

# LÆGEDÆKNING I HELE DAN- MARK

## STATUS PÅ LÆGEDÆKNINGSUDVAL- GETS FORSLAG OG POLITISK AF- TALE OM BEDRE LÆGEDÆKNING



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 sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor i landet man bor, og uanset hvad man fejler. Det kræver, at der er tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet. Det kan imidlertid konstateres, at der i visse dele af landet er uensartede problemer med at skaffe læger, bl.a. læger til almen praksis i yderområder og socialt belastede områder og læger til zagehuse uden for de større byer.

Aftalepartierne er enige om, at almen praksis udgør en central del af sundhedsvæsenet, og at sektoren også fremover skal udvælges og moderniseres som led i styrkelsen af det samlede og sammenhængende sundhedsvæsen. En stærk almen praksis med fx eget opgørvaretagelse af bl.a. kroniske patienter og større enheder, herunder med eget brug af andet sundhedsfagligt personale, er således afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen og for borgernes oplevelse af kontrol, nærhed og tryk.

Aftalepartierne ønsker grundlæggende at understøtte en stærk almen praksisstruktur, men finder at der kan være behov for at se på yderligere midtertdige løsninger på grund af lægedækningsproblemerne nogle steder i landet.

Venstre-regeringen nedbatte i januar 2016 et Lægedækningsudvalg, som afleverede sit forslag til Sundhedsministeren i januar 2017. Aftalepartierne 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.

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

- at forlænge den eksisterende fireårige periode, hvor regionerne har mulighed for at drive almen medicinsk klinikker, if. sundhedslovens § 227, stk. 5, og til såvel de tilbage af lægedækningsproblemer. Sundhedsministeren vil i efteråret 2017 fremsætte lovforslag herom. Der gennemføres en evaluering af anvendelsen af regionaliseret inden for tre år efter lovens ikrafttrædelse.
- at åbne mulighed for, at almen praktiserende læger, der ønsker at eje flere yderområde, if. sundhedslovens § 227, stk. 2, kan lade direkte fra andre praktiserende læger. Sundhedsministeren vil i efteråret 2017 fremsætte lovforslag herom.
- at omprofilere midler i en treårig overgangsperiode til at understøtte en honorarordning i almen praksis, der kan sikre bedre lægedækning. Prioriteringsforslaget, af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lærings- og Talentskole (RLTN) aftaler en model for differentieret besoldning i de aktuelle overenskomstforhandlinger om almen praksis.

Januar 2018

# Indhold

Lægedækning i Hele Danmark .....	1
Kapitel 1: Indledning .....	3
Kapitel 2: Sammenfatning .....	5
2.1 Rekruttering af speciallæger til yderområder og socialt belastede områder .....	6
2.2 Rekruttering af alment praktiserende læger.....	7
2.3 Anvendelse af de lægelige ressourcer – sygehuse og speciallæger .....	8
2.4 Rekruttering af læger inden for udvalgte sygehusspecialer .....	8
2.5 Øvrige initiativer .....	9
Kapitel 3: Status på implementering af initiativer .....	11
3.1 Lægedækningsudvalgets forslag .....	11
3.2 Den politiske aftale om bedre lægedækning.....	33
3.3 Sammenfatning af status for implementering af Lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning.....	36
Kapitel 4: Særlige fokusområder .....	37
4.1 Psykiatri og Børne- og Ungdomspsykiatri.....	37
4.2 Neurologi.....	41
4.3 Øvrige specialer med særligt fokus .....	43
4.4 Opsamling på indsatser inden for særlige fokusområder .....	44
Bilag 1 – Kommissorium for Lægedækningsudvalget.....	45
Bilag 2 – Medlemmer af udvalg ved tidspunktet for afrapportering.....	47
Bilag 3 – Oversigt over Lægedækningsudvalgets forslag og ansvarligt myndighedsniveau.....	48
Bilag 4 – Speciallæger i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og neurologi.....	52

# Kapitel 1: Indledning

Det danske sundhedsvæsen skal sørge for, at alle patienter har let og lige adgang til behandling af høj kvalitet. Det gælder, uanset hvad man fejler, og uanset hvor man bor. Derfor er det også væsentligt, at der er en tilstrækkelig god lægelækning i hele landet.

I Danmark er der flere læger end nogensinde før, og i forhold til befolkningstallet er antallet af læger på niveau med de lande, vi normalt sammenligner os med. Det forventes endvidere, at Danmark frem mod 2040 vil opleve en stigning i antallet af speciallæger. Dog er der aktuelt udfordringer med at rekruttere læger i nogle dele af Danmark og til nogle specialer. Især almen praksis og sygehuse, der ligger langt fra universitetsbyerne, oplever lægedækningsudfordringer. Der er således en geografisk, social og speciale-mæssig fordelingsudfordring, som kan gøre det vanskeligt i nogle områder af landet at sikre en tilstrækkelig lægedækning.

På denne baggrund nedsatte den daværende regering i januar 2016 et Udvalg om Lægedækning i Hele Landet ("Lægedækningsudvalget"). Udvalget bestod af repræsentanter fra Lægeforeningen, Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet (jf. bilag 1 og 2). I januar 2017 offentliggjorde udvalget rapporten "Lægedækning i hele Danmark", hvor 18 forslag til, hvordan der kan skabes en bedre lægedækning i hele Danmark, blev fremlagt (jf. bilag 3).

Som opfølgning på Lægedækningsudvalgets rapport indgik regeringen og alle Folketingets partier den 9. februar 2017 en politisk aftale om bedre lægedækning. Aftalepartierne har aftalt, at hovedparten af Lægedækningsudvalgets anbefalinger skal implementeres. Derudover blev aftalepartierne enige om yderligere tiltag til at imødekomme udfordringer med lægedækning i Danmark. Med den politiske aftale blev det besluttet, at der skal gøres status for parternes implementering af forslagene omkring årsskiftet 2017/2018.

Den foreliggende status er en opfølgning på den politiske aftale om bedre lægedækning, som følger op på såvel aftalens initiativer som forslag fra Lægedækningsudvalget. Denne status er udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet på baggrund af bidrag fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, regionerne, Danske Regioner, kommunerne via KL og Lægeforeningen og er opbygget således:

- Kapitel 2 sammenfatter konklusioner om initiativernes implementeringsstatus. Der gøres her status på rekruttering af speciallæger til yderområder og socialt belastede områder, rekruttering af alment praktiserende læger, anvendelse af

de lægelige ressourcer og rekruttering af læger inden for specialer, som i særlig grad oplever lægedækningsudfordringer, samt øvrige relevante initiativer.

- Kapitel 3 gør status på hvert af de 18 forslag fra Lægedækningsudvalget og på de særskilte initiativer, der blev taget med den politiske aftale om bedre lægedækning.
- Kapitel 4 sætter særligt fokus på specialer, der har oplevet større rekrutteringsvanskeligheder, og hvor der kan være behov for en særlig indsats. Dette fokus retter sig specielt mod det psykiatriske og det neurologiske område.

De initiativer, der skal bidrage til at sikre en bedre lægedækning i hele landet, kan ikke løses ét sted. Det er et fælles ansvar at styrke lægedækningen, som vi skal løfte i staten, regionerne, kommunerne og i de lægelige organisationer.

Status viser, at de relevante parter aktivt arbejder med implementeringen af initiativerne fra Lægedækningsudvalget og den politiske aftale om bedre lægedækning. En række initiativer er allerede implementeret. Eksempelvis er optaget af medicinstuderende på Aalborg Universitet øget med 50 pladser, der er vedtaget et lovforslag, som giver regionerne mulighed for at drive regionsklinikker i en seksårig periode mod tidligere fire år, og der er indgået en overenskomstaftale mellem PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn). De fleste øvrige initiativer er enten påbegyndt eller delvist implementeret ultimo 2017. Der er dog generelt regionale og lokale variationer i implementeringen af forslagene, og der pågår flere steder et arbejde for igangsættelse eller videre implementering af forslagene.

Vurderingen af et initiativs implementeringsstatus er illustreret med et "implementeringsbarometer", der har til formål at give et overordnet overblik over forslagenes implementeringsgrad som supplement til den øvrige gennemgang. Med implementering forstås her, at relevante initiativer er iværksat, mens den fulde effekt af implementeringen endnu ikke nødvendigvis er kommet til udtryk. Markøren går fra 1 ("rød"), som indikerer, at implementeringen af initiativet ikke er igangsat, til 5 ("grøn"), der er udtryk for, at initiativet er eller i overvejende grad er implementeret pr. 1. januar 2018. Vurderingerne er foretaget på baggrund af parternes bidrag og en konkret vurdering af den beskrevne implementering. Da der indgår flere delforslag i en række initiativer, og der er regionale forskelle i initiativernes implementering, skal implementeringsbarometeret ses som udtryk for en samlet vurdering af implementeringen af et givent initiativ.

Den udarbejdede status giver således et indblik i, hvor langt parterne er med implementering af initiativer, der skal bidrage til at sikre en god lægedækning. Ansvar for konkret implementering eller igangsættelse af implementering af initiativerne hviler på de relevante parter. Parterne opfordres til at fortsætte arbejdet med implementeringen af initiativerne med henblik på at skabe en bedre lægedækning i hele Danmark.

Sundheds- og Ældreministeriet vil gøre status på den videre implementering ultimo 2019.

# Kapitel 2: Sammenfatning

I det følgende sammenfattes status for implementering af Lægedækningsudvalgets forslag og initiativerne fra den politiske aftale om bedre lægedækning af 9. februar 2017. Formålet med kapitlet er at skabe overblik over den generelle implementeringsstatus. Status for implementering af de enkelte initiativer fremgår i Kapitel 3.

Lægedækningsudvalget konkluderede, at der overordnet ikke er et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Antallet af læger og speciallæger har i de seneste år været stigende (jf. tabel 1 og 2), og antallet af læger i forhold til befolkningstallet er på niveau med andre lande, som vi normalt sammenligner os med – og over OECD-gennemsnittet.

<b>Tabel 1</b>			
<b>Udviklingen i antal speciallæger opdelt på regioner</b>			
Region	Antal speciallæger		Udvikling fra 2008-2015 (pct.)
	2008	2015	
Nordjylland	1.208	1.343	11,2
Midtjylland	2.857	3.295	15,3
Syddanmark	2.709	3.187	17,6
Hovedstaden	5.027	5.725	13,9
Sjælland	1.694	1.921	13,4
Alle Regioner	13.495	15.471	14,6
Gennemsnit	2.699	3.094	14,6

Anm.: Bevægelsesregisteret opgøres med status 31. dec., beskæftigelsesoplysningerne er fra november, indbyggertal er fra 4. kvartal det pågældende år. Antal er antal personer, dvs. der kan både være tale om deltids- og fuldtidsbeskæftigede. Region er efter arbejdsstedsregion.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik) og Statistikbanken, FOLK1A (Danmarks Statistik)

<b>Tabel 2</b>			
<b>Udvikling i antal speciallæger per 1000 indbyggere opdelt på regioner</b>			
Region	Antal speciallæger per 1.000 indbyggere		Udvikling fra 2008-2015 (pct.)
	2008	2015	
Nordjylland	2,08	2,30	10,6
Midtjylland	2,29	2,55	11,4
Syddanmark	2,26	2,63	16,4
Hovedstaden	3,03	3,20	5,6
Sjælland	2,06	2,33	13,1

Anm.: Bevægelsesregisteret opgøres med status 31. dec., beskæftigelsesoplysningerne er fra november, indbyggertal er fra 4. kvartal det pågældende år. Antal er antal personer, dvs. der kan både være tale om deltids- og fuldtidsbeskæftigede. Region er efter arbejdsstedsregion.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik) og Statistikbanken, FOLK1A (Danmarks Statistik)

Prognoser peger endvidere på, at der vil ske en relativt stor stigning i antallet af speciallæger frem mod 2040. Hvor der i 2015 var lige under 15.000 speciallæger, forventes der i 2040 at være lidt mere end 22.000 speciallæger. Antallet af speciallæger pr. 1.000 indbygger vil ligeledes stige med 35 pct. Samtidig er der også ifølge Lægeprognosen 2015-2040 en tendens til, at der optages færre udenlandske studerende på medicinuddannelsen på de danske universiteter.

