag på baggrund af bidrag fra parterne. Forslagene er inddelt i tre overordnede grupper.

4.1.1 Forslag vedrørende generel geografisk fordeling af læger

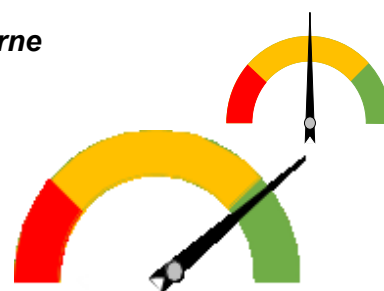
Forslag 1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne

Lægedækningsudvalgets rapport konkluderede, at der er en vis overordnet sammenhæng mellem lægers uddannelsessted og senere arbejdssted. På den baggrund stillede udvalget tre forslag vedrørende den geografiske placering af medicinuddannelsen og klinikophold under medicinuddannelsen.

Geografisk spredning af medicinstuderende

Lægedækningsudvalget foreslog, at optaget ved medicinstudiet i Aalborg øges i forhold til de øvrige tre universiteter, og at de medicinstuderendes mulighed for generelt at flytte universitet efter bachelordelen vurderes nærmere med henblik på at begrænse en u hensigtsmæssig vandring fra Vest- til Østdanmark.

I januar 2017 besluttede den tidligere VLAK-regering at hæve antallet af studiepladser på medicinstudiet ved Aalborg Universitet med 50 pladser. Blandt andet med det formål at bidrage til bedre lægedækning i Nordjylland.



Samlet implementeringsstatus

I 2018 besluttede VLAK-regeringen yderligere at udvide antallet af studiepladser på bacheloruddannelserne i medicin med 266 ekstra pladser. Dimensioneringen på medicinuuddannelsen er således blevet hævet i 2015, 2017 og 2019 med hhv. 50, 50 og 266 jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1
Dimensionering på medicinuuddannelsen, 2014-2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (BA)	2019 (KA)
Dimensionering (antal)*							
I alt	1.295	1.345	1.345	1.395	1.395	1.661	1.395
Københavns Universitet	509	509	509	509	509	606	509
Syddansk Universitet	288	288	288	288	288	343	288
Aalborg Universitet	50	100	100	150	150	179	150
Aarhus Universitet	448	448	448	448	448	553	448

Anm.: Dimensioneringen er opgjort i finansår fra 2014-2018. Hvert dimensioneringsloft gælder for både bachelor og kandidat. Fra 2019 opgøres dimensioneringen på blandt andet medicin på studieår, hvor den tidligere har været opgjort på finansår. Samtidig er dimensioneringen differentieret for kandidat- og bachelordelen.

Kilde: Uddannelses- og Forskningsministeriet

Samtidig blev der indført separat dimensionering af bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin, blandt andet med henblik på at begrænse vandringen fra Vestdanmark til Østdanmark mellem bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin. Tidligere var der kun én samlet dimensionering for bachelor- og kandidatuddannelsen i medicin.

Den nye todelte dimensionering gælder fra optaget i sommeren 2019. Forskellen på dimensioneringen på bachelor- og kandidatuddannelserne er for hver institution fastsat på baggrund af det forventede gennemsnitlige frafald inden optaget på kandidatuddannelsen, således at hvert universitet i udgangspunktet kun har kapacitet til at kunne optage egne bachelorer på kandidatuddannelsen.

Det vurderes endnu at være for tidligt at belyse den konkrete effekt af todelte dimensionering af medicinuuddannelsen i forhold til vandringen fra Vestdanmark til Østdanmark.

Den øgede dimensionering på bacheloruddannelsen har derudover skabt rammerne for etablering af kandidatstudiepladser i medicin hhv. på Sjællands Universitetshospital i Køge i samarbejde med Københavns Universitet og på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg i samarbejde med Syddansk Universitet. De første kandidatstuderende i Køge startede i februar 2019. De første kandidatstuderende på Syddansk Universitets nye kandidatuddannelse i Esbjerg forventes at starte i september 2022.

Bredere geografisk placering af klinikophold

Lægedækningsudvalget foreslog derudover, at der blev tilstræbt en bredere geografisk spredning af de lægestuderendes klinikophold under studiet, således at der i højere grad inddrages sygehuse og praksisser også i dele af landet, hvor der er lægedækningsudfordringer.

Regionerne arbejder fortsat med en bredere placering af klinikophold for lægestuderende under deres universitetsuddannelse for at understøtte de studerendes kendskab til lægearbejdet og karrieremuligheder i hele landet:

- Region Syddanmark planlægger som følge af etableringen af kandidatuddannelsen i medicin i Esbjerg fra 2022 at oprette lokale klinikophold på Sydvestjysk Sygehus samt i almen praksis i Sydvestjylland.
- I Region Nordjylland udgør klinikophold fortsat en stor del af medicinuddannelsen på Aalborg Universitet, særligt under kandidatuddannelsen. Der er en god spredning af de studerende i Aalborg og Hjørring. Den øgede dimensionering på medicinuddannelsen i Aalborg vil i de kommende år øge behovet for pladser til klinikophold i regionen. Regionen forventer derfor, at udvide antallet af pladser og antallet af omfattede specialer på hospitalet i Hjørring. Derudover forventer regionen i øget omfang at inddrage øvrige hospitaler i regionen (Hobro og Farsø) til at varetage de studerendes klinikophold. Regionen arbejder særligt med hele regionens geografi i forhold til praktikophold på kandidaten i almen praksis, hvor man pga. det øgede optag har udvidet med ophold i Thisted, som forventes at øge antallet.
- Region Midtjylland har besluttet en ny fordeling af klinikpladser, således at der fra efteråret 2018 flyttes 39 klinikpladser fra Aarhus Universitetshospital til regionshospitalet i Region Midtjylland. Derudover har Region Midtjylland opfordret Aarhus Universitet til at fylde klinikpladser på Regionshospitalet op, før pladserne på Aarhus Universitetshospital besættes.
- I Region Hovedstaden og Region Sjælland fordeler Københavns Universitet lægestuderendes klinikophold på baggrund af løbende dialog med hospitalsafdelingerne, hvor et mål om bredere geografisk spredning indgår.

Forslag 1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne			
Forslag		Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a.	Optagetallet ved medicinstudiet i Aalborg øges i forhold til de øvrige tre universiteter	Staten	Fuldt implementeret
b.	De studerendes muligheder for at flytte universitet efter bachelordelen vurderes nærmere med henblik på at begrænse en u hensigtsmæssig vandring fra Vestdanmark til Østdanmark	Staten	Fuldt implementeret
c.	Der tilstræbes en bredere geografisk spredning af de lægestuderendes klinikophold under studiet, således at der i højere grad inddrages sygehuse og praksis også i dele af landet, hvor der er lægedækningsudfordringer	Staten og regioner	Delvist implementeret

Forslag 2. Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse

Lægedækningsudvalget havde i deres arbejde fokus på betydningen af videreuddannelsens geografiske placering for lægers videre valg af arbejdssted. Det blev antaget, at en større geografisk spredning af uddannelsesstillingerne kunne medvirke til bedre lægedækning i udkantsområderne. På den baggrund blev der foreslået en række initiativer til at understøtte en ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne.



Samlet implementeringsstatus

Decentral placering af videreuddannelserne

Udvalget foreslog, at en større del af videreuddannelserne inden for den samlede ramme søges placeret decentralt i forhold til de større sygehuse i universitetsbyerne, herunder i lægedækningstruede områder eller tæt på disse. Regionerne arbejder fortsat med en række tiltag i forhold til decentral placering af videreuddannelserne:

- Region Syddanmark har ikke ændret på den geografiske sammensætning af speciallægeuddannelsen siden første status. Således har en lang række specialer fortsat mindre tid på universitetshospitalet, idet der i flere år har været fokus på udflytning af uddannelsestid til de regionale sygehuse. Et enkelt speciale har dog siden første status valgt at flytte 3 måneders uddannelsestid i hvert uddannelsesforløb fra universitetshospitalet til et decentralt – dog ikke rekrutteringstruet – sygehus. Uddannelsesudvalgene i regionen vurderer, at den nuværende sammensætning af hoveduddannelsesforløb er passende i forhold til optimal kompetenceerhvervelse.
- Videreuddannelsesregion Nord (Region Nordjylland og Region Midtjylland) har flyttet uddannelsestid i specialerne: kirurgi, klinisk onkologi og radiologi fra universitetshospitalerne til regionshospitalerne. Der pågår overvejelser vedrørende yderligere flytninger af et mindre antal af specialer. Derudover har videreuddannelsesregionen også været og er opmærksom på den geografiske placering af udvidelsen af antallet af uddannelsesforløb i almen medicin.
- I Videreuddannelsesregion Øst (Region Hovedstaden og Region Sjælland) tilstræbes det fortsat, at uddannelsesstillingerne fordeles med ca. 1/3 til Region Sjælland og 2/3 til Region Hovedstaden. Hvor det giver uddannelsesmæssigt mening, søges den afsluttende ansættelse placeret uden for de mest specialiserede afdelinger. Uddannelsesforløbene revurderes og justeres løbende, og der er på den baggrund ikke kendskab til de eksakte ændringer siden første status.
- Region Sjælland har en relativt større andel af hoveduddannelsesforløbene i almen medicin i forhold til befolkningsgrundlaget. Inden for de øvrige specialer er der ikke sket en yderligere spredning af videreuddannelsesforløb. Region Sjælland forventer at gå i dialog med Region Hovedstaden med henblik på at få en større andel af hoveduddannelsesforløbene.

Sammenhængende uddannelsesforløb

Lægedækningsudvalget foreslog etablering af forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (mellem KBU, introduktionsstilling og/eller hoveduddannelsesforløb) i lægedækningsstruede områder. Siden første status på Lægedækningsudvalgets anbefalinger er der etableret flere forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb i regionerne. Sundhedsstyrelsen har modtaget 11 ansøgninger fra de tre videreuddannelsesregioner om etablering af sammenhængende forløb som forsøgsordninger, som både den nuværende sundheds- og ældreminister og den tidligere sundhedsminister har godkendt. 7 ansøgninger omhandler forløb i perioder på 3-5 år og inkluderer i alt 101 forløb, og 4 ansøgninger omhandler enkelte specifikke forløb på afdelinger og sygehuse svarende til i alt 4 forløb. I bilag A fremgår et overblik over de godkendte forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb. Nedenfor følger en overordnet gennemgang af godkendelserne i regionerne:

- I Region Syddanmark (Videreuddannelsesregion Syd) er der godkendt mulighed for sammenhængende forløb i specialerne: almen medicin, intern medicin: lungesygdomme, anæstesiologi, intern medicin: geriatri, reumatologi, børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri og akut medicin. Regionen har slået et forløb (introduktions- og hoveduddannelse) i almen medicin på Als op to gange. Forløbet blev besat i anden omgang med to læger. Der har også været slået to forløb (introduktions- og hoveduddannelse) op i lungesygdomme, ét i geriatri og to i psykiatri, som alle er blevet besat.