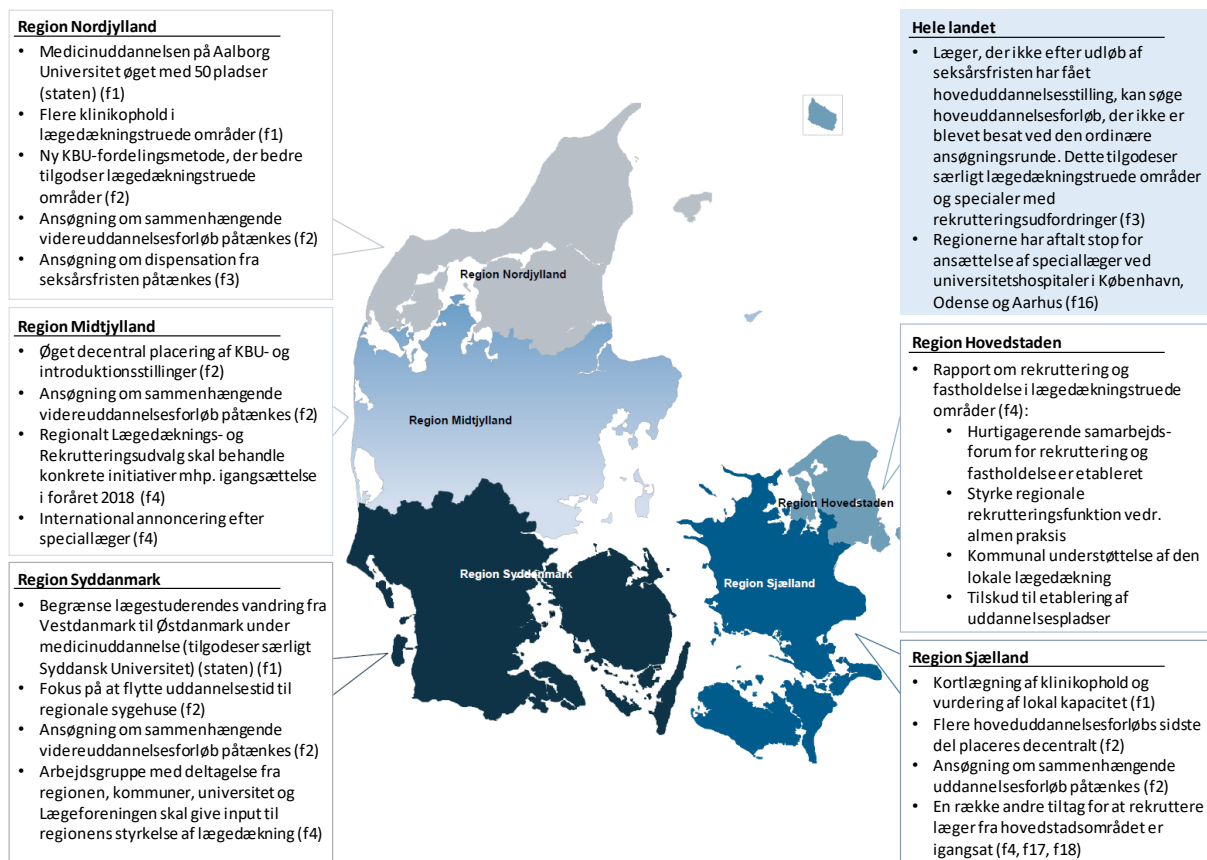
Det peger på, at der fremadrettet alt andet lige vil blive bedre mulighed for at rekruttere speciallæger. Lægedækningsudvalget konstaterede imidlertid, at der er en geografisk, social og speciale-mæssig fordelingsudfordring, som kan gøre det vanskeligt at sikre tilstrækkelig lægedækning i nogle områder af landet.

## 2.1 Rekruttering af speciallæger til yderområder og socialt belastede områder

Lægedækningsudvalget pegede på fordelingsudfordringer relateret til bl.a. yderområder og belastede byområder. På den baggrund sigter en større del af udvalgets forslag på at styrke den geografiske lægedækning.

Som følge af bl.a. Lægedækningsudvalgets rapport er der igangsat en række initiativer i bl.a. staten, regioner, kommuner og lægelige organisationer, der har til formål at forbedre netop den geografiske fordeling af læger. Et udsnit af disse initiativer er vist i figur 1 og er beskrevet nærmere i Kapitel 3:

Figur 1: Initiativer med henblik på at sikre bedre geografisk lægedækning opdelt på regioner



Anm.: (f) henviser til de initiativer i Kapitel 3, hvor ovennævnte eksempler er nærmere beskrevet.

Nogle initiativer er allerede realiseret og kan således anses for implementeret. Det gælder forslaget om at øge optagetallet ved medicinstudiet i Aalborg og forslaget om justering af femårsfristen, som regeringen har besluttet at ændre til en seksårsfrist. Andre initiativer er under udvikling eller løbende implementering under hensyn til regionale og lokale forhold.

Det gælder eksempelvis øget decentral placering af videreuddannelsesforløb og det løbende samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer. Her er nogle tiltag afviklet, eksempelvis udarbejdelse af informationsmateriale, international annoncering og deltagelse i karrieredage, mens implementeringen af andre tiltag pågår, bl.a. analyse og planlægning af kommende indsatser. Ikke alle forslags implementering er påbegyndt i alle regioner.

Samlet set er forslag vedr. generel geografisk fordeling af læger således delvist implementeret, om end der er nogen variation i graden af implementering af de enkelte forslag og på tværs af landet. På baggrund af parternes bidrag er det vurderingen, at der generelt pågår et arbejde for yderligere implementering af forslagene.

## **2.2 Rekruttering af alment praktiserende læger**

Det er en forudsætning for et stærkt, nært og sammenhængende sundhedsvæsen, at der er tilstrækkeligt med praktiserende læger i hele landet.

På baggrund af den politiske aftale om bedre lægedækning er der bl.a. vedtaget lovforslag, der skal være med til at sikre bedre lægedækning rundt om i landet. Det gælder forslaget om at forlænge regionernes mulighed for at drive almen medicinske klinikker fra fire år til en seksårig periode samt forslaget om at skabe forenklet adgang til at erhverve ydernumre mellem alment praktiserende læger, således at praktiserende læger kan købe ydernumre fra andre praktiserende læger uden om regionen. Begge forslag træder i kraft 1. januar 2018. Staten har således fulgt op på flere af initiativer, som vedrører almen praksis.

Med den nyligt indgåede overenskomstaftale for 2018-2021 mellem PLO og RLTN er parterne desuden enige om en række initiativer, der dels skal sikre bedre lægedækning, dels sikre rekruttering af alment praktiserende læger i lægedækningstruede områder. Blandt initiativerne i overenskomstaftalen er f.eks. en differentiering af basishonoraret, som skal tage højde for både patienttyngden og den geografiske beliggenhed, udbredelse af faglige organisatoriske fællesskaber (klynger), der skal fremme og understøtte kvalitetsudvikling og -data, bedre brug af digitale løsninger i patientbehandling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen samt fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal, der skal øge patientkapaciteten og øge antallet af åbne praksis.

Derudover er antallet af hoveduddannelsesforløb i medicin øget med 18 pladser i den kommende dimensioneringsplan fra 2018-2020, som Sundhedsstyrelsen udmeldte i marts 2017.

Der er således igangsat en lang række initiativer, der skal sikre bedre lægedækning. Forslagene fra den politiske aftale om bedre lægedækning træder i kraft 1. januar 2018, mens overenskomstaftalens initiativer implementeres løbende i overenskomstperioden fra 2018-2021.

### **2.3 Anvendelse af de lægelige ressourcer – sygehuse og speciallæger**

Antallet af læger ansat på sygehuse varierer på tværs af regionerne, ligesom også niveauet af vakante hoveduddannelsesforløb varierer mellem videreuddannelsesregionerne.

Lægedækningsudvalget vurderede, at lægedækningsproblemer på sygehuse og i speciallægepraksis overvejende vedrører lokale rekrutteringsudfordringer på nogle af de sygehuse, som er mere decentralt placeret ift. universitetsbyerne, og at der derudover er et generelt problem inden for det psykiatriske område. De regionale forskelle i læger pr. indbygger er ikke nødvendigvis et udtryk for forskelle i borgernes adgang til lægelige ressourcer, men afspejler også forskelle i sygehusenes specialiseringsgrad og regionernes organisering. På denne baggrund opstillede Lægedækningsudvalget forslag, der retter sig mod organisatoriske forhold og koordinering af lægerekruttering inden for og mellem regioner.

Overordnet tegner der sig et billede af, at de ansvarlige myndigheder arbejder med og har igangsat initiativer vedrørende Lægedækningsudvalgets forslag:

- Danske Regioner har besluttet, at antallet af speciallægestilling universitetshospitaler i København, Aarhus og Odense fastfryses mhp., at det bliver attraktivt for ledige speciallæger at søge til andre hospitaler. Danske Regioners bestyrelse følger løbende udviklingen via en status to gange om året. Sidste status var i august 2017, hvor det så ud til, at alle universitetshospitaler holder sig under de fastsatte lofter.
- Regionerne arbejder derudover med at gøre arbejdspladser og stillinger attraktive gennem øget fleksibilitet. Nogle regioner tilbyder ansættelse i dele- eller kombinationsstillinger, herunder med mulighed for forskning, mens andre eksempelvis tilbyder mulighed for hjemmearbejdsplads.
- Der findes en række eksempler på, at regionerne arbejder med at anvende lægernes arbejdstid bedst muligt f.eks. gennem opgaveglidning mellem personalegrupper.

Implementering af forslagene er de fleste steder påbegyndt og/eller delvist implementeret, og der pågår generelt overvejelser om hensigtsmæssig anvendelse af lægelige ressourcer.

### **2.4 Rekruttering af læger inden for udvalgte sygehusspecialer**

Lægedækningsudfordringen er blandt andet relateret til en specialemæssig fordelingsudfordring. Nogle af de lægelige specialer, som vurderes at have særlige rekrutteringsudfordringer, er psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og neurologi. Derudover oplever flere andre specialer også udfordringer med at besætte videreuddannelsesforløb og speciallægestillinger.

Det tager tid at uddanne sig til speciallæge, og antallet af speciallæger, f.eks. inden for de ovennævnte, udfordrede specialer, kan derfor ikke øges på kort sigt. Antallet af læger og speciallæger har dog generelt været stigende de seneste godt ti år, og arbejdsstyrken af



speciallæger er steget med 3.800 siden år 2000, ligesom at der også forventes en stigning inden for samtlige specialeområder frem mod 2040.

For på kortere sigt at imødegå nogle af de aktuelle lægedækningsudfordringer, der er relateret til den speciale-mæssige fordeling af læger, er der iværksat forskellige initiativer, der overordnet sigter på at gøre udfordrede specialer mere attraktive for yngre læger.

#### Det psykiatriske område

Der er løbende politisk opmærksomhed på det psykiatriske område. Der er af flere omgang afsat satspuljemidler til området. Med satspuljeaftalen for 2018 er der f.eks. afsat knap 400 mio. kr. i perioden 2018-2021 til primært at styrke børne- og ungdomspsykiatrien og sikre en tidligere indsats over for børn og unge med begyndende psykiske lidelser.

Lokalt har arbejdsgiverne en række værktøjer, der bidrager til at styrke psykiatrien, anvende psykiaternes tid bedst muligt og rekruttere unge læger til de psykiatriske specialer. Der findes konkrete eksempler på, at afdelinger har kunne besætte flere introduktions- og hoveduddannelsesforløb ved at lave en aktiv rekrutteringsindsats rettet mod eksempelvis medicinstuderende, ligesom der kan sættes ind for at planlægge uddannelsesforløb bedst muligt.

#### Det neurologiske område

På det neurologiske område er der flere steder stort fokus på at organisere arbejdet, så de lægelige ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt. Inden for det neurologiske område findes flere konkrete eksempler på, at regionerne og de enkelte sygehusafdelinger har iværksat initiativer, der kan medvirke hertil. Bl.a. arbejdes der på nogle sygehuse med opgaveglidning mellem personalegrupper og øget brug af PRO-data på området, f.eks. med anvendelse af AmbuFlex, der er et dialog- og beslutningsstøtteværktøj, som kan understøtte en bedre vurdering af, hvilke borgere der har behov for ekstra opfølgning.

Desuden har eksempelvis Region Syddanmark haft succes med at spotte unge læger med interesse for området, så der nu er en stigning i antallet af læger i introduktionsforløb i neurologi.

Der pågår således et løbende arbejde blandt de ansvarlige parter for at styrke lægedækningen inden for de specialer, som har særlige udfordringer. Udfordringerne kan dog ikke nødvendigvis løses med få værktøjer, men kræver flere indsatser, og at fokus også fremover rettes mod specialerne.

## 2.5 Øvrige initiativer

Der er igangsat en række andre initiativer, som skal bidrage til en bedre anvendelse af den lægelige kapacitet i Danmark.

### *Velfærdsteknologier*

Sundhedsvæsenet har i flere år arbejdet strategisk med udbredelsen af telemedicin og velfærdsteknologier. Telemedicin og velfærdsteknologier giver mulighed for en tættere og løbende opfølgning på borgerens sundhedstilstand, og der kan hurtigt sættes ind i det nære sundhedsvæsen, hvis der sker en forværring og dermed undgås akutte indlæggelser, som er både omkostningsfulde for sundhedsvæsenet og belastende for patienten. Samtidig kan teknologierne være med at anvende lægernes arbejdstid mere hensigtsmæssigt. Desuden er der i efteråret 2017 igangsat en konkret digitaliseringsindsats, der har til formål at optimere og lette arbejdsgangene for de praktiserende læger gennem app'en "Lægen i min lomme", der skal gøre kontakten mellem praktiserende læge og patient endnu bedre.

### *Sproglige kompetencer*

Det er regionens ansvar som ansættende myndighed at sikre, at udenlandske læger har de sproglige kompetencer, der er nødvendige for en god kommunikation mellem læge og patient. På den baggrund har sundhedsministeren bedt Danske Regioner om at redegøre for, hvordan regionerne sikrer, at udenlandske læger har de rette dansk kundskaber.

### *Forslag om øget decentralisering af medicinuddannelsen*

Region Syddanmark har henvendt sig til uddannelses- og forskningsministeren og sundhedsministeren med et forslag om oprettelse af en kandidatuddannelse i medicin i Esbjerg i regi af Syddansk Universitet med henblik på at skabe bedre lægedækning i området.

Region Sjælland har desuden i sin budgetaftale for 2018 tilkendegivet at ville arbejde for at få en medicinuddannelse i Region Sjælland med det formål at skabe bedre grundlag for rekruttering af læger til regionen.

# Kapitel 3: Status på implementering af initiativer

Regeringen indgik i februar 2017 en politisk aftale om bedre lægedækning med alle folketingspartier, som generelt bakker op om Lægedækningsudvalgets forslag. Aftalepartierne ønsker derudover at samle op på, styrke og præcisere visse forhold, der er relateret til lægedækning og kontakten mellem patient og sundhedspersonale. Derfor er der hos de relevante myndigheder igangsat et arbejde med at implementere initiativerne:

- Lægedækningsudvalgets 18 forslag, der skal bidrage til lægedækning, inden for tre overordnede kategorier: generel geografisk fordeling af læger, almen praksis samt sygehus og speciallægepraksis.
- Aftalepartiernes øvrige initiativer i den politiske aftale om bedre lægedækning vedr. erfaringer med at drive udbud- og regionsklinikker, digital kommunikation og sproglige kvalifikationer for udenlandske læger.

På baggrund af bidrag fra relevante parter gøres der neden for status for de enkelte initiativer. Ansvar for at implementere de enkelte anbefalinger er fordelt mellem de relevante parter, herunder staten, regionerne, kommunerne og de lægelige organisationer.

Tidshorizonten for og graden af implementering varierer fra initiativ til initiativ. Implementering er påbegyndt i hovedparten af alle initiativer, og nogle kan endog betragtes som færdigimplementeret.

## 3.1 Lægedækningsudvalgets forslag

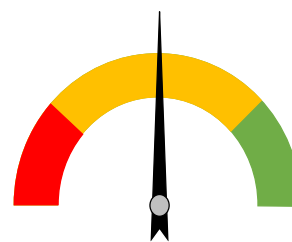
Nedenfor gennemgås Lægedækningsudvalgets 18 forslag, og der gøres status på implementeringen af de enkelte forslag på baggrund af en samlet vurdering af parternes bidrag.

## **Forslag 1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne**

Der er ifølge Lægedækningsudvalgets rapport en overordnet sammenhæng mellem lægers uddannelsessted og senere arbejdssted.

### *Geografisk spredning af medicinstuderende*

Da særligt Region Nordjylland har udfordringer med at sikre lægedækning besluttede regeringen, at optaget på medicinstudiet på Aalborg Universitet skulle øges. Fra efteråret 2017 er antallet af studiepladser på medicinstudiet på Aalborg Universitet blevet øget med 50 pladser årligt.



Samlet implementeringsstatus

Regeringen arbejder på tiltag, der skal fastholde lægestuderende på det universitet, hvor de har påbegyndt deres uddannelse, med henblik på at begrænse vandring fra Vest- til Østdanmark. Dette formodes i særlig grad at tilgodese lægedækningen i Region Syddanmark, hvor 20 pct. af de lægestuderende i perioden 2006-2014 flyttede til Københavns Universitet efter endt bacheloruddannelse.

### *Bredere geografisk placering af klinikophold*

Regionerne arbejder med en bredere placering af klinikophold for lægestuderende under deres universitetsuddannelse. Dette skal understøtte de studerendes kendskab til lægearbejde og karrieremuligheder i hele landet samtidig med, at det kan give de studerende kendskab til specialer med rekrutteringsudfordring, eksempelvis psykiatri eller neurologi.

Region Nordjylland skal som følge af det øgede optag på medicinstudiet fra 2017 etablere flere klinikophold. Regionen fokuserer bl.a. på inddragelse af hospitaler og praksisser i de dele af regionen, der oplever de største lægedækningsudfordringer. Det betyder, at regionen eksempelvis undersøger muligheden for at udvide antallet af klinikophold i Thisted og Frederikshavn. Endvidere kan det blive aktuelt at oprette klinikophold i Hobro og Farsø.

Region Midtjylland vil afklare muligheden for at flytte klinikophold fra Aarhus Universitets-hospital til regionshospitalerne under hensynstaget til hospitalernes kapacitet.

Ligeledes vil Region Sjælland kortlægge den aktuelle fordeling af klinikophold og dernæst vurdere lokal kapacitet. Region Sjælland og Region Hovedstaden aftaler desuden i dialog med Københavns Universitet fordelingen af klinikophold ud fra en vurdering af afdelinger-nes aktuelle kapacitet.

### Forslag 1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne

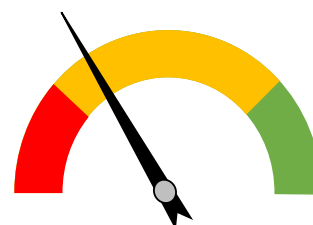
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. Optagetallet ved medicinstudiet i Aalborg øges i forhold til de øvrige tre universiteter	Staten	Fuldt implementeret
b. De studerendes muligheder for at flytte universitet efter bachelor-delen vurderes nærmere med henblik på at begrænse en uhen-sigtsmæssig vandring fra Vestdanmark til Østdanmark	Staten	Implementering påbegyndt
c. Der tilstræbes en bredere geografisk spredning af de lægestude-rendes klinikophold under studiet, således at der i højere grad ind-drages sygehuse og praksis også i dele af landet, hvor der er læ-gedækningsudfordringer	Staten og regioner	Implementering påbegyndt

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

En større spredning af uddannelsessteder kan medvirke til en bedre lægedækning i udkantsområderne. Dog skal en evt. decentralisering kunne gennemføres uden, at det skader kvaliteten af videreuddannelsen.

#### *Decentral placering af videreuddannelserne*

Der er relativt stor variation i graden af regionernes implementering af forslaget om en ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse.



Samlet Implementeringsstatus

I Region Nordjylland er der indført en ny fordelingsmodel, som sikrer regionens mest lægedækningstruede geografier et fast antal læger i klinisk basisuddannelse. Fordelingsmodellen gælder for de KBU-læger, der påbegynder deres ansættelser i 1. halvår 2018.

Region Midtjylland arbejder løbende med fordelingen af uddannelsesstillinger. Antallet af KBU- og introduktionsstillinger på Aarhus Universitetshospital er på den baggrund blevet reduceret, og som følge af en øget dimensionering af introduktionsstillinger i intern medicin drøftes en ny fordelingsnøgle for disse stillinger mellem Aarhus Universitetshospital og regionshospitalerne.

Region Syddanmark har i flere år haft fokus på udflytning af uddannelsestid til de regionale sygehuse, således at en lang række specialer anvender mindre tid på regionens universitetshospital. Den nuværende sammensætning af hoveduddannelsesforløb vurderes at være passende i forhold til optimal kompetenceerhvervelse for lægen.

I videreuddannelsesregion Øst fordeles uddannelsesstillingerne med ca. 1/3 til Region Sjælland og ca. 2/3 til Region Hovedstaden. Under hensyntagen til uddannelseskapa-citeten og kvaliteten af den lægelige videreuddannelse arbejdes der ifølge Region Sjælland aktuelt på, at flere uddannelseslæger har deres sidste hospitalsophold decentralt.

### *Sammenhængende uddannelsesforløb*

Lægedækningsudvalget har opfordret til, at de relevante aktører aktivt arbejder med rekrutteringspolitikker til decentrale uddannelsesstillinger, og udvalget foreslog i den forbindelse, at der etableres forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb) i lægedækningstruede områder.

Region Nordjylland har planer om at søge om dispensation til sammenhængende uddannelsesforløb. Regionen ønsker at oprette et pilotprojekt for en femårig periode (2018-2022) med to typer sammenhængende uddannelsesforløb, hvoraf det ene vedr. sammenhængende KBU og introduktionsstilling, og det andet vedr. sammenhængende KBU, introduktions- og hoveduddannelsesforløb. Uddannelsesforløbene vil være inden for specialerne psykiatri, almen medicin og kirurgi.

Region Midtjylland påtænker at ansøge Sundhedsstyrelsen om dispensation til sammenhængende uddannelsesforløb inden for psykiatri.

Videreuddannelsesregion Syd har ansøgt Sundhedsstyrelsen om et sammenhængende introduktion- og hoveduddannelsesforløb i almen medicin. Efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen godkendte sundhedsministeren ansøgningen i august 2017. Efter besættelse af stillingen frafaldt lægen dog. Region Syddanmark har planer om igen at udbyde sammenhængende forløb i almen medicin og evt. også i andre specialer.

Region Sjælland påtænker at ansøge Sundhedsstyrelsen om dispensation til sammenhængende uddannelsesforløb inden for specialer med særlige rekrutteringsudfordringer, mens Region Hovedstaden ikke har modtaget ønsker om etablering af sammenhængende uddannelsesforløb i regionen.

### *KBU-fordelingsmetode*

På baggrund af lægedækningsudvalgets forslag om, at Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter overvejer nye KBU-fordelingsmetoder, har Sundhedsstyrelsen vurderet, at en evt. ny fordelingsmodel vil skulle udarbejdes i samarbejde med eksterne leverandører. Sundhedsstyrelsen er ved at afsøge muligheder for og udgifter ved et samarbejde med eksterne leverandører for en evaluering af anden metode til fordelingen af KBU-forløbene i hele landet; herunder en sammenligning af modeller og forudsætning for og ressourceforbrug ved en ny model.