Region Syddanmark har i december 2019 fået godkendt sammenhængende forløb for de kommende kandidatstuderende i medicin i Esbjerg, således at der fritages op til 30 KBU-forløb i regionen til de medicinstuderende i Esbjerg. Regionen forventer pt. ikke (november 2019), at ansøge om godkendelse af flere sammenhængende forløb.

- I Region Nordjylland er der godkendt mulighed for sammenhængende forløb i specialerne: almen medicin, kirurgi og psykiatri. Der er både forløb med KBU og introduktionsstilling og KBU, introduktions- og hoveduddannelsesstilling. Indtil videre har regionen besat 17 stillinger fordelt på fire ansættelsesrunder.

Herudover har Region Nordjylland i samarbejde med Region Midtjylland fået godkendt mulighed for sammenhængende forløb (introduktions- og hoveduddannelse) i specialerne neurologi og psykiatri, som går på tværs af de to regioner.

- I Region Midtjylland er der også godkendt mulighed for sammenhængende forløb i specialet almen medicin mellem KBU, introduktions- og hoveduddannelse.

Videreuddannelsesregion Nord (Region Midt- og Nordjylland) forventer pt. ikke (oktober 2019), at ansøge om godkendelse af flere sammenhængende forløb.

- Region Sjælland har fra og med 1. halvår 2019 fået godkendt mulighed for at oprette op til 24 sammenhængende forløb halvårligt mellem kandidatstudiepladserne i medicin i Køge og KBU i Region Sjælland. Af disse 24 forløb er der givet tilladelse til at op til 10 forløb kan kombineres med introduktionsforløb i et speciale,

der udbydes i Region Sjælland. Det forventes (pr. november 2019), at 12 studerende påbegynder KBU i foråret 2020. Region Sjælland vil afhængig af successen med besættelse af de første sammenhængende forløb ansøge om yderligere sammenhængende forløb.

- I perioden er der ikke indkommet ønsker fra Region Hovedstaden om etablering af sammenhængende uddannelsesforløb i regionen.

Sundhedsstyrelsen har i regi af Videreuddannelsesregionernes samarbejdsforum (VUSAM) drøftet erfaringer med forsøgsordningerne. Nogle af de foreløbige erfaringer er bl.a., at der er udfordringer med, at alle i målgruppen ikke har kendskab til muligheden for sammenhængende forløb, samt at det ikke er alle involverede parter, som er imødekomme over for ideen. Det er generelt for tidligt at kunne konkludere noget i forhold til effekt og uddannelsesmæssige erfaringer.

Lægeforeningen oplyser, at de fremadrettet vil arbejde for, at der etableres flere sammenhængende uddannelsesforløb for at sikre rekruttering til videreuddannelsespladser i trængte specialer på tværs af landet, samt at de finder, at der har været en række interessante og vellykkede forsøg med sammenhængende videreuddannelsesforløb i flere specialer.

KBU-fordelingsmetode

Udvalget foreslog også, at Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter skulle overveje nye KBU-fordelingsmetoder, hvor også lægedækningsaspektet bør indgå.

Sundhedsstyrelsen fik i 2018 VIVE til at analysere og vurdere alternative modeller for tildeling af KBU-forløb. Konkret blev VIVE bedt om at foretage en analyse af fordele og ulemper ved en matematisk optimeringsmodel og den nuværende lodtrækningsmodel. VIVE identificerede yderligere tre modeller i litteraturen, som er relevante i forhold til tildeling af KBU-forløb, som indgik i analysen. Sammenligningen blev foretaget ud fra tre forhold: 1) strategisikkerhed, 2) efficiens og 3) om modellen er fair.

I rapporten konkluderede VIVE, at der findes flere alternativer til den nuværende model, men at der ikke klart kan udpeges en ny model, der er væsentlig bedre end den gældende, vurderet ud fra de centrale mål.

Rapporten blev offentliggjort i august 2019, og er blevet drøftet med relevante parter i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse (NRLV) den 4. september 2019. Der var her enighed om at rådgive Sundhedsstyrelsen til ikke at ændre på den nuværende model for tildeling af KBU-forløb. På denne baggrund fastholdes den nuværende model for tildeling af KBU.

Forslag 2. Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse

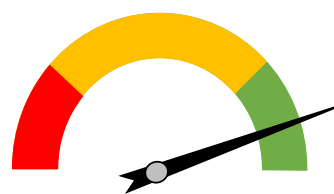
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. En større del af videreuddannelserne inden for den samlede ramme søges placeret decentralt i forhold til de større sygehuse i universitetsbyerne, herunder i lægedækningstruede områder eller tættere på disse, navnlig ved at en større del af den enkelte læges uddannelse gennemføres decentralt	Regioner	Delvist implementeret
b. Der etableres forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsuddannelse og hoveduddannelse) i lægedækningstruede områder	Regioner	Delvist implementeret
c. Sundhedsstyrelsen overvejer med inddragelse af relevante partner nye KBU-fordelingsmetoder, hvor også lægedækningsaspektet bør indgå	Staten	Fuldt implementeret

Forslag 3. Justering af femårsfristen (nu seksårsfristen) i den lægelige videreuddannelse

Lægedækningsudvalget foreslog, at forsøgsordning med øget fleksibilitet vedr. femårsfristen samt lempeligere adgang til individuel dispensation fra femårsfristen til læger, som tager en del af deres videreuddannelsen (klinisk basisuddannelse og introduktionsforløb) decentralt, kunne være et hensigtsmæssigt virkemiddel til at fremme den decentrale lægedækning.

I den forbindelse valgte den tidligere VLAK-regering i 2017 at ændre femårsfristen til en seksårsfrist. Fristen indebærer, at en læge senest skal påbegynde sit hoveduddannelsesforløb i et givent speciale seks år efter påbegyndelsen af den kliniske basisuddannelse.

I april 2019 afskaffede den tidligere VLAK-regering seksårsfristen for lægers videreuddannelse med henblik på at antallet af speciallæger ikke mindskes. Afskaffelsen af seksårsfristen trådte i kraft den 1. maj 2019 og betyder, at der fremover ikke er et loft over, hvor lang tid en læge har til at påbegynde sin speciallægeuddannelse.



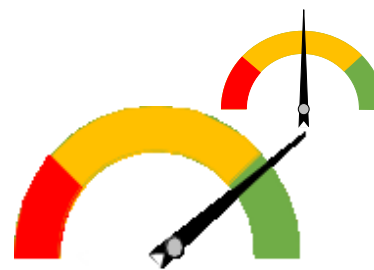
Samlet implementeringsstatus

Afskaffelsen af seksårsfristen blev generelt positivt modtaget.

Forslag 3. Justering af femårsfristen (nu seksårsfristen)		
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. Der etableres forsøg med øget fleksibilitet vedr. femårsfristen (nu seksårsfristen) i forbindelse med lokalt/regionalt tilrettelagte videreuddannelsesforløb med udgangspunkt i decentrale sygehus/praksis i lægedækningstruede områder	Staten	Fuldt implementeret
b. En evt. lempeligere adgang til individuel dispensation fra femårsfristen (nu seksårsfristen) til læger som følge af ansættelse i decentrale uddannelsesforløb (KBU og introduktionsstillinger)	Staten	Indsats implementeret forud for forslag

Forslag 4. Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (fx gennem lokale informationskampagner, vejledning, mentorordninger mv.)

For at gøre det attraktivt at arbejde i yderområder og socialt belastede områder, foreslog Lægedækningsudvalget, at regioner, kommuner og lægernes organisationer samarbejder om rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer, der er tilpasset vilkår i de enkelte områder med lægedækningsudfordringer. På tværs af kommuner og regioner arbejdes der fortsat med en række initiativer i forhold til rekruttering og fastholdelse af læger.



Samlet implementeringsstatus

PLO og Danske Regioner har, bakket op af Sundheds- og Ældreministeriet, igangsat en kampagne i oktober 2019 med henblik på at tiltrække flere nyuddannede læger til specialt i almen medicin. Kampagnen er målrettet medicinstudierende på uddannelsesinstitutionerne og yngre læger under uddannelse med henblik på, at de vælger almen medicin som speciale og på et senere tidspunkt også vælger at arbejde i almen praksis.

- Region Syddanmark involverer løbende kommunerne og almen praksis i konkrete rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer. Arbejdsgruppen nedsat ved første status, som løbende skulle komme med input til regionens indsats for styrkelse af lægedækning, er imidlertid sat på pause, idet der i relevante fora via de igangværende aktiviteter tilføres inspiration til nye rekrutteringsaktiviteter. Regionen har igangsat projektet "Rekruttering Almen Praksis", som arbejder kontinuerligt og målrettet med fastholdelses- og rekrutteringsinitiativer. Det indbefatter tæt kontakt til de unge læger, til de praktiserende læger og ofte et direkte samarbejde med kommunerne vedrørende boliger, lokaler, etablering af sundhedshuse mv. Eksempelvis er der etableret et sundhedshus i Fredericia og i Haderslev samt etablering af regions- og udbudsklinikker. Der er derudover årligt en række forskellige rekrutteringsarrangementer, som bl.a. arrangeres i samarbejde med Yngre Læger, Dansk Sel-

skab for Almen Medicin og PLO Syddanmark. Regionen afholder også årligt "Specialernes Dag", hvor alle specialer og sygehus præsenterer og promoverer deres specialer for de medicinstuderende og KBU-lægerne.