## 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	Implementering påbegyndt
b. Der etableres forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsuddannelse og hoveduddannelse) i lægedækningstruede områder	Regioner	Implementering påbegyndt
c. Sundhedsstyrelsen overvejer med inddragelse af relevante partner nye KBU-fordelingsmetoder, hvor også lægedækningsaspektet bør indgå	Staten	Implementering påbegyndt

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

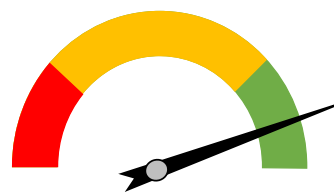
Lægedækningsudvalgets har foreslået, at der skal være lempeligere regler eller dispensationspraksis for læger, der tager en del af videreuddannelse (klinisk basisuddannelse og introduktionsforløb) decentralt.

Efter at Lægedækningsudvalgets rapport blev offentliggjort, traf regeringen beslutning om at ændre femårsfristen til en seksårsfrist, hvormed en læge skal påbegynde hoveduddannelse i et speciale senest seks år efter påbegyndelsen af den kliniske basisuddannelse. På den baggrund vurderes forslaget hensigt at være fuldt implementeret dog gennem andre midler end det forslåede.

Der er i dag mulighed for, at læger, der ikke har påbegyndt en hoveduddannelsesstilling inden for seks år, har mulighed for at søge hoveduddannelsesstillinger, der ikke er blevet besat ved den ordinære ansøgningsrunde. Dette tilgodeser i høj grad geografiske områder og specialer, der har udfordringer med at rekruttere læger, hvor hoveduddannelsesstillinger evt. er vakante.

Forlængelsen af femårsfristen til en seksårsfrist har bevirket, at der ikke indtil nu har været behov for lempeligere regler fra tidsfristen. Region Nordjylland påtænker at søge om tilladelse til etablering af forsøg med øget fleksibilitet ift. seksårsfristen for en række introduktionsstillinger på Regionshospitalet Nordjylland, parakliniske specialer på Aalborg Universitetshospital samt i specialerne psykiatri og almen medicin.

Lægeforeningen oplyser, at Yngre Læger har opfordret lokale og regionale afdelinger til at gå i dialog med hospitalsledelserne og regionerne om at udpege de konkrete specialer og geografier, hvor det ønskes, at der afprøves nye værktøjer.



Samlet implementeringsstatus

Øget fleksibilitet eller yderligere behov for ændringer på området kan drøftes på Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse, når den 1-årige forlængelse af fristen udløber den 30. april 2018.

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 kan regioner, kommuner og lægernes organisationer samarbejde om at rekruttere og fastholde læger. På tværs af landets kommuner og regioner er der igangsat en række initiativer i forhold til rekruttering og fastholdelse af læger.

Mange kommuner deltager sammen med regionerne med en stand på "Lægedagene" for at markedsføre mulighederne som praktiserende læger i de respektive kommuner.



Samlet implementeringsstatus

I Region Nordjylland indgår regionen, PLO-Nordjylland og kommunerne i fælles rekrutteringstiltag på almen praksis området. Der samarbejdes bl.a. om planlægning af rekrutteringsarrangementer i kommunerne og om afholdelse af Lægedage 2017. Det er besluttet, at kommunerne i højere grad skal involveres i lægedækning, herunder i forbindelse med praksisophør, annoncering af ydernumre mv. De nordjyske kommuner arbejder for at finde praksisnære løsninger og ønsker samarbejde om både etablering af praksis, bopæl og job til evt. partnere. Derudover samarbejder regionen og PLO-Nordjylland om rekruttering til almen praksis f.eks. ved synliggørelse og information om ledige ydernumre, i forbindelse med "Sommerpraktik" for medicinstuderende og tilbud om ledelses- og organisationsudvikling.

Ét af Region Nordjyllands strategiske fokusområder for 2018 forventes at være "Lægedækning og Rekruttering". Blandt områdets indsats er profilering og branding af området med fokus på rekruttering af sundhedspersonale. Der er afsat 0,5 mio. kr. til opgaven på budgetter for 2018.



Lægeforeningen oplyser, at det gennem et samarbejde mellem regionen og speciallæger-nes organisation er lykkedes at videreføre en lukningstruet praksis, idet en eksisterende praksis har fået dispensation til at eje to ydernumre.

I Region Midtjylland behandles rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i regionens Læge-dæknings- og Rekrutteringsudvalg. Udvalget vil påbegynde et arbejde med behandling og prioritering af konkrete idéer og modeller, således at de første initiativer forventeligt kan igangsættes i foråret 2018. PLO-Midtjylland, Region Midtjylland og Ringkøbing-Skjern Kommune har diskuteret muligheder for at gøre det attraktivt for læger at søge til området. Efterfølgende har kommunen og lægerne igangsat et projekt med tre ugers praktikophold for lægestuderende, som opstartes i foråret 2018. I tillæg hertil arbejdes der med international rekruttering. Bl.a. annonceres internationalt efter speciallæger i andre EU-lande, og Region Midtjylland har udarbejdet et udbud vedr. internationale rekrutteringsydelser (oktober 2017), hvor Region Syddanmark og Region Hovedstaden deltager via optioner. Yderligere samarbejder regionens hospitaler med bl.a. kommuner og jobcentre om job til ægtefæller, netværk og sprogundervisning.

I Region Syddanmark er der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation af kommuner, PLO Syddanmark, Yngre Læger, SDU og regionen. Hensigten er, at gruppen løbende skal komme med input til regionens indsats for styrkelse af lægedækning. Pr. november 2017 har gruppen mødtes to gange.

Region Sjælland har iværksat eller deltaget i en række konkrete rekrutteringsinitiativer herunder forskellige "karrieredage", hvor regionen eller et af dens sygehuse har været repræsenteret evt. i samarbejde med Yngre Læger. Ligeledes afholdes informationsmøder for uddannelseslæger og nyuddannede læger i almen medicin. Hjemmesiden "Det Gode Lægeliv" er målrettet læger og medicinstuderende og informerer om muligheder som læge i Region Sjælland. Regionen vurderer, at hjemmesiden har været velbesøgt.

Lægeforeningen oplyser, at tilladelse til delepraksis i flere tilfælde har været medvirkende til rekruttering til yderområder i Region Sjælland.

Kommunekontakttråd Hovedstaden, Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden har i 2017 udarbejdet en rapport om rekruttering og fastholdelse i lægedækningstruede områder. Rapporten beskriver udfordringer og mulige initiativer ift. rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger. Blandt rapportens anbefalinger er styrkelse af den regionale rekrutteringsfunktion, kommunal understøttelse af lokal lægedækning og tilskud til etablering af uddannelsespladser i sårbare områder. Rapporten anbefaler også etablering af et samarbejdsforum for rekruttering og fastholdelse. Etablering af forummet er igangsat i marts 2017 med henblik på at imødegå aktuelle rekrutteringsbehov.

**Case: Tværsektorielt samarbejde om at tiltrække praktiserende læger**

En kommune, en region og PLO gik sammen om at tilbyde understøttende foranstaltninger, der skulle gøre det attraktivt at være læge i et område, hvor der var ledige ydernumre. Tilbuddene omfattede attraktive lokale, socialrådgiver, samarbejde med kommunale sundhedsaktører, regional konsulentbistand, teletolkning og mentorordning. Samarbejdet resulterede i to kvalificerede ansøgere til de ledige ydernumre.

Kilde: KL

Lægeforeningen oplyser desuden, at en medlemsundersøgelse fra Yngre Læger fra 2016 viser, at der er et potentiale for at tage udgangspunkt i den enkelte yngre læges ambitioner, interesse og behov og investere i en langsigtet karriereplanlægning generelt – særligt på afdelinger og i specialer, der har udfordringer med at rekruttere læger.

**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

Delvist implementeret

### **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 studerendes og videreuddannelsessøgendes tilbøjelighed til at vælge almen medicin som speciale.

Region Nordjylland, Region Syddanmark og Region Sjælland har derfor i sommeren 2017 tilbudt sommerferiejob eller praktikophold i almen praksis for medicinstuderende med henblik på at styrke interessen for det almen medicinske speciale og evt. for særlige områder i regionerne.



Samlet implementeringsstatus

I Region Midtjylland tilbyder mange almen praktiserende læger allerede studiejob eller klinikophold til medicinstuderende. Region Hovedstaden ønsker ligeledes at fremme tilbud som sommerpraktik hos almen praktiserende læger. Regionen tilbyder i lægedæknings-truede områder at betale etableringsudgifter til indretning af nye uddannelsespladser i lægepraksis.

Lægeforeningen oplyser, at PLO har haft en dialog med Uddannelses- og Forskningsministeriet om mulighederne for, at de medicinstuderende kan få bedre muligheder for at komme i klinikophold i løbet af studiet. PLO har desuden været i dialog med flere af universiteterne om uddannelsesmæssige muligheder for øget fokus på almen medicin og klinik i almen praksis i løbet af medicinstudiet.

#### **Almen medicin i alle KBU-forløb**

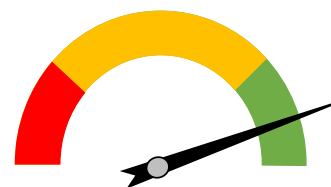
Regeringen har besluttet, at alle læger skal arbejde et halv år i almen praksis som en del af deres kliniske basisuddannelse. Sigtet hermed er både et rekrutteringshensyn og et uddannelseshensyn, idet alle læger kan have nytte af at opbygge brede medicinske kompetencer og indsigt i det nære sundhedsvæsen, som arbejde i almen praksis giver.

Beslutningen medfører dog udfordringer for specialer, der fremover ikke vil kunne indgå i den kliniske basisuddannelse, eksempelvis de psykiatriske specialer. På baggrund af drøftelser i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse er det derfor blevet besluttet, at der skal ske en gradvis implementering af forslaget over flere år. Hermed tages der hensyn til, at specialer, som ikke længere vil indgå i den kliniske basisuddannelse, får mulighed for at rekruttere nyt personale til at træde i stedet for læger i klinisk basisuddannelse (se også Kapitel 4 om særlige fokusområder). Endvidere skal den gradvise implementering være med til at understøtte, at regionerne kan rekruttere det nødvendige antal tutorer i almen medicin, hvilket i nogle af regionerne vurderes at kunne give udfordringer. Det forventes, 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 90 pct. implementeres succesfuldt, jf. Sundhedsstyrelsens udmelding ultimo november 2017 om andel af kliniske basisuddannelsesforløb, der skal indeholde ansættelse i almen medicin.

Forslag 5. Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse		
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. De medicinstuderende får i højere grad mulighed for klinikophold og studiejob som praksisassistenter i almen praksis	Staten, regioner og lægelige organisationer	Delvist implementeret
b. Alle læger skal i den kliniske basisuddannelse (KBU) arbejde et halvt år i almen praksis	Staten	Delvist implementeret

### **Forslag 6. Øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin**

Den forventede udvikling i sundhedsvæsenet indebærer, at der er relativt stigende behov for brede medicinske kompetencer. Det harmonerer ikke med den seneste lægeprognoses forventning om, at antallet af almen medicinere frem til 2030 forventes at stige betydeligt mindre end det samlede antal speciallæger.



Samlet implementeringsstatus

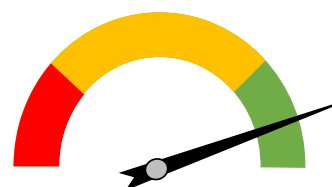
Det indgår derfor i den nye dimensioneringsplan for 2018-2020, som Sundhedsstyrelsen udmeldte i marts 2017, at antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin øges med 18 hoveduddannelsesforløb hen over perioden, hvilket svarer til 75 pct. af den samlede forøgelse i dimensioneringsplanen 2018-2020 i forhold til dimensioneringsplanen for 2013-2017. Lægeforeningen oplyser, at der i dag vil være mulighed for at opnå den rette kapacitet ift. antallet af tutorstillinger i almen praksis, men at en større gruppe af alment praktiserende læger forventes at lade sig pensionere de kommende år, og at grundlaget for tutorlæger dermed forringes. Derfor opfordrer Lægeforeningen til, at dimensioneringen af hoveduddannelsesforløb i almen praksis øges yderligere.

Der er i dag en udfordring med at besætte alle hoveduddannelsesforløb i almen praksis, og for at undgå yderligere geografisk skævvridning vurderer Sundhedsstyrelsen, at det er vigtigt, at der sker en løbende indfasning af flere hoveduddannelsesforløb i takt med, at rekrutteringsgrundlaget forbedres. Derfor vil besættelse af hoveduddannelsesstillinger løbende bliver fulgt med henblik på evt. justering af antallet af hoveduddannelsesstillinger i almen medicin.

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**

Der er i de senere år gennemført nye muligheder for regionerne for at sikre lægedækning til alle borgere, bl.a. mulighed for, at læger, der arbejder inden for overenskomsten, kan drive og eje op til 6 ydernumre, og mulighed for, at regionerne kan udbyde driften af almen praksisklinikker til andre private aktører end læger, der arbejder efter overenskomst om almen praksis mv.



Samlet implementeringsstatus

Regionen har hidtil kunnet oprette en regionsdrevne klinik for en periode på op til 4 år, hvis opgaven forinden var udbudt til private leverandører, uden at der var indkommet tilbud, eller omkostningerne i de indkomne tilbud var væsentligt højere i sammenligning med, hvad en offentlig drevet enhed ville koste. Regionsrådet kunne fortsætte driften af praksis i fire år, hvis det ikke var muligt at afhænde ydernummet til en læge, der arbejder efter overenskomsten, eller afsætte driften via udbud. Derudover er der mulighed for, at et regionsråd i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode kan etablere et midlertidigt almen medicinsk tilbud uden forudgående udbudsrunder.

På baggrund af den politiske aftale om bedre lægedækning fra februar 2017 har regeringen fremsat lovforslag nr. L 58, der bl.a. indeholder en ændring af sundhedslovens § 227, stk. 5, således at den nuværende fireårige periode, regionerne har mulighed for at drive alment medicinske klinikker, forlænges til en seksårig periode. Lovforslaget er vedtaget 28. november 2017 og træder i kraft den 1. januar 2018.

#### *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 sundhedsloven § 233 ansøgte om etablering af forsøg med nye organiseringsformer, som kan skabe sammenhængende tilbud for borgere i områder med lægedækningsproblemer i både almen praksis og i sygehusenes akutte beredskab. Både private og offentlige aktører kan indgå i løsninger af akutte lægedækningsproblemer. Etablering af forsøg efter sundhedslovens §

233 med nye organiseringsformer forudsætter ansøgning fra et regionsråd til sundhedsministeren og betyder således, at regionerne ikke skal udbyde til privat leverandør først.

For nuværende har Sundheds- og Ældreministeriet modtaget i alt tre ansøgninger om nye organiseringsformer i henhold til sundhedslovens forsøgsbestemmelse:

- Ministeriet godkendte i maj 2017 Region Hovedstadens ansøgning om etablering af en almen praksisklinik på Bornholms Hospital.
- Region Nordjylland fik i juni 2017 godkendt en ansøgning om etablering af en samdriftsmodel mellem praksisklinikker i Morsø Kommune, Hjørring Kommune og Regionshospitalet Nordjylland. Projektet i Region Nordjylland handler konkret om, at alle introduktionsstillinger ved Regionshospitalet Nordjylland, Psykiatri og Almen medicin samt ved de Parakliniske specialer på Aalborg Universitetshospital får dispensation fra seksårsfristen svarende til introduktionsstillingens længde på samme måde, som hvis der var tale om barselsorlov i de nuværende dispensationsregler. Region Nordjylland oplyser, at projektet endnu ikke er igangsat.
- Region Syddanmark har den 7. november 2017 søgt om tilladelse til at etablere en almen medicinsk klinik i regionalt regi på Sydvestjysk Sygehus. Ministeriet er i gang med at behandle ansøgningen.

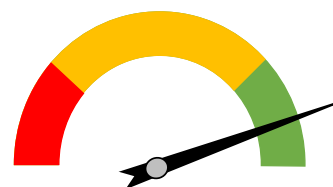
Forslag 7. Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen medicinske klinikker		
Forslag	Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a. Regionerne gives mulighed for at etablere regionsdrevne klinikker uden at skulle udbyde til privat leverandør først (forslaget blev stillet af medlemmer 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	Pr. 1. januar fuldt implementeret

### **Forslag 8. Mere fleksible organisationsformer i almen praksis**

Lægedækningsudvalget vurderede, at der er organiseringsformer inden for overenskomsten mellem PLO og RLTN, som i højere grad kan anvendes og medvirke til at sikre bedre lægedækning i områder med lægedækningsudfordringer.

#### *Udvidet mulighed for delepraksis*

Med overenskomsten mellem PLO og RLTN for 2014-2017 blev delepraksisordningen gjort personlig. Tilladelsen til delepraksis bortfalder dermed, såfremt det forhold, der begrundede tilladelsen, ophører. Læger og praksis, der har fået tilladelse til delepraksis før 1. september 2014, blev



Samlet implementeringsstatus

dog givet ret til automatisk at videreføre tilladelsen, hvis praksis har mere end 1.600 til-meldte patienter pr. lægekapacitet. Delepraksisordningen administreres således forskelligt afhængigt af, hvornår tilladelsen blev givet.

I den nyligt indgåede overenskomstaftale mellem PLO og RLTN er parterne derfor enige om, at praksis, der har fået delepraksistilladelse inden 1. september 2014, kan fortsætte på gældende vilkår indtil en ejers udtrædelse og/eller salg af praksis eller en ansat læges fratrædelse i delekapaciteten. I tilfælde af salg, udtrædelse eller fratrædelse bortfalder tilladelsen uanset patientantal, og praksis skal søge Samarbejdsudvalget om fornyet tilladelse til delepraksis, hvis der fortsat er behov for det. Tiltaget vil bidrage til en gradvis harmonisering af ordningen.

Parterne er desuden enige om at lempe adgangen til delepraksis i lægedækningstruede områder med henblik på at rekruttere og fastholde praktiserende læger. Adgangen lem-pes, så det bliver en ret for både eksisterende og nye praksis i en tidsbegrænset periode på op til 6 år at etablere delepraksis. Eventuel fornyet deletilladelse efter 6 år sker på vil-kår som for ikke-lægedækningstruede områder.

#### *Øget mulighed for ansættelse af almen medicinere i almen praksis*

Der er i dag allerede mulighed for, at almen medicinere, der ønsker at arbejde i sektoren uden at købe og drive en praksis, kan ansættes i en almen praksis. Imidlertid gælder det efter overenskomsten, at en praktiserende læge, der ønsker at ansætte en læge i sin klin-ik, skal søge Samarbejdsudvalget om tilladelse, og at ansatte maksimalt må udgøre halvdelen af den samlede lægekapacitet.

Med overenskomstaftalen for 2018-2021 er parterne blevet enige om at lempe reglerne, således at der ikke er begrænsning på antallet af (fuldtids)ansatte i praksis i lægedæk-ningstruede områder. Antallet af ansatte kan dog maksimalt udgøre antallet af uforbrugte kapaciteter i praksis. Med henblik på at opnå en mere smidig rekrutteringssituation og re-ducere bureaukrati i den enkelte praksis skal praksis fremover ikke søge Samarbejdsud-valgets tilladelse til at besætte en kapacitet med en ansat. Ansættelse af læger i ledig ka-pacitet skal således alene meddeles PLO og regionen som ved en almindelig praksisover-tagelse.

#### *Køb af ydernumre mellem praktiserende læger*

I dag gælder, at en praktiserende læge kan eje op til seks ydernumre og dermed drive kli-nikker, hvor alle læger er ansatte. De ekstra ydernumre kan imidlertid kun erhverves fra regionen (nyoprettede, tilbageleverede eller tilbagekøbte ydernumre). De kan ikke hand-les direkte mellem f.eks. en ophørende praktiserende læge og den læge, der ønsker at drive flere praksis.

Derfor har regeringen på baggrund af den politiske aftale om bedre lægedækning fremsat lovforslag nr. L 58. Lovforslaget vil medføre forenklet adgang til at erhverve ekstra yder-numre for alment praktiserende læger ved at åbne op for, at alment praktiserende læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe disse direkte fra andre privatpraktiserende læger uden om regionen. Lovforslaget er vedtaget 28. november 2017 og træder i kraft den 1. januar 2018.

Der er i dag allerede mulighed for, at almen medicinere, der ønsker at arbejde i sektoren uden at købe og drive en praksis, kan ansættes i en almen praksis. Imidlertid gælder det efter overenskomsten, at en praktiserende læge, der ønsker at ansætte en læge i sin klinik, skal søge samarbejdsudvalget om tilladelse, og at ansatte maksimalt må udgøre halvdelen af den samlede lægekapacitet.

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 forslag
b. Øget mulighed for ansættelse af almen medicinere i almen praksis	Regioner og lægelige organisationer	Pr. 1. januar fuldt implementeret
c. Åbne mulighed for, at læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe dem direkte fra andre praktiserende læger	Staten	Pr. 1. januar fuldt implementeret

### **Forslag 9. Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis**

Det er vigtigt, at de alment praktiserende lægers tid udnyttes bedst muligt til arbejde, der kræver lægelig kompetence. Der kan frigøres lægelige ressourcer ved i højere grad at tilknytte andre faggrupper, der kan løse en række opgaver, ligesom det kan være med til at mindske presset på videre visitation til speciallægepraksis, hvis der sættes ind med en tidlig og forebyggende indsats. Der kan f.eks. være tale om sygeplejersker i almen praksis, eller at kommunen og den praktiserende læge samarbejder i forhold til f.eks. håndtering af kronisk syge borgere mv. Det vil aflaste lægen, så lægen f.eks. kan tage flere patienter, ligesom der kan sættes ind med en tidlig indsats, som måske kan forhindre en forværring af patientens tilstand.



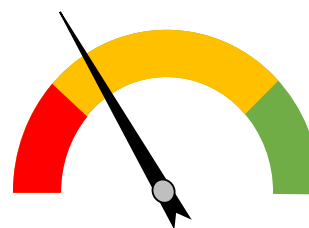
Samlet implementeringsstatus

Med overenskomstaftalen mellem PLO og RLTN for 2018-2021 er parterne enige om at etablere tilskudsberettiget efteruddannelse til praksispersonale inden for diagnoserne diabetes type-2 og KOL, da et element i at styrke almen praksis' rolle i opgavevaretagelsen af borgere diagnosticeret med diabetes type 2 og KOL er at sikre, at praksispersonalet besidder de rette kompetencer til at kunne varetage flere opgaver i behandlingen af disse borgere.

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**

Det er forbeholdt læger at ordinere patienter medicin ved at udfærdige recepter, men administration af medicineringen kan delegeres til f.eks. sygeplejersker. Sådant delegation er udbredt i sygehusvæsenet, men ikke i den kommunale pleje, hvor medicinering – herunder af håndkøbsmedicin – kun kan iværksættes af en læge, normalt patientens praktiserende læge. Det medfører både forsinkelser i medicineringen og skaber en ekstra arbejdsbyrde for almen praksis.



Samlet implementeringsstatus

Det vil derfor – også i en lægedækningsammenhæng – være en gevinst, hvis kommunale sygeplejersker på delegation inden for fastlagte rammer kunne iværksætte bestemte former for medicinering. Tilsvarende kan der være en gevinst ved mere fleksibel opgavevaretagelse af andre af de sundhedsfaglige opgaver, som kan varetages af de kommunale sygeplejersker. Fra flere sider er det allerede tidligere foreslået, at der mellem de berørte organisationer aftales en konkret skitse til, hvordan rammedelegationer kan udbredes i det nære sundhedsvæsen. Reglerne er desuden blevet behandlet i Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

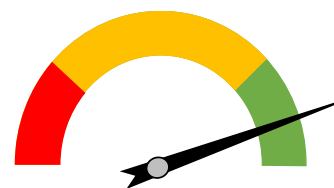
I afrapporteringen fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen fra juni 2017 anbefales det, at reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver. Initiativet indgår i det sundhedspolitiske udspil "Sundhed, hvor du er", som følger op på Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Sundheds- og Ældreministeriet ser således i øjeblikket på mulighederne for en revision af reglerne om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed i samarbejde med relevante interessenter.