- I Region Nordjylland afholder flere nordjyske kommuner diverse arrangementer for yngre læger og/eller medicinstuderende med henblik på at rekruttere praktiserende læger. Kommunerne samarbejder med regionen og PLO-Nordjylland om planlægningen og gennemførelsen af arrangementerne. Regionen har de sidste tre år haft en stand på Lægedage, som skal synliggøre mulighederne som alment praktiserende læge i Nordjylland. Standen bemannes i et samarbejde mellem regionen, kommunerne, PLO-Nordjylland og Nord-KAP (kvalitetsenheden for almen praksis). Når et ydernummer annonceres i regionen, fremgår der en kommunal kontaktperson af annoncen med henblik på at interesserede læger kan kontakte kommunen med spørgsmål. Derudover orienteres kommunen efterfølgende om udfald af annonceringen og den fremadrettede proces. Derudover indgår der i arbejdet med at udvikle en ny nordjysk Praksisplan for Almen Praksis et politisk pejlemærke om "styrket proaktivt samarbejde om lægedækningen". Indholdet af pejlemærket var i efteråret 2019 i proces, men er overordnet set et politisk defineret indsatsområde om et tættere og tidligere samarbejde mellem region, kommuner og PLO om at sikre tilstrækkelig kapacitet i almen praksis i hele regionen, på både kort og langt sigt.
- Region Midtjyllands lægedæknings- og rekrutteringsudvalg, hvor relevante parter sidder med udarbejdede primo 2018 et idékatalog over rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer vedr. praktiserende læger. Kataloget indeholder en række initiativer indenfor 3 temaer: fastholdelse, rekruttering samt informationsniveauet til uddannelseslæger og praktiserende læger. Langt de fleste af initiativer er fuldt implementeret, og for de resterende er implementeringen påbegyndt. Derudover arbejder regionen fortsat med international rekruttering. Dog oplever regionen en lavere efterspørgsel på international rekruttering, hvilket muligvis skyldes et øget udbud af uddannelsessøgende læger.
- I Region Sjælland har en arbejdsgruppe arbejdet med initiativer til sikring af lægedækning herunder også i forhold til rekruttering og fastholdelse. I forlængelse heraf er en række indsatser under forberedelse til politisk behandling i praksisudvalget. Herunder arbejder regionen på et udviklingsprojekt kaldet "Vandkantsmodellen", som er under politisk behandling i regionsrådet. Modellen er målrettet de lægedækningstruede kommuner og omfatter initiativer, der skal bidrage til at sikre lægedækning. Regionen og PLO har også samarbejdet om et rekrutteringsinitiativ, der har til formål at sikre flere yngre læger til videreuddannelse herunder i speciallet almen medicin. Derudover har Region Sjælland normalvis en stand på Lægedage med henblik på at synliggøre regionen, som et attraktivt sted at etablere sig som almen praktiserende læge. Regionen har også fortsat hjemmesiden "[Det gode lægeliv i Region Sjælland](#)", hvor man kan få inspiration og viden om at være praktiserende læge i regionen.

- I Region Hovedstaden har der fortsat været et fokus på lægedækning, herunder et markant og intensiveret fokus på fastholdelse og rekruttering, såvel administrativt som politisk. Dels igennem et fortsat tæt samarbejde mellem PLO-Hovedstaden, kommunerne og regionen om løsninger ved konkrete lægedækningsvanskeligheder og i samarbejdsforummet for lægedækning i regi af Praksisplansudvalget. Eksempelvis er information for læger, som overvejer at nedsætte sig i almen praksis, samlet på en side på regionh.dk "[På vej i praksis](#)", videreførelse af tilskudspulje til etablering af uddannelsespladser i lægedækningstruede områder i 2020 (søgningen er øget markant i 2018-2019) samt fortsat tæt samarbejde med PLO-Hovedstaden og kommunerne om opslag og annoncering af kapaciteter. Derudover er der eksempelvis også arbejdet med at forbedre lægedækningsundersøgelsen, som laves i samarbejde med PLO-Hovedstaden og kommunerne. Resultaterne benyttes fra 2019 til at åbne de praksis for tilgang af patienter, som tilkendegiver ønske om flere patienter.

Forslag 4. Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (fx gennem lokale informationskampagner, vejledning, mentorordninger mv.)

Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner, kommuner og lægelige organisationer	Fuldt implementeret

4.1.2 Forslag vedrørende almen praksis

Forslag 5. Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse

I Lægedækningsudvalgets rapport formodes det, at gentagne møder med almen praksis under uddannelse og videreuddannelse kan øge de medicinstuderendes og videreuddannelsessøgende lægers tilbøjelighed til at vælge almen medicin som speciale.

Udvalget foreslog derfor, at de medicinstuderende i højere grad fik mulighed for et klinikophold i almen praksis eller studiejob som praksisassistent i almen praksis.

Regionerne har fortsat en række tilbud til medicinstuderende og læger, som ønsker at stifte bekendtskab med almen praksis:

- I Region Syddanmark, Nordjylland og Sjælland tilbydes der fortsat sommerferiejob eller praktikophold i almen praksis for medicinstuderende i lægedækningstruede eller perifere områder.



Samlet implementeringsstatus

- I Region Syddanmark formidles der derudover løbende medicinstuderende til studentermedhjælperjobs i praksis samt introduktionslæger til 2-måneders ansættelse i almen praksis klinikker.
- I Region Nordjylland på Aalborg Universitet er de medicinstuderende på kandidaten i 3 ugers praktik i almen praksis. Det vægtes at få de studerende ud i almen praksis i hele regionen både for at nedbryde barrierer i forhold til at arbejde i praksis uden for regionscenteret samt ud fra faglige hensyn om at møde et bredt udvalg af sygdomsmønstre. Med det stigende optag på medicinuddannelsen arbejdes der med at skaffe klinikophold fremadrettet. Eksempelvis er der i efteråret 2019 en mindre gruppe studerende i almen praksis i Thisted, hvilket forventes at fortsætte fremadrettet.
- I Region Midtjylland er det besluttet at gøre en indsats for at øge antallet af medicinstuderende med studiejob i almen praksis. Der er fortsat almen praktiserende læger, som tilbyder studiejobs til medicinstuderende i regionen. Regionen har overvejelser omkring muligheden for at oprette sommerferiepraktik-ordning.
- Region Hovedstadens rekrutteringsfunktion arbejder med indsatser, der skal give nyuddannede almen medicinere mulighed for at få erfaringer med arbejdet i almen praksis. Der samarbejdes med PLO Hovedstaden om bl.a. at udbrede viden om muligheder for ansættelse i almen praksis som læge og vikar samt om en indsats med "dating" i almen praksis for nyuddannede læger.

Lægeforeningen oplyser, at de også fremover i deres dialog med universiteterne og Uddannelses- og Forskningsministeriet vil arbejde for, at lægernes møde med almen praksis under lægeuddannelsen bliver styrket.

Almen medicin i alle KBU-forløb

Udvalget foreslog også, at alle læger i den kliniske basisuddannelse (KBU) skal arbejde et halvt år i almen praksis.

Den tidligere VLAK-regering besluttede, at alle læger skal arbejde et halvt år i almen praksis som en del af deres KBU. Sigtet hermed var både et rekrutteringshensyn og et uddannelseshensyn, da arbejde i almen praksis opbygger brede medicinske kompetencer og indsigt i det nære sundhedsvæsen, som alle læger kan have nytte af.

Der er truffet beslutning om, at implementeringen af forslaget skal ske gradvist over flere år. Det er således meldt ud, at 90 pct. af alle KBU-forløb i 2019 vil indeholde et ophold i almen praksis, og at forslaget vil være fuldt indfaset i 2021, hvis målsætningen om de 90 pct. implementeres succesfuldt. Dette blev besluttet for at tage hensyn til de specialer, som på grund af ændringen ikke længere vil kunne indgå i KBU. Den gradvise implementering skal give dem mulighed for at rekruttere nyt personale til at træde i stedet for KBU-læger. Endvidere skal den gradvise implementering være med til at understøtte, at regionerne kan rekruttere det nødvendige antal tutorer i almen praksis.

Sundhedsstyrelsen har ultimo 2019 lavet en opfølgning på implementeringen, som viser at ved den sidste KBU-runde i 2019 havde tæt på 90 pct. af KBU-forløbene i regionerne en ansættelse i almen praksis, jf. tabel 4.2.

Tabel 4.2

Procentvise fordeling af andelen af almen medicin i KBU-forløb, ultimo 2019

Regioner	Status ultimo 2019, pct.
<i>Videreuddannelsesregion Nord</i>	89,7
Region Nordjylland	89,7
Region Midtjylland	89,6
<i>Videreuddannelsesregion Øst</i>	88,9
Region Sjælland	88,6
Region Hovedstaden	89
<i>Videreuddannelsesregion Syd</i>	
Region Syddanmark	89,7

Anm.: -

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Flere af regionerne har fokus på at sikre tilstrækkelig uddannelseskapa- citet i form af tutor- praksis i almen praksis til KBU-forløbene, som er stigende, samt til introduktions- og hoveduddannelsesforløb i almen medicin, som jf. status på anbefaling 6 også er øget i de sidste par år. Derudover har regionerne over for Sundhedsstyrelsen tilkendegivet en be- kymring for de specialer, som ikke længere vil være en del af KBU, hvis implementeringen af forslaget fastholdes. Bekymringerne går særligt på psykiatri, som har både uddannel- ses-, rekrutterings- og driftsmæssige udfordringer. Der ligeledes bekymringer vedrørende de somatiske specialer, som er placeret i andet forløb af KBU'en.

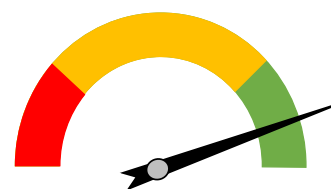
Forslag 5. Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse

Forslag	Ansvarligt myndig- hedsniveau	Implementerings- status
a. De medicinstuderende får i højere grad mulighed for klinikophold og studiejob som praksisassistenter i almen praksis	Staten, regioner og lægelige organisati- oner	Delvist implemen- teret
b. Alle læger skal i den kliniske basisuddannelse (KBU) arbejde et halvt år i almen praksis	Staten	Delvist implemen- teret

Forslag 6. Øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin

Lægedækningsudvalget foreslog, at dimensioneringen af almen medicin øges relativt inden for den samlede dimen- sionering af den lægelige specialuddannelse.

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens dimensionerings- planen for introduktions- og hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen for 2018-2020 blev antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin øget med 18 for- løb hen over perioden. Der var hermed dimensioneret med 259 forløb i 2018 og 267 i 2020. Anbefalingen blev på den baggrund vurderet implementeret med første status for



Samlet implementeringsstatus

Lægedækningsudvalgets anbefalinger og den politiske aftale om bedre lægedækning (januar 2018).

I juni 2018 hævdede den tidligere VLAK-regering dimensioneringen af almen medicin yderligere med 30 hoveduddannelsesforløb i henholdsvis 2019 og 2020.