<b>Forslag 10. Rammedelegation til kommunale sygeplejersker</b>	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Staten	Implementering påbegyndt



## **Forslag 11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde**

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. I dag afspejler f.eks. basishonoreringen ikke disse forskelle, da den alment praktiserende læge får samme basishonorar pr. tilmeldt borger uanset borgerens behandlingsbehov.



Samlet implementeringsstatus

Parterne er i overenskomstaftalen derfor enige om at differentiere en del af det basishonorar, der udbetales til de praktiserende læger. Model for differentieret basishonorar skal dels tage højde for variationer i patienttyngde, så honoraret i højere grad end aktuelt afspejler forskelle i den enkelte læges arbejdsbyrde, dels tage højde for, om praksis er beliggende i et lægedækningstruet område. Formålet med begge elementer er at bidrage til en bedre lægedækning.

Parterne er desuden enige om, at der udbetales et fast kronikerhonorar pr. patient, som omfattes af det program for KOL og diabetes type-2, som overenskomstparterne har indgået. Ordningen gælder fra 1. januar 2018.

Med den politiske aftale om bedre lægedækning fra februar 2017 var aftalepartierne enige om at omprioritere midler i en treårig overgangsperiode til at understøtte en honoraromlægning i almen praksis, der kan sikre bedre lægedækning. I overenskomstaftalen for 2018-2021 er parterne enige om en model, hvor der omfordeles 60 mio. kr., hvoraf der reserveres 36 mio. kr. årligt til praktiserende læger, som – i henhold til køn, alder og sygelighed – har en patienttyngde over gennemsnittet. 24 mio. kr. årligt reserveres til fordeling blandt læger beliggende i lægedækningstruede områder. Der er således tale om en ordning, der lægges oven på basishonoraret, som alle læger betaler ind til. Med aftalen er der enighed om, at det offentlige vil understøtte ordningen med 90 mio. kr. (40 mio. kr. i 2018, 30 mio. kr. i 2019 og 20 mio. kr. i 2020). De praktiserende læger leverer tilsvarende 90 mio. kr. til omfordeling i perioden. Derefter betales ordningen udelukkende af lægerne selv.

<b>Forslag 11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde</b>	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner og lægelige organisationer	Pr. 1. januar fuldt implementeret

## **Forslag 12. Udbredelse af faglige organisatoriske fællesskaber i almen praksis**

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. Sådanne fællesskaber kan f.eks. gøre det enklere for den enkelte praktiserende læge at imødekomme de stigende krav til faglig viden og til administration, it, kvalitetssikring mv. Det skal være med til at skabe stærkere faglige miljøer, som kan danne grundlag for styrket indbyrdes samarbejde, arbejdsdeling og specialisering, der kan tiltrække yngre læger, som ikke i første omgang ønsker at investere i egen praksis eller at drive en praksis alene. Et sådant fællesskab (klynge) kan også dele fagligt personale såsom sygeplejersker, psykologer mv. og dermed være med til at udgøre både praktiske og faglige fællesskaber, som til tider savnes i både yderområder og i praksissektoren generelt.



Samlet implementeringsstatus

Klyngerne er dermed et professionelt fællesskab af praktiserende læger, som mødes jævnligt og arbejder med kvaliteten af behandlingen af patienterne i deres optageområde internt i klyngen og i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Klyngerne udgøres af flere lægeklinikker inden for et vist geografisk område for at tilgodese det lokale samarbejde, både lægerne imellem og med det øvrige sundhedsvæsen. En klynge bør minimum omfatte et antal lægeklinikker med i alt 30.000 gruppe 1-sikrede borgere.

Parterne i overenskomstaftalen for 2018-2021 har besluttet at skabe et kvalitetsarbejde, som kontinuerligt udvikler fagligheden og indsatserne i almen praksis. Det er ambitionen, at kvalitetsarbejdet skal nå ud til alle praktiserende læger og dermed komme alle patienter til gavn.

Parterne har besluttet, at implementeringen af en ny kvalitetsorganisation og et nyt kvalitetsarbejde i almen praksis bedst understøttes ved at etablere et Program for kvalitetsudvikling i almen praksis med tilhørende programbestyrelse og programstyregruppe. Dette sker i erkendelse af, at den bedste model for kvalitetsarbejdet bør udvikles under hensyntagen til de erfaringer, man gør sig undervejs.

Parternes fælles vision for kvalitetsudvikling i almen praksis er:

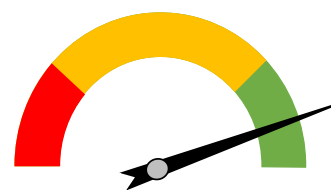
- at arbejdet med almen medicinsk kvalitetsudvikling når ud til alle praktiserende læger,
- at kvalitetsarbejdet opleves som relevant og praksisnært,
- at den enkelte praktiserende læge arbejder med datadrevet kvalitetsudvikling i egen klinik, og
- at kvalitetsarbejdet udfolder sig mellem læger og i dialog med det øvrige sundhedsvæsen.

Målsætningen er således at fremme og understøtte, at alle praktiserende læger finder sammen i faglige fællesskaber (klynger), som mødes og arbejder med kvalitetsdata og kvalitetsudvikling.

<b>Forslag 12. Udbredelse af faglige organisatoriske fællesskaber i almen praksis</b>			
Forslag		Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
a.	Sektoren etablerer i videre udstrækning praksisfællesskaber og praksis i tilknytning til sundhedshuse og kommunale akutfunktioner	Regioner og lægelige organisationer	Implementering påbegyndt
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	Implementering påbegyndt

### **Forslag 13. Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal**

PLO-overenskomsten for 2014-2017 har en såkaldt teknisk åbnegrænse på 1.475 patienter. Det betyder, at praksis automatisk får åbnet for tilgang, når patienttallet er faldet til 1.475, selvom det laveste tal, hvor en praksis kan lukke for tilgang (nedre lukkegrænse), er på 1.600. I områder med lægemangel er det u hensigtsmæssigt at skulle afvente et fald på 125 patienter under normtallet. Reglen bunder i, at der i henhold til overenskomsten sædvanligvis skal åbnes for minimum tilmelding af 100 patienter.



Samlet implementeringsstatus

I overenskomstaftalen for 2018-2021 er parterne enige om at hæve den nedre åbnegrænse på aktuelt 1.475 patienter. Åbnegrænsen hæves, således at der åbnes for tilgang, når patienttallet falder til 1.550 pr. lægekapacitet eller det antal, der måtte være fastsat for den enkelte kapacitet. Når patienttallet på ny når en aftalt lukkegrænse inden for overenskomstens rammer, lukker regionen automatisk for tilgang. Tiltaget vil samtidig sikre lægerne imod at få tilmeldt flere patienter i en åbningsperiode, end praksis vurderer at have kapacitet til.

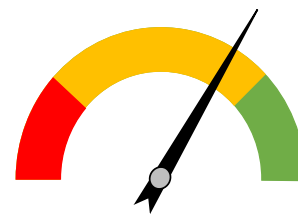
Tiltaget vil således sikre øget patientkapacitet i almen praksis og øge antallet af åbne praksis.

Det er Lægeforeningens vurdering, at en hævet nedre lukkegrænse vil medføre øgede problemer med at fastholde praktiserende læger på grund af øget mængde og kompleksitet af opgaver selv med uændrede patientantal, hvilket kan modvirke en bedre lægedækning.

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	Pr. 1. januar fuldt implementeret
b. Overveje at hæve den nedre lukkegrænse	Regioner og lægelige organisationer	Ikke påbegyndt (indgår ikke i OK18)

### **Forslag 14. Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger**

I dag har de praktiserende læger som oftest pligt til at dække lægevagten i de regioner, hvor lægevagten organiseres af PLO. Det kan være en byrde for nogle læger, f.eks. unge læger med børn eller ældre praktiserende læger, der overvejer at gå på pension. Udfordringerne med lægedækning i bestemte geografiske områder har også indflydelse på de praktiserende lægers mulighed for at dække vagterne i lægevagten. Med henblik på at sikre lægedækningen i disse områder etableres i stigende grad udbudsklinikker, som aktuelt ikke er forpligtet til at dække lægebetjeningen i vagttiden.



Samlet implementeringsstatus

I overenskomstaftalen for 2018-2021 har regionerne dog tilkendegivet, at de aktivt ønsker at medvirke til en løsning på udfordringen, således at udbuds- og regionsklinikker deltager i vagtopgaven. Udbuds- og regionsklinikker kan derfor indgå i lægevagtsbetjeningen på samme vilkår som de alment praktiserende læger i regionen, såfremt der lokalt indgås en supplerende aftale mellem PLO og regionen herom.

På den baggrund har Region Sjælland oplyst, at der er oplæg til en ny lægevagtsaftale, hvor private leverandører inddrages i lægevagtsarbejdet, således at PLO-lægerne ikke løfter opgaven alene. Region Midtjylland oplyser, at det løbende diskuteres med PLO-Midtjylland, som er i gang med at gennemgå området, mens Region Nordjylland oplyser, at de i øjeblikket er i proces omkring forhandling af en ny aftale om lægevagten, som efter regionens vurdering vil kunne understøtte den samlede indsats for rekruttering af praktiserende læger.

Samtidig er overenskomstparterne enige om, at opsigelsesfristen på 12 måneder ikke i tilstrækkelig grad giver PLO planlægningsmæssig sikkerhed for opgavevaretagelsen i lægevagten. Parterne er således enige om, at regionernes opsigelsesfrist forlænges til 18 måneder.

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

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

Der er en række uudnyttede uddannelsesmuligheder i speciallægepraksis, som både kan øge uddannelseskapa-  
paciteten og give en bredere rekrutteringsplatform, som  
eksempelvis det psykiatriske område vil kunne have gavn  
af. Derfor arbejder regionerne med i højere grad at ind-  
drage speciallægepraksis i videreuddannelsen af special-  
læger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og læge-  
dækningsudfordringer.



Samlet implementeringsstatus

Regionerne vurderer generelt, at speciallægepraksis inddrages i videreuddannelse af læ-  
ger i det omfang, det er faglige relevant.

I Region Nordjylland vurderer Det Regionale Videreuddannelsesråd for Læges Videreud-  
dannelse, at der i øjeblikket ikke er behov for øget inddragelse af speciallægepraksis i den  
lægelige videreuddannelse i videreuddannelsesregionen. I regi af Det Regionale Råd for  
Lægers Videreuddannelse, Region Nord, har Region Nordjylland og Region Midtjylland  
endvidere godkendt en retningslinje for øget inddragelse af speciallægepraksis i forbin-  
delse med speciallægeuddannelse. I Region Midtjylland er der inddraget en ny speciallæ-  
gepraksis i uddannelse af speciallæger.

I Region Syddanmark sker der allerede inddragelse af speciallægepraksisser i videreud-  
dannelsen af læger i den udstrækning, det måtte være fagligt relevant.

I Region Sjælland vil identifikationen af egnede speciallægepraksisser, der måtte have ka-  
pacitet til at indgå i uddannelse af speciallæger, blive inddraget ved fremtidig placering af  
uddannelsesforløb. I Region Hovedstaden var der, forud for Lægedækningsudvalgets rap-  
port, indgået et antal aftaler med speciallægepraksisser i fire specialer. Disse aftaler er  
fortsat gældende.

Lægeforeningen oplyser, at Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) fra alle praksisrelevante specialer har tilkendegivelser om, at de vil kunne deltage i videreuddannelsen af speciallæger.

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

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

Lægedækningsudfordringerne på sygehusområdet har karakter af en lokal eller regional udfordring. Det betyder, at nogle sygehuse oplever store rekrutteringsvanskeligheder, mens andre sygehuse kun i lille grad oplever rekrutteringsvanskeligheder. Det skaber en ulighed i incitamenter til at effektivisere, sikre opgaveglidning mv. Derfor foreslog Lægedækningsudvalget, at regionerne i højere grad koordinerer og samarbejder internt og på tværs af regionerne om at tilgodese områder med rekrutteringsudfordringer.



Samlet implementeringsstatus

#### *Samarbejde på tværs af regionerne*

Danske Regioner har besluttet at fastfryse antallet af speciallægestillinger på universitetshospitalerne i København, Aarhus og Odense med henblik på at gøre det mere attraktivt for speciallæger at søge til andre hospitaler end universitetshospitaler. Fastfrysningen effektueres i perioden 1. januar 2017 til udgangen af 2018. Den enkelte region har fastsat et "loft" for antallet af speciallægestillinger ved de enkelte hospitaler, og Danske Regioners bestyrelse følger løbende udviklingen gennem en status to gange om året. Seneste status var i august 2017, hvor alle universitetshospitaler umiddelbart holder sig under de fastsatte lofter. Desuden har Danske Regioner foreslået en fælles regional vejledning for fremtidige ansættelser i speciallægestillinger og fælles regionale principper for faglig bedømmelse af ansøgere til overlægestillinger. Disse skal være med til at sikre en hensigtsmæssig anvendelse af speciallægeressourcerne.

#### *Samarbejde internt i regionen*

Regionerne har i varierende grad hver især fokus på fordeling af uddannelses- eller speciallæger. Et konkret tiltag, som indgår i de regionale principper, og som er implementeret i Region Nordjylland, er krav om 5 års ansættelse som afdelingslæge eller tilsvarende, inden der er mulighed for at blive ansat som overlæge. Det er dog muligt at dispensere fra kravet. En lignende ordning gør sig gældende i Region Midtjylland.

Regionerne har desuden igangsat en række initiativer til at skabe større koordination og samarbejde internt i den enkelte region. Region Nordjylland har delvist implementeret forslaget ved at anvende fleksible ansættelsesforhold med mulighed for, at læger kan have

tjeneste på flere geografiske enheder. Som noget nyt har afdelings- og overlæger i Region Nordjylland således mulighed for ansættelse i enten delestilling eller kombinationsstilling, hvoraf sidstnævnte indebærer forskning. Region Nordjylland arbejder derudover med at skabe et nyt strategisk mind-set, der sigter på bedre anvendelse og fordeling af de eksisterende lægelige ressourcer frem for fokus på lægemangel. Det handler f.eks. om at anvende nye digitale muligheder for at samarbejde og kommunikere om og med patienten.

Ligeledes anvendes fleksible ansættelsesformer i Region Hovedstaden, hvor regionen f.eks. søger at have stillinger med tjeneste såvel i selve hovedstaden som på Bornholm.

De øvrige regioner har på forskellig vis påbegyndt implementering af anbefalingen f.eks. ved at have igangsat arbejde, der har til formål at afdække den geografiske fordeling af uddannelseslæger eller gennem strategiarbejde vedrørende arbejdsstyrkeplanlægning.

Forslag 16. Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehusene		
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	Implementering påbegyndt
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***

Læger er blandt de længst og dyrest uddannede specialister i det danske samfund. Derfor skal deres arbejdskraft anvendes, hvor det giver størst værdi, og opgaver, der kan varetages af andre faggrupper, bør flyttes til relevante faggrupper. Regionerne har igangsatte en række initiativer, der skal hjælpe til at understøtte dette.

Region Nordjylland har i 2018 fokus på arbejdstilrettelæggelse, hvor de overenskomstmæssige og lokale arbejdsreglers muligheder for at anvende arbejdstiden bedre vil blive undersøgt med henblik på at skabe mere effektivitet og fleksibilitet. Desuden vil regionen analysere mulighederne for at etablere vagtfællesskaber ud fra ønsket om en hensigtsmæssig anvendelse af personaleressourcer og omkostningseffektive vagtberedskaber. Her vil der blandt andet blive set på brugen af eksterne vikarer og opgaveglidning, mens der under overskriften "Værdi for patienten" vil blive igangsat forbedringsinitiativer ift. bl.a. unødige kontroller og dobbeltundersøgelser mv.



Samlet implementeringsstatus

Region Midtjylland er ved at udarbejde en strategi for arbejdsstyrkeplanlægning, der skal sikre, at hospitalerne har tilstrækkelig og kompetent arbejdskraft til rådighed til rette tid, sted og omkostningsniveau. Det indebærer blandt andet, at opgaver skal løses på lavest mulige omkostningsniveau. Et eksempel herpå er opgaveflytning mellem arbejdsgrupper, f.eks. fra læger til andre faggrupper. Der er desuden aftalt principper for opgaveflytning mellem arbejdsgrupper i regi af Regions-MEDudvalget.

I Region Sjælland søges lægernes tid anvendt bedst muligt eksempelvis med "praksisbussen", hvor læger tilbydes kørsel fra Greve til Lolland og retur, og hvor bussen er indrettet, så lægernes kan arbejde i transporttiden.

Region Hovedstaden anvender, hvor det er overenskomstmæssigt muligt, muligheden for, at læger kan have tjeneste på flere geografiske enheder.

Lægeforeningen peger på, at eksempelvis visse taste- og dokumentationsopgaver ikke skal løses af læger, hvis de bedre og billigere kunne varetages af lægesekretærer.

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**

For at tiltrække og fastholde læger kan arbejdsgiverne på forskellige måde gøre ansættelsen mere attraktiv. Lægeforeningen oplyser, at Yngre Lægers medlemsundersøgelse 2016 peger på en række faktorer, der kan være med til at tiltrække og fastholde læger til sygehuse og speciallægepraksis i yderområder. Blandt eksemplerne er deltidsansættelse og forskningsmuligheder i arbejdstiden.



Samlet implementeringsstatus

Tre regioner oplyser at tilbyde forskningsmuligheder i deres ansættelser. Således tilbyder Region Nordjylland speciallæger ansættelse i en kombinationsstilling med mulighed forskning, mens Region Sjælland forsøgsvist har opslået kombinationsstillinger, hvor ansættelse i almen praksis kombineres med forskning eller klinisk arbejde på hospital. Region Hovedstaden vurderer, at regionen generelt tilbyder gode muligheder for forskning og fleksible ansættelsesformer.

Region Midtjylland arbejder på forskellige tiltag, der skal bidrage til at udvikle attraktive arbejdspladser i regionen. F.eks. har regionen en livsfasepolitik med henblik på, at de enkelte arbejdspladser så vidt muligt kan tilgodese de ansattes ønsker til faglige og personlige udfordringer som til arbejdsvilkår i øvrigt. Derudover samarbejdes der om at oprette



universitetsklinikker på regionshospitalerne, hvor der er muligt. Indtil videre er der 5 universitetsklinikker i regionen.

Andre medarbejderrettede initiativer i Region Midtjylland indebærer, at der på alle regionens billeddiagnostiske afdelinger er mulighed for, at radiologer kan få etableret hjemmearbejdsplads, så der skabes mere fleksibilitet for den enkelte radiolog. Regionen anvender også geografisk betingede rekrutterings- og fastholdelsestillæg til ansatte på hospitaler i den vestlige del af regionen. Tillægget følger ikke lægen, hvis denne søger ansættelse længere mod øst.

Region Sjælland har etableret hjemmesiden "Det Gode Lægeliv" med informationer om muligheder i Region Sjælland, kontaktoplysninger mv., og Regionsrådet har bevilget 15 mio. kr. henholdsvis i 2017 og 2018 til at forbedre rekrutteringen til Nykøbing Falster Sygehus. Desuden er der taget en række andre initiativer for at tiltrække lægelig arbejdskraft. Det gælder eksempelvis en række busafgang fra København til regionens sygehuse mv. Sluttelig har Region Sjælland fokus på sundhedsvidenskabelig forskning og har etableret et forskningscenter på Nykøbing Falster Sygehus, hvilket forventes at kunne bidrage til rekrutteringen af læger til regionen.

Forslag 18. Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer	
Ansvarligt myndighedsniveau	Implementeringsstatus
Regioner og lægelige organisationer	Implementering påbegyndt

### 3.2 Den politiske aftale om bedre lægedækning

I den politiske aftale om bedre lægedækning, som fulgte op på lægedækningsudvalgets rapport, tilkendegav regeringen og de øvrige partier i Folketinget, at man udover at ville løfte en række forslag fra Lægedækningsudvalgets også ville igangsætte andre initiativer for at styrke lægedækning i hele landet. Nedenfor fremgår status for disse initiativer.

#### ***Erfaringer med at drive udbuds- og regionsklinikker***

I den politiske aftale om bedre lægedækning fra februar 2017 ønskede aftalepartierne at samle op på de erfaringer, der er gjort med at drive udbuds- og regionsklinikker siden 2012, bl.a. med inddragelse af private såvel som offentlige aktører.

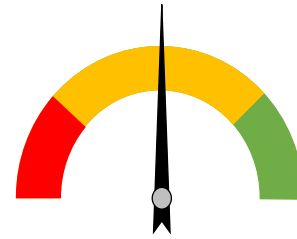
Sundheds- og Ældreministeriet har haft en dialog med Danske Regioner om igangsættelse af erfaringsindsamlinger med udbuds- og regionsklinikker. Erfaringsopsamlingen er således i proces.



Samlet implementeringsstatus

## ***Bedre virtuel eller digital kommunikation***

Digitalisering har forandringskraft og nye teknologier som virtual reality, robotter, automatisering, brug af big data osv. kan flytte rammerne for, hvordan sundhedsydelser kan leveres. Langt hovedparten af alle patienter har f.eks. en smartphone, som giver mulighed for at søge oplysninger, aflevere data og få behandling på distancen.



Samlet implementeringsstatus

Det giver nye servicemuligheder, som sundhedsvæsenet må forholde sig til. I Sverige har private aktører fået stor succes i Stockholm med at tilbyde borgerne egenbetalte videokonsultationer med en praktiserende læge, og det har bl.a. ført til nye krav om, at den alment praktiserende læge i det offentlige sundhedsvæsenet kan tilbyde sine patienter videokonsultation.

Nogle patienter bliver mere selvhjulpne, og de ønsker sig større fleksibilitet og let adgang sundhedsvæsenet. Det er patienter, som vil have glæde af flere digitale muligheder i mødet med læger og sygeplejersker, og vi ved bl.a. fra erfaringerne med telemedicin til patienter med KOL og patienter med fodsår, at patienter kan have stor gavn af ny teknologi, både når det gælder bedre behandling klinisk set, og når det gælder egenkontrol med sygdom og egen livssituation.

### *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. I dag er udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering i fuld gang i hele landet. Opfølgning og behandling kan derved foregå hjemme hos borgeren med hjemmemålinger og digital kontakt med specialisten, når det er nødvendigt. Og kommunalt sundhedspersonale kan mere systematisk holde øje med sygdomstegn hos sårbare ældre. Det giver mulighed for en tættere og løbende opfølgning på borgerens sundhedstilstand, og der kan hurtigt sættes ind i det nære sundhedsvæsen, hvis der sker en forværring, og dermed undgås akutte indlæggelser, som er både omkostningsfulde og belastende for patienten. Et eksempel er digitalt understøttet sårbehandling, som i dag finder sted i landets kommuner. Borgeren skal ikke i alle tilfælde tage på hospitalet for behandling af svære fodsår. I stedet kan en sygeplejerske i det nære sundhedsvæsen – med styrkede kompetencer og tæt samarbejde med specialisten på hospitalet – behandle og pleje såret, der hvor borgeren er.

### *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. Ved at bruge PRO-data systematisk og aktivt i dialogen med patienten, vil patienten være forberedt til mødet med det sundhedsfaglige personale, og patientens svar kan hjælpe det sundhedsfaglige personale med at målrette samtalen i forhold til, hvor der måtte være problemer.

Patienter, der benytter PRO, kan desuden opleve en øget egenmestring af sin sygdom og mere indflydelse på egen behandling. Desuden kan patienten undgå unødvendige kontroller, ventetider samt lang transporttid, hvis man på baggrund af spørgeskemaet vurderer, at patienten ikke behøver at blive set – såfremt det er patientens ønske.

I forbindelse med Økonomiaftalen for 2017 er regeringen, Danske Regioner og KL enige om, at patienternes oplysninger om deres eget helbred skal bruges systematisk i daglig klinisk praksis og til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Derfor er der i november 2016 etableret et sekretariat i Sundhedsdatastyrelsen.