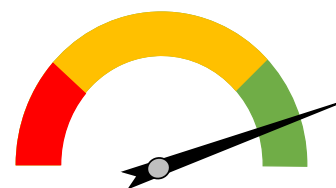
Med aftale om regionernes økonomi for 2020 (september 2019) blev regeringen og Danske Regioner enige om at løfte antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin med henholdsvis 50 i 2020 og 2021. Således er der dimensioneret med 350 forløb i 2020.

Forslag 6. Øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin

Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Staten	Fuldt implementeret

Forslag 7. Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen medicinske klinikker

Lægedækningsudvalget foreslog at der bl.a. blev skabt muligheder for, at regionerne kan drive regionsklinikker i en længere tidsperiode end de på daværende tidspunkt 4 år.



Samlet implementeringsstatus

På baggrund af den politiske aftale om bedre lægedækning blev sundhedslovens § 277, stk. 5, ændret, således at tidsperioden, som regionerne har mulighed for at drive alment medicinske klinikker i, blev forlænget til en seksårig periode. Dette trådte i kraft 1. januar 2018, og anbefalingen var derfor fuldt implementeret med første status. Ordningen er betinget af, at opgaven forinden skal være udbudt til private leverandører, uden at der er indkommet tilbud eller omkostningerne i de indkomne tilbud er væsentligt højere i sammenligning med, hvad en offentlig drevet enhed ville koste.

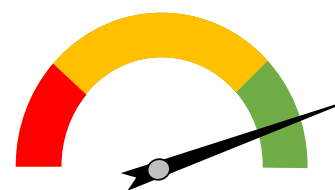
Forsøg med nye organisationsformer

Med den politiske aftale om bedre lægedækning blev aftalepartierne samtidig enige om at opfordre til, at regionerne inden for rammerne af forsøgsbestemmelsen i sundhedslovens § 233 ansøgte om etablering af forsøg med nye organisationsformer. Etablering af forsøg efter sundhedslovens § 233 med nye organisationers former forudsætter ansøgning fra et regionsråd til sundheds- og ældreministeren og betyder således, at regionerne ikke skal udbyde til privat leverandør først. Der er såvel under den nuværende regering som under den tidligere VLAK-regering godkendt flere ansøgninger om dispensation til regionerne.

Forslag 7. Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen medicinske klinikker		
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. Regionerne gives mulighed for at etablere regionsdrevne klinikker uden at skulle udbyde til privat leverandør først (forslaget blev stillet af medlemmer udpeget af Danske Regioner)	Staten	Initiativ ikke igangsat med den politiske aftale om bedre lægedækning
b. Der skabes muligheder for, at regionerne kan drive regionsklinikker i en længere tidsperiode end de nuværende fire år (med mulighed for forlængelse)	Staten	Fuldt implementeret

Forslag 8. Mere fleksible organisationsformer i almen praksis

Lægedækningsudvalget foreslog en række initiativer vedrørende organiseringsformer inden for overenskomsten mellem PLO og RLTN, som i højere grad kunne anvendes og medvirke til at sikre bedre lægedækning i områder med lægedækningsudfordringer.



Samlet implementeringsstatus

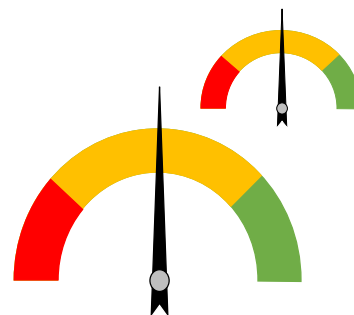
Forslagene vedrører øget mulighed for ansættelse af almen medicinere i almen praksis, udvidet mulighed for delepraksis og mulighed for at købe af ydernumre mellem praktiserende læger er implementeret bl.a. med den nuværende overenskomstaftale for 2018-2021 og ændring af sundhedslovens § 227 i efteråret 2017. Anbefalingerne var derfor fuldt implementeret med første status.

Forslag 8. Mere fleksible organisationsformer i almen praksis		
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. Større udbredelse af satellit-praksis	Regioner og lægelige organisationer	Indsats implementeret forud for forslaget
b. Øget mulighed for ansættelse af almen medicinere i almen praksis	Regioner og lægelige organisationer	Fuldt implementeret
c. Åbne mulighed for, at læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe dem direkte fra andre praktiserende læger	Staten	Fuldt implementeret

Forslag 9. Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis

Lægedækningsudvalget foreslog, at parterne overvejer tiltag, der kan øge anvendelsen af praksispersonale med henblik på bl.a. frigørelse af lægelige ressourcer til øget lægedækning. Det er således vigtigt, at de alment praktiserende lægers tid udnyttes bedst muligt til arbejde, som kræver lægelige kompetencer.

Der er de seneste år sket en mindre stigning i mængden af praksispersonale ansat i almen praksis. Imidlertid er der stadig mange læger, der slet ikke eller kun i mindre grad gør brug af andre faggrupper i opgaveløsningen, hvorfor der stadig er plads til yderligere udvikling på området. Det følger af den gældende overenskomst, at uddelegering af opgaver ikke medfører reducere af ydelseshonoraret for den praktiserende læge, selvom opgaven udføres af en person med ikke-lægefaglig uddannelse, fx en sygeplejerske eller bioanalytiker. De praktiserende læger har således også en økonomisk tilskyndelse til i højere grad at anvende praksispersonale i opgaveløsningen.



Samlet implementeringsstatus

En problematik i forhold til inddragelse af andre faggrupper i opgaveløsningen kan være, at der mangler viden om eksisterende barrierer hos praktiserende læger for at ansætte mere praksispersonale i klinikkerne.

Der blev i 2018 oprettet en ny specialuddannelse for sygeplejersker i borgernær sygepleje. Specialsygeplejerskerne skal være med til at styrke indsatsen over for ældre medicinske borgere, borgere med kroniske sygdomme, borgere med psykiske lidelser samt borgere med samtidigt misbrug. Specialsygeplejerskerne forventes bl.a. at kunne varetage opgaver i almen praksis samt i kommunerne.

Forslag 9. Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner og lægelige organisationer	Implementering påbegyndt

Forslag 10. Rammedelegation til kommunale sygeplejersker

Lægedækningsudvalget foreslog, at rammedelegationer søges udbredt, og at der arbejdes videre med spørgsmålet i regi af udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

I afrapporteringen fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (juni 2017) anførte udvalget, at de eksisterende regler om benyttelse af medhjælp ikke i



Samlet implementeringsstatus

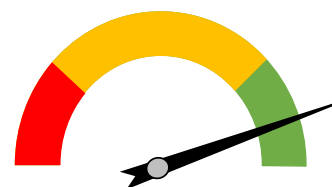
tilstrækkelig grad er med til at sikre klare og fleksible rammer for varetagelse af deleregede opgaver i kommunerne, og anbefalede på den baggrund af reglerne blev revideret.

Der er på den baggrund igangsat et arbejde i Sundheds- og Ældreministeriet med henblik på at afdække eventuelle problemstillinger i forhold til medhjælpsreglerne inden for rammerne af patientsikkerhed.

Forslag 10. Rammedelegation til kommunale sygeplejersker	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Staten	Implementering påbegyndt

Forslag 11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde

Lægedækningsudvalget foreslog, at honoreringen af alment praktiserende læger differentieres efter patienttyngde. Bl.a. på baggrund af at der er betydelig forskel på patienttyngden mellem lægepraksis i forskellige dele af landet. Det kan have betydning for praktiserende lægers tilbøjelighed til at nedsætte sig i f.eks. yderområder og socialt belastede byområder



Samlet implementeringsstatus

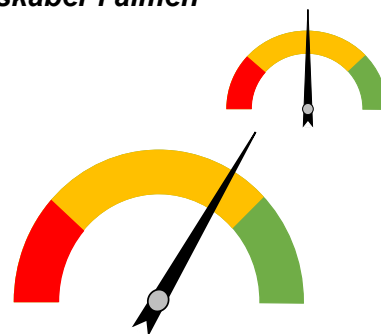
Med den seneste overenskomstaftale for almen praksis for 2018-2021 blev det derfor aftalt at reservere en pulje på 60 mio. kr. til et differentieret basishonorar for at kompensere læger for at udligne nogle af disse forskelle. 36 mio. kr. af puljen differentieres på baggrund af patienttyngde baseret på en model, der tager højde for sygelighed, køn og alder. 24 mio. kr. årligt reserveres til fordeling blandt læger beliggende i lægedækningstruede områder. I årene 2018, 2019 og 2020 er ordningen statsligt medfinansieret. Anbefalingen var således fuldt implementeret med første status.

Overenskomstparterne er enige om at færdigforhandle en ny overenskomstaftale til ikrafttrædelse 1. januar 2021, såfremt den nuværende aftale ikke opsiges inden. Her er det op til overenskomstens parter at aftale en model for videreførelse af ordningen, hvis den fortsat skal eksistere efter 2021.

Forslag 11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner og lægelige organisationer	Fuldt implementeret

Forslag 12. Udbredelse af faglige organisatoriske fællesskaber i almen praksis

Lægedækningsudvalget foreslog, at sektoren i videre udstrækning etablerer praksisfællesskaber og praksis i tilknytning til sundhedshuse og kommunale akutfunktioner. Det blev også foreslået, at klyngeorganisering udbredes – dvs. at flere lægepraksis går sammen om fx at få løst en række administrative opgaver.



Samlet implementeringsstatus

Baggrunden herfor var bl.a. at udvalget vurderede, at det er muligt at gøre det mere attraktivt at nedsætte sig i almen praksis, herunder i områder med lægedækningsproblemer, gennem styrkede faglige og organisatoriske fællesskaber i sektoren.

Med aftalen om den nuværende overenskomst for almen praksis blev aftaleparterne enige om at etablere et nyt program for kvalitetsudvikling bygget på en klyngeorganisering for de praktiserende læger. En klynge består af en gruppe af læger, som løbende mødes og danner et professionelt fællesskab, der arbejder med kvalitetsudvikling. Klyngen følger og forholder sig til sine kvalitetsdata, sammenligner data med øvrige klyngers og drøfter mulige potentialer for kvalitetsudvikling. I samme ombæring blev "Kvalitet i Almen Praksis" (KiAP) etableret for at understøtte kvalitetsudviklingen. Som en tilskyndelse til at fremskynde klyngeorganiseringen blev det i overenskomsten bl.a. aftalt, at praktiserende læger organiseret i klynger ikke skal akkrediteres individuelt.

Pr. november 2019 er klyngeorganiseringen næsten fuldført, da mere end 97 pct. af de praktiserende læger er organiseret i klynger. Langt de fleste af klyngerne har været i gang i godt et år. Danske Regioner vurderer, at klyngerne primært har etableret sig og fået taget hul på kvalitetsarbejdet bl.a. ud fra regionale klyngepakker og regional dataunderstøttelse, kommunalt samarbejde og KiAP-materiale. Klyngerne har således endnu ikke påbegyndt samarbejde om administrative opgaver, it-arbejde og lignende.

I forbindelse med pulje til etablering af læge- og sundhedshuse, som er blevet udmøntet i både 2018 og 2019, er der givet tilskud til etablering eller udbygning af moderne læge- og sundhedshuse, hvor alment praktiserende læger og evt. andre relevante faggrupper f.eks. speciallæger og kommunale sundhedstilbud arbejder sammen i større enheder. Der har bl.a. været et kriterie for puljen, at læge- og sundhedshuse tænkes ind i den regionale

Forslag 12. Udbredelse af faglige organisatoriske fællesskaber i almen praksis		
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. Sektoren etablerer i videre udstrækning praksisfællesskaber og praksis i tilknytning til sundhedshuse og kommunale akutfunktioner	Regioner og lægelige organisationer	Delvist implementeret
b. Klyngeorganisering udbredes – dvs. at flere lægepraksis går sammen om fx at få løst en række administrative opgaver i forbindelse med ansættelse af personale, it-arbejde og benchmarking, kvalitetsudvikling mv.	Regioner og lægelige organisationer	Fuldt implementeret

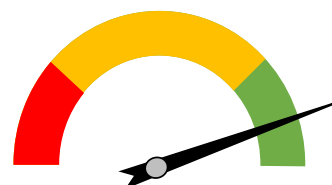
sundhedsplan ved fx at huse flerlægepraksis. I maj 2018 blev der udmøntet 207,6 mio. kr. til 30 projekter, mens der i maj 2019 blev udmøntet 209,5 mio. kr. til 39 projekter.

Forslag 13. Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal

Lægedækningsudvalget foreslog, at den tekniske åbnegrænse hæves, så den tilnærmes eller bliver identisk med den nede lukkegrænse, og at det overvejes at hæve den nedre lukkegrænse.

Med overenskomstaftalen for 2018-2021 blev parterne enige om at hæve den nedre åbnegrænse fra 1.475 til 1.550 patienter, så der dermed automatisk åbnes for tilgang, når en læges patienttal falder under 1.550. Anbefalingen var således fuldt implementeret ved første status i januar 2018.

Den nedre lukkegrænse blev ikke hævet i forbindelse med indgåelsen af overenskomstaftalen for 2018-2021 og er derfor i dag stadig på 1.600 patienter. Overenskomstparterne er enige om at færdigforhandle en ny overenskomstaftale til ikrafttrædelse 1. januar 2021, såfremt den nuværende aftale ikke opsiges inden. Her er det op til overenskomstens parter at aftale, om den nedre lukkegrænse skal hæves.



Samlet implementeringsstatus

Forslag 13. Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal		
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. Den tekniske åbnegrænse hæves, så den tilnærmes eller bliver identisk med den nedre lukkegrænse	Regioner og lægelige organisationer	Fuldt implementeret
b. Overveje at hæve den nedre lukkegrænse	Regioner og lægelige organisationer	Ikke påbegyndt (Indgik ikke i OK18)

Forslag 14. Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger¹

Lægedækningsudvalget anbefalede, at det overvejes at lempe kravene for alment praktiserende læger til at dække lægevagten. Baggrunden herfor var blandt andet at gøre det mere attraktivt for læger at sætte sig i almen praksis i lægedækningstruede områder.

Danske Regioner er i dialog med PLO om, hvilke muligheder der er for at ændre rammerne for lægevagten



Samlet implementeringsstatus

med henblik på at aflaste de praktiserende læger. Aftalte aflastningstiltag vil formodentligt forudsætte ændringer i overenskomsten for almen praksis, hvilket vil kunne ske i forbindelse med en nye overenskomstaftale, der skal træde i kræft den 1. januar 2021. Derudover arbejdes regionerne med en række tiltag:

- I Region Syddanmark er der frivillighed i vagtdeltagelsen for regionens praktiserende læger. Dette betyder, at de praktiserende læger (mod betaling) kan undgå at deltage i lægevagten. Det er opfattelsen, at frivilligheden er med til at sikre rekrutteringen og fastholdelsen af de praktiserende læger i regionen.
- I Region Nordjylland pågår der forhandlinger med PLO-Nordjylland om en ny lægevagtsaftale. I forhandlingen indgår flere elementer bl.a. organiseringen af lægevagten.
- I Region Midtjylland har der været et punkt på temagruppemødet for praksissektoren om muligheden for at øge antallet af læger med vagtydernetnummer i vagtordningen. Arbejdet pågår stadig.
- I Region Sjælland påbegyndes forhandling af en ny lægevagtsaftale i januar 2020, og det vil bl.a. tage afsæt i de særlige udfordringer, som Region Sjælland har med at sikre tilstrækkeligt lægekapacitet. I Region Hovedstaden varetages akuthjælp ved sygdom uden for den praktiserende læges åbningstid af regionalt ansat personale på Akuttelefonen 1813.

Sundhedsstyrelsen vil i 2020 offentliggøre reviderede anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom eller skade. Heri forventes det, at der vil indgå anbefaling til kompetencerne i den borgerrettede telefonisk visitation, og at denne med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som omfatter både speciallæger i almen medicin, eller læger med tilsvarende kompetencer, samt sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

Forslag 14. Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner og lægelige organisationer	Implementering påbegyndt

4.1.3 Forslag vedrørende sygehuse og speciallæger

Forslag 15. Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelse af speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer

Lægedækningsudvalget anbefalede, at speciallægepraksis i højere grad end hidtil inddrages i videreuddannelsen af speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer.

Regionerne vurderer generelt, at specialelægepraksis fortsat inddrages i videreuddannelsen af læger i det omfang, det er fagligt relevant:



Samlet implementeringsstatus

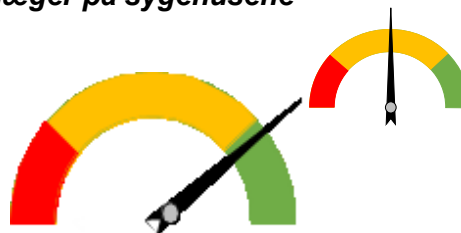
- Region Syddanmark oplyser, at speciallægepraksis inddrages i speciallægeuddannelsen i den udstrækning, hvor det giver faglig mening, og at der ikke er ændret i inddragelsen siden sidste status.
- Region Nordjylland og Region Midtjylland har i regi af Det Regionale Videreuddannelsesråd for Videreuddannelsesregion Nord vurderet, at der som udgangspunkt ikke aktuelt er behov for øget inddragelse af speciallægepraksis i den lægelige videreuddannelse. Udover almen praksis er der i videreuddannelsesregion Nord bl.a. inddraget speciallægepraksis i hoveduddannelsesforløbene i dermatovenerologi, Øre-, Næse- og Hals samt oftalmologi.
- Videreuddannelsesregion Øst har aftaler med 4 speciallægepraksisser i dermatologi, 5 i øre-, næse- og hals, 7 i oftalmologi og 3 i intern medicin: reumatologi. Der er én mindre øre-, næse- og halspraksis siden sidste status, og én ekstra i reumatologi, idet der har været hhv. et fald og en stigning i antallet af læger i hoveduddannelse i de pågældende specialer. Region Sjælland oplyser derudover, at den pga. rekrutteringsproblemer i udvalget specialer, overvejer at inddrage flere speciallægepraksisser. Der er fx udfordringer med at finde kapacitet i sygehusdelen til læger til et hoveduddannelsesforløb i almen medicin.

Lægeforeningen påpeger, at der kan tilvejebringes ekstra uddannelseskapacitet ved at inddrage speciallægepraksis i højere grad end i dag.

Forslag 15. Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelse af speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner	Delvist implementeret

Forslag 16. Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehusene

Lægedækningsudvalget foreslog, at de enkelte regioner i højere grad samarbejder og koordinerer i regionen og på tværs af regionerne for sikre hensyntagen til lokale og regionale udfordringer med lægedækning.



Samlet implementeringsstatus

Samarbejde internt i regionen

Regionerne har fortsat en række forskellige initiativer, som skal bidrage til at skabe større koordinering og samarbejde internt i den enkelte region om at tage hensyn til lokale lægedækningsudfordringer:

- Region Syddanmark har ved placering af uddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse konstant fokus på, at lægedækningstruede områder tilgodeses så vidt der er muligt. I Region Nordjylland har der været arbejdet med speciale gennemgang mv. inden for specialer, hvor der vurderes at være et særligt behov i forhold til lægedækningsudfordringer.
- Region Midtjylland har udarbejdet en strategi for arbejdsstyrkeplanlægning, som er godkendt af Regionsrådet i april 2019. Regionen arbejder løbende med strategien, som også anvendes som et styringsredskab i arbejde med lægedækning.
- Region Hovedstaden har mere systematisk udnyttet de overenskomstmæssige muligheder for, at læger kan have tjeneste på flere geografiske enheder gennem aftaler med konkrete afdelinger eller læger omfattende tjeneste på et hospital i selve hovedstaden og periodevis tjeneste på Bornholm. Dette har medført en mere stabil lægedækning på Bornholm.
- Region Sjælland oplyser, at der er behov for yderligere initiativer til spredning af speciallæger samt spredning af videreuddannelsesstillinger herunder at en større del af hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen afsluttes i de lægedækningstruede områder. I regionen er der nedsat en arbejdsgruppe bestående af alle virksomhedsområder, der løbende drøfter den interne fordeling af uddannelsesstillinger for bl.a. at arbejde med kapacitets- og rekrutteringsudfordringer. Derudover drøftes der også i bl.a. Regionens Centrale Videreuddannelsesråd fælles initiativer, der skal medvirke til at forbedre videreuddannelsen og skabe attraktive uddannelsessteder og dermed øge rekrutteringen til regionen. I regionen er det med budgetaftalen for 2020 besluttet at arbejde med en såkaldt Vandkantsmodel, som har til hensigt at gøre det mere attraktivt at nedsætte sig i lægedækningstruede områder fx via licensaftaler, frinedsættelsesret og opstartspakke ved etablering. En del af vandkantsmodellen er også etableringen af nærklinikker (forsøgsklinikker), som ligeledes skal understøtte lægedækningen ved at gøre det attraktivt at nedsætte sig som læge og fastholde ældre læger.

Samarbejde på tværs af regionerne

Danske Regioner har besluttet, at fastfrysningen af antallet af ansatte speciallæger på universitetshospitalerne i København, Aarhus og Odense videreføres til 1. april 2021. Fastfrysningen blev indført fra 1. januar 2017 og indebærer, at der er et loft for antallet af speciallægestillinger ved de enkelte hospitaler. Loftet har til formål at styrke fordelingen af speciallæger på tværs af hospitalerne. Regionerne oplyser, at loftet er implementeret og følges. I Region Syddanmark er der på Odense Universitetshospital givet dispensation i forhold til loftet (måltallet) i forbindelse med hjemtagning af ansvarsområder og etablering af nye regionale funktioner. I Region Hovedstaden er der ligeledes på Rigshospitalet samt Herlev og Gentofte Hospital givet dispensation i forhold til loftet (måltallet) pga. nye opgaver og øget antal patienter.

Danske Regioner har derudover besluttet, at hospitalerne kan undtage specialiserede områder, der udelukkende varetages på universitetshospitalerne. Det drejer sig om specialerne: dermato-venerologi, klinisk farmakologi, klinisk immunologi, thoraxkirurgi og neurokirurgi. Det vurderes ikke, at dette medfører en svækkelse af effekten af ordningen.

Danske Regioner har også besluttet at anbefale regionerne, at speciallæger skal have fem års anciennitet, inden de har mulighed for ansættelse i en overlægestilling ("femårsreglen"). Der er i perioden december 2016 (tidspunkt for indførelsen) til april 2019 sket en forholdsmæssig udvikling i forholdet mellem antal af afdelingslæger i forhold til overlæger. Således var der i december 2016 2,85 overlæger for hver afdelingslæge og i april 2019 var der 2,19 overlæger for hver afdelingslæge. Der er i alle regioner givet en række dispensationer for fem-års kravet i 2019. Regioner oplyser, at femårsreglen er implementeret og følges.

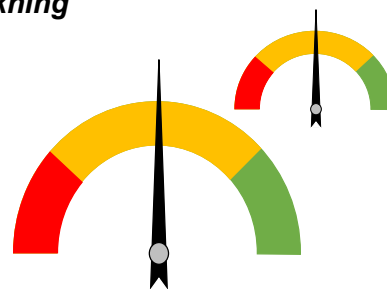
Der er desuden igangsat et tværregionalt ERFA-netværk, hvor der sparres vedrørende rekruttering af praktiserende læger.

Region Hovedstaden har i samarbejde Center for Regional og Turismeforskning udviklet en prognosemodel for fremskrivning af udbud og efterspørgsel på arbejdskraft inden for sundhedssektoren, herunder også læger. Prognosemodellen vil kunne anvendes bredt i alle regionerne. Region Hovedstaden oplyser, at hoveduddannelsesforløbene i en række specialer er omlagt eller er under omlægning således, at alle forløb omfatter ansættelse i både Region Sjælland og Region Hovedstaden. Såfremt alle forløb besættes, betyder det bedre og mere kontinuerlig lægedækning på alle afdelinger.

Forslag 16. Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehuse			
Forslag		Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a.	De enkelte regioner, der har lokale rekrutteringsproblemer i sygehusvæsenet, betragter i højere grad det lægelige arbejdsmarked som sammenhængende og koordinerer deres rekruttering, så der tages hensyn til sygehuse med lokale lægedækningsproblemer	Regioner	Delvist implementeret
b.	De fem regioner etablerer et samarbejde om rekruttering med det sigte, at den enkelte region tager hensyn på andre regioners udfordringer med lægedækning	Regioner	Delvist implementeret

Forslag 17. Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne med henblik på at understøtte bedre lægedækning

Lægedækningsudvalget foreslog, at regionerne og de faglige organisationer fortsat arbejder aktivt med opgaveflytningsdagsordenen med henblik på at understøtte bedre lægedækning. Baggrunden herfor var bl.a., at lægers arbejdskraft skal anvendes, hvor det giver størst værdi og opgaver, der kan varetages af andre relevante faggrupper, bør flyttes til disse. I regionerne arbejdes der fortsat med forskellige initiativer, der skal hjælpe med at understøtte dette:



Samlet implementeringsstatus

- I Region Syddanmark er der primært med baggrund i en kritisk lægedækningssituation oprettet en almenmedicinsk regionsklinik på Sydvestjysk Sygehus under den fælles akutmodtagelse (FAM). Klinikken anses som en ny organisationsform og tilstræber via dette at tiltrække læger. Det er for tidligt at vurdere, om dette mål er lykkedes.
- I Region Nordjylland er der sket en omorganisering af hospitalsstrukturen i regionen således, at Thisted Sygehus er blevet en del af Aalborg Universitetshospital. Formålet hermed har været at bidrage til sikring af tilstrækkelige lægeressourcer i hele regionen. Derudover udbydes der i regi af kvalitetsenheden for almen praksis (Nord-KAP) et bredt udvalg af kurser for praksispersonale med henblik på at kvalificere og ruste personalet til arbejdsopgaverne, når der sker opgaveglidning i almen praksis.
- Region Midtjylland arbejder fortsat ud fra deres strategi for arbejdsstyrkeplanlægning. Derudover er der udarbejdet et tilbud om ledelses- og organisationsudvikling i almen praksis, hvilket bl.a. har fokus på organiseringen i almen praksis. Tilbuddet er nyt og blev annonceret i september 2019. Tilbuddet og retter sig mod ny-nedsatte lægepraksis og lægepraksis i ubalance.
- Region Hovedstaden søger, hvor det giver mening at udnytte de overenskomstmæssige muligheder for, at læger f.eks. kan have tjeneste på flere geografiske enheder eller ansættelse kombineret med forskning.
- I Region Sjælland arbejdes der vedvarende med nye organisationsformer og opgaveglidning. Regionen har fornyeligt fået tilladelse til at etablere nærklinikker (forsøgsklinikker), hvilket skal understøtte organisationsudviklingen i almen praksis. De to første klinikker etableres i 2020. Derudover har regionen etableret landets første E-hospital, som har igangsat en udvikling i retning af mere elektronisk understøttelse af almen praksis både med henblik på at aflaste den praktiserende læge og skabe større nærhed.

Forslag 17. Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne med henblik på at understøtte bedre lægedækning

Ansvarligt myndighedsniveau

Implementeringsstatus

Regioner og lægelige organisationer

Delvist implementeret

Forslag 18. Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer

Lægedækningsudvalget anbefalede, at regionerne og relevante parter søger at benytte deres muligheder for at forbedre lægedækningsituationen gennem fleksible ansættelsesformer. Baggrunden herfor var en medlemsundersøgelse fra Yngre Læger (2016), som viste, at bl.a. deltidsansættelser og forskningsmuligheder i arbejdstiden kunne bidrage til at tiltrække og fastholde læger.



Samlet implementeringsstatus

Flere af regionerne tilbyder forskellige former for fleksible og alternative ansættelser:

- Region Syddanmark har oprettet en regionsklinik på Sydvestjysk Sygehus, hvilket bl.a. er et forsøg på at tilbyde attraktive arbejdspladser med fleksible ansættelsesformer, eks. kombinationsansættelser i klinik og på sygehuset.
- I Region Nordjylland arbejdes der i udviklingsprogrammet Nye Veje med digitaliseringsindsatser, som f.eks. videokonsultationer mellem borger og regionsklinik. Løsningen skaber fleksibilitet, idet lægen ikke behøver at møde op i klinikken, men kan foretage videokonsultationer decentralt. Dermed kan lægen eks. have tre dage i fremmøde og 2 hjemmearbejdsdage. I flere af de tilfælde, hvor praktiserende læger i Region Nordjylland har valgt at ophøre med at drive egen praksis, har det været muligt at ansætte læger i den regionsklinik, som er etableret som følge af konkrete praksisophør. Ansættelse er typisk sket på nedsat tid og uden administrative og ledelsesmæssige opgaver. Derudover er regionen og PLO-Nordjylland enige om at understøtte muligheden for at etablere licensklinikker for at tiltrække og fastholde læger til områder med lægedækningsudfordringer.
- Region Midtjylland har været i gang med at se på mulighederne for oprette kombinationsstillinger mellem hospital og almen praksis. Erfaringer fra andre regioner har dog vist, at det ikke har haft den store effekt, og på den baggrund har regionen ikke arbejdet videre med initiativet. Regionen har fortsat 4 universitetsklinikker på

regionshospitalerne og forventer, at der kommer flere. Derudover arbejder regionen fortsat med fastholdelse og udvikling af attraktive arbejdspladser bl.a. ved hjælp af hjemmearbejdspladser for radiologer og livsfasepolitikken, som har til formål, så vidt som muligt, at tilgodese de ansattes ønsker til faglige og personlige udfordringer og arbejdsvilkår i øvrigt.

- Region Hovedstaden vurderer, at regionen generelt tilbyder gode forskningsmuligheder og fleksible ansættelsesformer. Ligeledes tilbyder Region Sjælland fleksible ansættelsesformer, hvor der er mulighed for at kombinere forskning og praksisdrift. Derudover afprøver regionen fortsat et projekt med en mobil arbejdsplads etableret i en bus, som kører fra København til Lolland.

Forslag 18. Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer

Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner og lægelige organisationer	Delvist implementeret

4.2 Den politiske aftale om bedre lægedækning

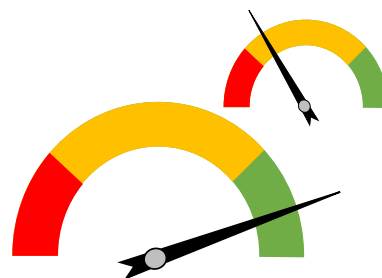
Lægedækningsudvalgets rapport blev fulgt op af en bred politisk aftale om bedre lægedækning, som alle Folketingets partier indgik i februar 2017. I aftalen blev det tilkendegjort, at man vil løfte en række forslag for udvalget samt igangsætte andre initiativer for at styrke lægedækning i hele landet. I det følgende gøres der status på disse initiativer.

Erfaringer med at drive udbuds- og regionsklinikker

På baggrund af den politiske aftale om bedre lægedækning var aftalepartierne enige om at samle op på de erfaringer, der er gjort med at drive udbuds- og regionsklinikker siden 2012, herunder at inddrage såvel øvrige private aktører som offentlige aktører. Evalueringen blev offentliggjort i juni 2018.

Erfaringsopsamlingen viste, at der i perioden 2012-2018 skete en støt stigning i antallet af gruppe 1-sikrede patienter, hvis almenmedicinske tilbud blev dækket af enten en regions- eller udbudsklinik. Geografisk var der en overrepræsentation af klinikker i forhold til antal gruppe 1-sikrede borgere i Region Sjælland og Region Nordjylland.

Derudover viste erfaringsopsamlingen, at regionerne var tilfredse med mulighederne for at etablere regions- og udbudsklinikker, bl.a. fordi regionerne derved kunne overholde deres forsyningspligt i områder, hvor det ikke var muligt at rekruttere læger til at praktisere under overenskomsten.



Samlet implementeringsstatus

Bedre virtuel eller digital kommunikation

Digitalisering har en forandringskraft og nye teknologier som fx telemedicinske løsninger og kunstig intelligens er med til at flytte rammerne for, hvordan sundhedsydelser ydes.

Siden første status på Lægedækningsudvalgets anbefalinger har Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, KL og Finansministeriet udarbejdet en strategi for digital sundhed indeholdende 27 konkrete initiativer, der skal være med til at skabe et sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle - både patienter og sundhedspersonale.



Samlet implementeringsstatus

Borgeres kontakt til sundhedsvæsenet ændres i takt med digitaliseringen, og initiativerne i strategien skal gøre patienterne mere aktive i deres egne behandlingsforløb gennem bedre adgang til egne oplysninger og mere fleksibel kontakt til sundhedsvæsenet fx gennem anvendelse af telemedicinske løsninger, videokonsultationer og patientrapporterede oplysninger (PRO). For medarbejdere vil de digitale redskaber og bedre adgang til relevante oplysninger kunne understøtte bedre samarbejde og koordination på tværs og dermed medvirke til et mere effektivt sundhedsvæsen. Derudover vil nye teknologier og dataunderstøttede arbejdsgange hjælpe sundhedspersonale til at målrette deres indsats, så borgere behandles tidligere og – i sidste ende – mindre.

Telemedicin giver mulighed for behandling på distancen

Sundhedsvæsenet har i flere år arbejdet strategisk med udbredelsen af telemedicin og velfærdsteknologier, der har understøttet arbejdsgange for medarbejderne og bedre pleje og behandling til borgeren.

Siden første status er der arbejdet videre med udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering inden for nye områder. I 2020 bliver der udrullet telemedicinsk hjemmemonitorering af borgere med KOL i hele landet. National udbredelse sker på baggrund af et projekt fra TeleCare Nord i Nordjylland, der viste, at patienter i telemedicinsk behandling oplever færre indlæggelser og ambulatoriebesøg, men samtidig oplever en øget behandlingskvalitet og tryghed i hverdagen. Derudover er regeringen, KL og Danske Regioner i kommunerne og regionernes økonomaftaler for 2020 enige om at fortsætte arbejdet med udbredelse af telemedicinske tilbud til borgere med hjertesvigt.

Udover store nationale udbredelsesprojekter viser MedComs telemedicinske landkort, at der aktuelt er over 300 lokale telemedicinske initiativer, som enten afprøves eller er udbredt og anvendes i den daglige drift.

Patientrapporterede oplysninger (PRO)

På tværs af sundhedsvæsenet er der igangsat en række aktiviteter både lokalt og nationalt, der har til formål at udbrede anvendelsen af patientrapporterede oplysninger (PRO-data), der er en samlet betegnelse for patientens besvarelse af spørgsmål om egen sundhedstilstand. PRO-data kan bruges systematisk og aktivt i dialogen med patienten, så patienten er bedre forberedt til mødet med det sundhedsfaglige personale, og patientens

svar kan hjælpe det sundhedsfaglige personale med at målrette samtalen til der, hvor der måtte være problemer. PRO-data kan også bruges som observations- og screeningsværktøj, hvor patientens svar på spørgsmål bruges til at vurdere behovet for konsultationer, således at læger kun bruger tid på de patienter, der har brug for opfølgning og der dermed spares unødvendige konsultationer med velbehandlede patienter.

Det fremgik af første status, at der som led i udmøntning af økonomiaftalen for 2017 er oprettet et PRO-sekretariatet i Sundhedsdatastyrelsen, der bl.a. skal tilpasse og standardisere internationale PRO-skemaer til danske forhold samt løbende udpege nye sygdoms-områder, hvor der skal etableres nationale PRO-skemaer. Sekretariatet har i samarbejde med klinikere og patienter udviklet og er i gang med afprøvning af skemaer inden for en lang række områder herunder apopleksi, knæ- og hofteartrose, tidlig opsporing af depression, graviditet og barsel, diabetes, hjerterehabilitering og blødere. Derudover er der igangsat et arbejde med at udvikle skemaer til psoriasis og palliation.

På baggrund af erfaringer med PRO-data inden for disse områder er regeringen, KL og Danske Regioner i aftaler om regionerne og kommunernes økonomi for 2020 enige om at udbrede anvendelsen af PRO-data til behandling inden for hjerterehabilitering og diabetes, og parterne gennemfører derfor en række piloter i 2020 med henblik på at forberede national udbredelse.

Digital kontakt til din praktiserende læge og en mere effektiv hverdag i almen praksis

I første status på implementering af anbefalingerne indgik en orientering om, at Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde med bl.a. Danske Regioner, KL og PLO har igangsat en indsats for at understøtte udviklingen af nye digitale tiltag i almen praksis, som skal optimere og lette arbejdsgangene for de praktiserende læger, understøtte en mere fleksibel kommunikation med patienter og dermed frigøre tid og rum til andre opgaver. Arbejdet er organiseret i programmet 'Digital Almen Praksis' og indeholder følgende projekter:

1. Hurtigt patientoverblik
2. Bedre forberedelse af konsultationer
3. Den intelligente indbakke
4. Forbedring af epikriser
5. Kommunikation med hjemmesygeplejen
6. En borgerrettet app til almen praksis (MinLæge)
7. Signaturprojekt for anvendelse af kunstig intelligens i almen praksis.

Siden første status er en række af løsningerne blevet udviklet og taget i brug. App'en "MinLæge", som giver borgere en digital indgang til egen læge, er siden release i januar 2019 blevet downloadet over 200.000 gange. Med de første versioner af app'en er det muligt for borgere at skrive til lægen og se en række oplysninger om dem selv og deres børn, og i løbet af 1. halvår 2020 bliver det muligt for borgere at booke tider gennem app'en. Derudover gennemføres der aktuelt et pilotprojekt, hvor videokonsultationer mellem borgere og almen praksis afprøves i app'en.

Derudover har projektet for forbedring af epikriser sikret, at almen praksis modtager epikriser fra sygehuset, som er prioriterede og målrettede i forhold til den opfølgingsindsats, der skal ydes i almen praksis. Udover at de forbedrede epikriser er med til at øge patient-sikkerheden i sektorovergangen mellem sygehus og almen praksis, så sparer de også lægerne for tid, når de ikke længere skal læse mange siders tekst for at finde de relevante oplysninger, og når de lettere kan se i indbakken, hvilke borgere der har brug for en opfølgingsindsats.

På baggrund af den nationale strategi for kunstig intelligens er regeringen, KL og Danske Regioner i økonomiaftalerne for 2020 blevet enige om at prioritere 15 signaturprojekter inden for kunstig intelligens, herunder et projekt for i almen praksis at afprøve løsninger, der kan hjælpe med hurtigere prøvesvar eller udvikle beslutningsstøtteværktøjer til tidligere diagnosticering af fx vanskelige eller sjældne diagnoser.

Ud over projekterne i programmet for Digital Almen Praksis er der siden første status udviklet og implementeret digitale forløbsplaner til patienter med KOL og diabetes type-2 i almen praksis. De digitale forløbsplaner er med til at sikre en ensartet behandling af de kronisk syge patienter, understøtte at læger deler behandlingsansvar med klinikpersonale og giver lægerne et værktøj til at finde og behandle de mest sårbare patienter i klinikken.

Sproglige kvalifikationer for udenlandske læger

Regionerne gør fortsat brug af international rekruttering som et supplement til andre rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer. Med den politiske aftale var aftaltpartierne enige om vigtigheden af, at patienter i det danske sundhedsvæsen oplever, at de bliver forstået – og at de forstår de besked, de får af sundhedspersonalet.

Regionsråd, kommunalbestyrelser og private virksomheder skal som arbejdsgivere og driftsherrer sikre, at deres ansatte sundhedspersoner, herunder udenlandske sundhedspersoner, har de sproglige kompetencer, der er nødvendige for en god kommunikation mellem læge og patient. Det er en helt grundlæggende del af arbejdsgiveransvaret, at sprogkompetencer sikres på linje med andre kompetencer i forbindelse med ansættelse af sundhedsfagligt personale. På den baggrund har regeringen den 28. februar 2020 fremsat et lovforslag, der indeholder en lovfæstelse og præcisering af arbejdsgiverens ansvar for at sikre de nødvendige sproglige kompetencer hos udenlandsk sundhedspersonale.

Regionerne har generelt fokus på de udenlandske lægers sproglige og kommunikative kompetencer, og de enkelte regioner har iværksat en række forskellige, konkrete indsatser med henblik på at sikre de nødvendige sproglige kompetencer hos udenlandske læger, herunder f.eks. sprog- og kommunikationskonsulenter, sprogundervisning og mentorprogrammer. .



Samlet implementeringsstatus

Bilag 1 – Kommissorium for Lægedækningsudvalget

Baggrund

Regeringen ønsker, at alle danskere skal have adgang til sundhedsydelser, uanset hvor i landet de bor og uanset behandlingsbehov. Det drejer sig blandt andet om adgangen til speciallægeressourcer, herunder alment praktiserende læger. I et i øvrigt generelt velfungerende sundhedsvæsen er der en udfordring i forhold til at sikre en hensigtsmæssig fordeling af de rigtige lægelige ressourcer på tværs af landet og i alle specialer. Derfor ned sættes et udvalg, der skal skabe overblik over udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet.

Udvalgets opgaver

Udvalget skal analysere udfordringerne og opstille mulige løsningsforslag, der kan understøtte en mere hensigtsmæssig fordeling af læger på tværs af landet. Konkret får udvalget følgende opgaver:

- Analyse af fordelingen af læger på tværs af landet: Geografiske forskelle i antal læger fordelt på specialer, besatte/ubesatte hoveduddannelsesforløb, optaget på medicinstudiet på tværs af landet mv. Relevante forhold som fx lægernes alder, praksisstruktur, aktivitet, ledige og ubesatte stillinger på sygehusene mv. inddrages i analysen.
- anbefalinger ift. at understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne på tværs af landet.

Internationale tendenser og eksterne analyser ift. lægebestanden kan i relevant omfang inddrages i analysen og kortlægningen. Udvalgets arbejde skal baseres på et generelt krav om omkostningseffektivitet og anbefalingerne må ikke samlet set indebære offentlige merudgifter.

Sammensætning

Udvalget sammensættes af repræsentanter fra følgende myndigheder og foreninger:

- Danske Regioner
- KL
- Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen
- Finansministeriet

- Lægeforeningen

Sundheds- og Ældreministeriet udpeger formanden for udvalget. Der vil kunne inddrages relevante interessenter i arbejdet, herunder sundhedskoordinationsudvalgene. Udvalget er opmærksomt på det arbejde, der foregår i regi af Sundhedsstyrelsens Prognose- og Dimensioneringsudvalg og Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Udvalgets arbejde skal ses i sammenhæng med udvalgsarbejdet om et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Proces

Udvalget sekretariatsbetjenes af Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsdatastyrelsen inddrages fsva. analyser og data.

Der sigtes mod, at der kan afholdes 3-5 møder med forventet afrapportering i 2016. Afrapporteringen til sundheds- og ældreministeren sker i form af en rapport med overvejelser og evt. anbefalinger.

Bilag 2 – Medlemmer af udvalg ved tidspunktet for afrapportering

Martin Teilmann, formand

Lægeforeningen

Mads Skipper, 1. reservelæge og ph.d.

Mette Worsøe, overlæge

Gunver Lillevang, alm. praktiserende læge

Helle Søholm, reservelæge og ph.d.

Danske Regioner

Erik Jylling, sundhedspolitisk direktør

Kirsten Jørgensen, centerchef

Thomas Jensen, centerchef

Berit Bjerre Handberg, sekretariatschef for Videreuddannelsessekretariatet Region Nord

KL

Hanne Agerbak, kontorchef

Anders Kjærulff, direktør, Silkeborg Kommune

Karen Nørskov Toke, centerchef, Københavns Kommune

Finansministeriet

Søren Lund, kontorchef

Sundhedsstyrelsen

Kirsten Hansen, sektionsleder

Sundheds- og Ældreministeriet

Katrine Ring, kontorchef

Lene Brøndum Jensen, kontorchef

Bilag 3 – Oversigt over Lægedækningsudvalgets forslag og ansvarligt myndighedsniveau

Forslag	Ansvarlig myndighedsniveau
1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne	
a. Øge optagetallet ved medicinstudiet i Aalborg i forhold til de øvrige tre universiteter	Staten
b. Begrænse de studerendes mulighed for at flytte universitet efter bachelordelen for at begrænse en uhensigtsmæssig vandring fra Vestdanmark til Østdanmark	Staten
c. Bredere geografisk spredning af de lægestuderendes klinikophold under studiet	Staten og regioner
2. Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse	
a. En større del af videreuddannelserne inden for den samlede ramme søges placeret decentralt i forhold til de større sygehuse i universitetsbyerne, herunder i lægedækningstruede områder	Regioner
b. Etablering af forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsstillinger, hoveduddannelsesforløb) i lægedækningstruede områder	Regioner

c. Overveje nye KBU-fordelingsmetoder i regi af Sundhedsstyrelsen med henblik på at understøtte bedre lægedækning	Staten
3. Justering af femårsfristen i den lægelige videreuddannelse	
a. Etablering af forsøg med øget fleksibilitet vedr. femårsfristen i forbindelse med lokalt/regionalt tilrettelagte videreuddannelsesforløb	Staten
b. Lempeligere adgang til individuel dispensation fra femårsfristen til læger som følge af ansættelse i decentrale uddannelsesforløb	Staten
4. Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (fx gennem lokale informationskampanjer, vejledning, mentorordninger mv.)	Regioner, kommuner og lægelige organisationer
5. Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse	
a. Bedre mulighed for klinikophold eller studiejob som praksisassistenter i almen praksis for medicinstuderende	Staten, regioner og lægelige organisationer
b. Alle læger skal arbejde et halvt år i almen praksis som en del af den kliniske basisuddannelse (KBU)	Staten
6. Dimensioneringen af almen medicin øges relativt inden for den samlede dimensionering af den lægelige videreuddannelse	Staten
7. Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen medicinske klinikker	
a. Mulighed for at etablere regionsdrevne klinikker uden forudgående udbud	Staten
b. Mulighed for at drive regionsklinikker i en længere tidsperiode end de nuværende fire år	Staten

8. Mere fleksible organisationsformer i almen praksis	
a. Større udbredelse af satellit-praksis	Regioner og lægelige organisationer
b. Øget mulighed for ansættelse af almen medicinere i almen praksis	Regioner og lægelige organisationer
c. Åbne mulighed for, at læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe direkte fra andre praktiserende læger	Staten
9. Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis med henblik på at frigøre lægelige ressourcer til øget lægedækning	Regioner og lægelige organisationer
10. Rammedelegation til kommunale sygeplejersker	Staten
11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde for at understøtte bedre lægedækning	Regioner og lægelige organisationer
12. Udbredelse af faglige og organisatoriske fællesskaber i almen praksis	
a. Etablering af praksisfællesskaber og praksis i fx tilknytning til sundhedshuse og kommunale akutfunktioner	Regioner og lægelige organisationer
b. Udbredelse af klyngeorganisering, dvs. at flere lægepraksis går sammen om fx at få løst en række administrative opgaver i forbindelse med ansættelse af personale, IT-arbejde og benchmarking, kvalitetsudvikling mv.	Regioner og lægelige organisationer
13. Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal	
a. Hæve den tekniske åbnegrænse, så den tilnærmes eller blive identisk med den nedre lukkegrænse	Regioner og lægelige organisationer
b. Overveje at hæve den nedre lukkegrænse	Regioner og lægelige organisationer

14. Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger	Regioner og lægelige organisationer
15. Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelsen af speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer	Regioner
16. Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehusene	
a. Koordinering og samarbejde internt i den enkelte region om lægerekruttering med henblik på større hensyntagen til sygehuse med lokale lægedækningsproblemer	Regioner
b. Koordinering og samarbejde på tværs af regionerne om lægerekruttering med henblik på større hensyntagen til regioner med lægedækningsudfordringer	Regioner
17. Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne med henblik på at understøtte bedre lægedækning	Regioner og lægelige organisationer
18. Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer	Regioner og lægelige organisationer

Bilag A - Oversigt over forsøgsordninger med sammenhængende uddannelsesforløb i grund- og videreuddannelsen for læger

Nedenfor i tabel 1 fremgår en oversigt over godkendte forsøgsordninger med sammenhængende uddannelsesforløb i grund- og videreuddannelsen for læger.

Tabellen er opdelt i ansøgninger fra hver af de tre videreuddannelsesregioner. Ansøgningsnummeret angiver ikke den tidlige rækkefølge for modtagelse og godkendelse af ansøgningerne, men hvilke forløb som der er søgt om i samme ansøgning. En række af ansøgninger vedrører kun ét forløb, og dermed er der kun en startdato og ingen afslutningsdato, da forsøget er færdiggjort, når det ene forløb har været slået op.

Tabel 1

Oversigt over godkendte forsøgsordninger med sammenhængende uddannelsesforløb i grund- og videreuddannelsen for læger

Ansøgningsnr.	VUR	Periode start	Periode slut	Forløbstype	Speciale i introduktions-/hoveduddannelse	Region	Antal (maks. ramme)*
1	Nord	2018	2022	KBU, intro	Almen medicin	Nordjylland	I alt 10 halv-årligt
1	Nord	2018	2022	KBU, intro	Psykiatri	Nordjylland	
1	Nord	2018	2022	KBU, intro	Kirurgi	Nordjylland	
1	Nord	2018	2022	KBU, intro, HU	Almen medicin	Nordjylland	4 årligt
1	Nord	2018	2022	KBU, intro, HU	Psykiatri	Nordjylland	4 årligt
1	Nord	2018	2022	KBU, intro, HU	Kirurgi	Nordjylland	2 årligt
2	Nord	2020	2024	KBU, intro, HU	Almen medicin	Midtjylland	4 årligt
3	Nord	2019	2023	Intro, HU	Psykiatri	Midt-/Nordjylland (6 forløb i Region Midt og 2 forløb i Region Nord)	8 årligt
3	Nord	2019	2023	Intro, HU	Neurologi	Midt-/Nordjylland	3 årligt
4	Syd	2018	2020	Intro, HU	Intern medicin: Geriatri	Syddanmark	1 årligt
4	Syd	2018	2020	Intro, HU	Intern medicin: Reumatologi	Syddanmark	1 årligt
4	Syd	2018	2020	Intro, HU	Psykiatri	Syddanmark	1 årligt
4	Syd	2018	2020	Intro, HU	Børne- og ungdomspsykiatri	Syddanmark	1 årligt
4	Syd	2018	2020	Intro, HU	Anæstesiologi	Syddanmark	1 årligt
4	Syd	2018	2020	Intro, HU	Almen medicin	Syddanmark	3 årligt
5	Syd	2025	2030	Kandidat, KBU	-	Syddanmark (Esbjerg)	30 årligt
6	Syd	2020	2022	Intro, HU	Intern medicin: Lungesygdomme	Syddanmark	4 årligt
7	Syd	1.3.2018	-	Intro, HU	Almen medicin	Syddanmark (Nordals, Sønderjylland, Aabenraa)	1 forløb
8	Syd	1.9.2018	-	Intro, HU	Intern medicin: Lungesygdomme	Syddanmark (Sønderjylland/Odense)	1 forløb
9	Syd	1.3.2019	-	Intro, HU	Intern medicin: Lungesygdomme	Syddanmark (Sydvestjysk/Odense)	1 forløb
10	Syd	1.9.2019	-	Intro, HU	Akutmedicin	Syddanmark (Sønderjylland/Odense)	1 forløb

11	Øst	2019	2023	Kandidat, KBU	-	Sjælland (Køge)	24 halvårligt
11	Øst	2019	2023	Kandidat, KBU, intro	Valgfrit	Sjælland (Køge)	heraf 10 halvårligt

Anm.: *Det bemærkes, at der ovenstående er et overblik over godkendte forløb. Det er den enkelte videruddannelsesregion, som søger for at slå forløbene op til besættelse.

Kilde: Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet

ⁱ Sundheds- og Ældreministeriet er blevet opmærksom på, at pilen i implementeringsbarometret i første status for anbefaling 14 ved en fejl var placeret til højre i det gule felt, hvilket ikke er overensstemmelse med den status, som fremgår af teksten. Derfor er der ikke overensstemmelse mellem implementeringsbarometret i første status og nærværende anden status.