PRO-sekretariatets hovedopgaver er bl.a. at tilpasse internationale spørgeskemaer til danske forhold og standardisere PRO-spørgeskemaer og bidrage til systematisk videndeling, så det lokale arbejde med anvendelse og fortsat udvikling i brug af PRO understøttes bedst muligt. Sekretariatet har desuden til opgave løbende at udpege nye sygdomsområder, hvor der skal etableres nationale PRO-skemaer.

*Digital kontakt til din praktiserende læge og en mere effektiv hverdag i almen praksis*  
Sundheds- og Ældreministeriet har i samarbejde med bl.a. Danske Regioner, KL og PLO igangsat en indsats for at understøtte udviklingen af nye digitale tiltag i almen praksis. Der er derfor i efteråret 2017 igangsat en konkret digitaliseringsindsats, der har til formål at optimere og lette arbejdsgangene for de praktiserende læger, understøtte en mere fleksibel kommunikation med patienter og dermed frigøre tid og rum til andre opgaver. Det handler om digital løsninger til:

- Hurtigt patientoverblik i lægens it-system
- Bedre forberedelse af konsultationer gennem spørgeskemaer
- Den intelligente indbakke i lægens it-system (sortering af post mv.)
- Forbedring af epi-kriserne (jf. også overenskomstaftalen for almen praksis for 2018)
- Kommunikation med kommunal pleje
- App'en "Lægen i min lomme"

I dag kan patienter foretage tidsbestilling, receptfornyelse og e-mailkonsultationer på klinikkernes hjemmesider, hvis layout og funktionalitet varierer afhængigt af klinikkens lægepraksissystem og klinikkens specifikke konfigurationsvalg. Med den nationale FMK-app "Medicinkortet" kan borgere i dag få overblik over aktuelle og afsluttede medicinordinationer, recepter og hvor mange udleveringer, der er tilbage samt anmode egen læge om receptfornyelse. FMK app'en er en fælles løsning til alle borgere uafhængig af lægens systemvalg. "Lægen i min lomme" skal supplere den eksisterende funktionalitet på klinikkernes hjemmesider og i FMK-app'en med en række nye funktioner, som kan virke sammen i én borgerrettet app. Derved får borgeren en fælles indgang til de praktiserende læger. App'en vil også kunne understøtte videokonsultation med den praktiserende læge. Udviklingen af den borgerrettede app "Lægen i min lomme" er igangsat som et forprojekt for at afklare en projektorganisering, som understøtter, at app'en både trækker på nationale kilder og services mht. sikkerhed mv. og skal opfylde funktionelle behov mht. kommunikation og samarbejde med patienterne for den praktiserende læge.

### **Sproglige kvalifikationer for udenlandske læger**

Flere regioner bruger international rekruttering som et supplement til anden rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer. Med den politiske aftale om bedre lægedækning blev aftalepartierne enige om vigtigheden af, at patienter i det danske sundhedsvæsen oplever, at de bliver forstået – og at de forstår de beskeder, de får af sundhedspersonalet.



Samlet implementeringsstatus

Det er regionens ansvar som ansættende myndighed at sikre, at udenlandske læger har de sproglige kompetencer, der er nødvendige for, at kommunikation mellem læge og patient kan foregå på fuld forsvarlig vis og skabe grundlag for den bedst mulige sundhedsfaglige behandling. Styrelsen for Patientsikkerhed har i deres pjeces "Ansættelse af sundhedsfagligt personale – Gode råd og præciseringer" beskrevet det særlige ansvar, der påhviler den ansættende myndighed til at sikre, at udenlandske læger har tilstrækkelige sprogfærdigheder og kommunikationsevner.

Som opfølgning på den politiske aftale har daværende fungerende sundhedsminister, Karen Ellemann, i marts 2017 sendt et brev til samtlige regionsrådsformænd, hvor hun præciserede dette ansvar over for regionerne.

Senest har sundhedsministeren bedt Danske Regioner om at redegøre for, hvordan regionerne sikrer, at udenlandske læger har de rette dansk kundskaber. Ministeren har i den forbindelse også spurgt Danske Regioner om, hvorvidt der fra centralt hold kan iværksættes tiltag, der kan understøtte regionernes arbejde med at sikre de rette kompetencer hos udenlandske læger.

### **3.3 Sammenfatning af status for implementering af Lægedækningsudvalgets forslag og politisk aftale om bedre lægedækning**

Ovenstående gennemgang viser, at der er igangsat en lang række initiativer, der har til formål at forbedre lægedækningen på tværs af landet. Nogle initiativer kan også anses for implementeret. Det gælder eksempelvis øget optag på medicinuddannelsen på Aalborg Universitet, ligesom at forslag om ændring af sundhedsloven med henblik på bl.a. udvidelse af perioden for regioners drift af alment medicinske klinikker og forenklet overdragelse af ydernumre mellem læger er vedtaget.

Andre forslag er under løbende implementering, og der er i flere tilfælde regionale og kommunale forskelle på graden af implementering, mens der også viser sig eksempler på ensartede implementeringstiltag på tværs af landet.

# Kapitel 4: Særlige fokusområder

I Danmark er der flere læger end nogensinde, og i de kommende år vil antallet af læger og speciallæger også stige. Alligevel oplever vi en specialemæssig fordelingsudfordring, hvor det er vanskeligt for nogle specialer at tiltrække den rette mængde arbejdskraft. Nogle af de områder, der oplever større udfordringer, er inden for de psykiatriske og det neurologiske speciale.

Inden for de psykiatriske specialer har det i flere år været en udfordring med at besætte videreuddannelsesforløb, ligesom regionerne har haft vanskeligt med at besætte speciallægestillinger i specialet psykiatri. Inden for det neurologiske speciale ses, at nogle af regionerne i særligt 2016 haft vanskeligt ved at besætte hoveduddannelsesforløb i specialet. Derfor sætter denne status et særligt fokus på tre specialer:

- Psykiatri
- Børne- og Ungdomspsykiatri
- Neurologi

Ud over disse tre oplever en række andre specialer også rekrutteringsproblemer. Det drejer sig blandt andet om radiologi, klinisk onkologi og reumatologi, som også i de seneste år har oplevet vanskeligheder med at besætte videreuddannelsesforløb. Derfor sætter denne status også et særligt fokus på disse specialer.

## 4.1 Psykiatri og Børne- og Ungdomspsykiatri

De psykiatriske specialer er et af de områder, der oplever de største udfordringer med at rekruttere læger. Tal fra regionerne viser, at der i perioden 2012-2016 har været ca. det samme antal læger tilknyttet psykiatriske afdelinger, mens Lægedækningsudvalgets rapport oplyser, at det samlede antal af læger i samme periode har været stigende. Samtidig oplever de to specialer en udfordring med at besætte hoveduddannelsesforløb, jf. tabel 3.

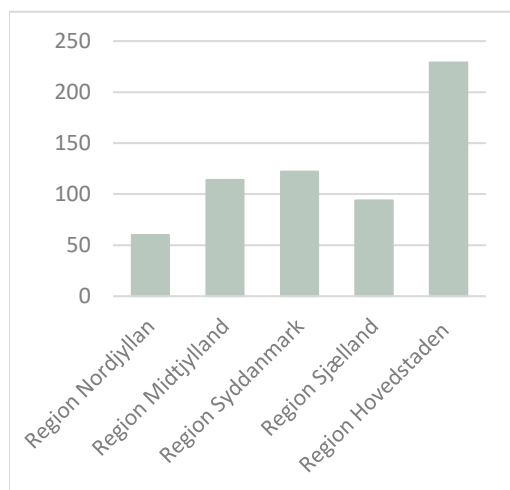
Speciale		2013	2014	2015	2016
Psykiatri	Besatte	46	47	49	34
	Vakante (ift. opslåede)	13	7	7	22
Børne- og Ungdomspsykiatri	Besatte	23	20	20	20
	Vakante (ift. opslåede)	7	6	8	7

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Det fremgår af Dimensioneringsplan 2018-2020, at antallet af hoveduddannelsesforløb i børne- og ungdomspsykiatri, psykiatri og almen medicin evt. kan udvides, hvis rekrutteringsgrundlaget forbedres.

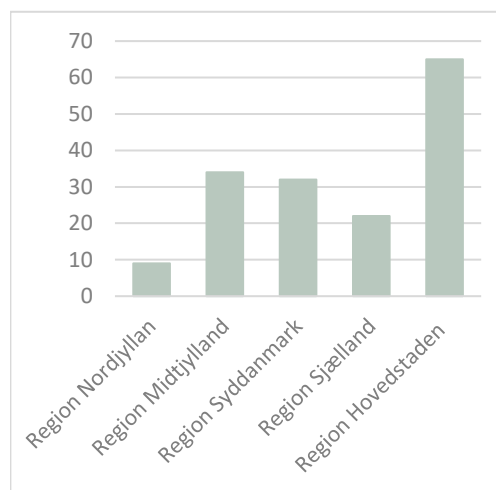
Der er også en fordelingsmæssig udfordring inden for de psykiatriske specialer. Særligt Region Nordjylland oplever udfordringer i relation til antallet af speciallæger i psykiatri og i børne- og ungdomspsykiatri, jf. figur 2 og 3.

**Figur 2: Speciallæger i psykiatri ansat på offentlige hospitaler opdelt på region**



Kilde: Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik)

**Figur 3: Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri ansat på offentlige hospitaler opdelt på region**



Kilde: Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik)

I 2015 var der på landsplan 953 speciallæger i psykiatri, hvoraf 619 var ansat på offentlige hospitaler. 60 speciallæger i psykiatri var i 2015 ansat på offentlige hospitaler i Region Nordjylland, mens der tilsvarende i Region Hovedstaden var 229 psykiatriske speciallæger. De geografiske variationer afspejles også i antallet af speciallæger i psykiatri, der var beskæftiget som praktiserende speciallæger. Der var således væsentligt flere privatpraktiserende speciallæger i psykiatri i Region Hovedstaden (94) end i Region Nordjylland (13) og i de øvrige regioner generelt (jf. bilag 4).

En lignende tendens gør sig gældende inden for børne- og ungdomspsykiatri. Der var samlet 224 børne- og ungdomspsykiatriske speciallæger i 2015, hvoraf der på landsplan var 162 speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri på hospitaler i det offentlige sektor. Der er færrest speciallæger inden for specialet (9) på Region Nordjyllands offentlige hospitaler, og flest på Region Hovedstadens offentlige hospitaler (65).

Lægedækningsudvalgets rapport viste, at antallet af speciallæger i psykiatri frem mod 2040 vil stige med ca. 50 pct. pr. indbygger. Det ligger altså over den generelle stigning i antallet af speciallæger pr. indbygger på 35 pct. Det peger på, at udfordringen kan forventes at blive mindre over tid, selvom området aktuelt er udfordret.

Psykiatrien er under en længerevarende udviklingsproces. Samtidig er lægemanglen i psykiatrien ikke en udfordring, som kan løses ét sted. Det er et fælles ansvar at styrke lægedækningen og sætte rammerne for psykiatrien som en attraktiv arbejdsplads, der kan

rekruttere det rette og kvalificeret personale. Det er et ansvar, som skal løftes i staten, regionerne, kommunerne og i de lægelige organisationer. I lyset heraf er en række initiativer igangsat, der har til formål at styrke indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser, og som også i flere tilfælde vil medføre et økonomisk løft af området.

De kommende, særlige pladser i psykiatrien, der oprettes primo 2018, er et eksempel på et af de nye tiltag til at styrke psykiatrien. Der er politisk besluttet, at der skal oprettes 150 særlige pladser målrettet en gruppe af særligt udsatte patienter med svære psykiske lidelser, udadreagerende adfærd, gentagne indlæggelser, afbrudte behandlingsforløb og ofte misbrug og/eller dom til behandling. Formålet med pladserne er at tilbyde en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats med henblik på at stabilisere patientens helbred og forbedre patientens evne til at mestre hverdagen. Dette skal ske ved hjælp af psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling samt ved socialfaglige indsatser, beskæftigelse og aktiviteter. Det forudsatte udgiftsniveau for de 150 pladser er ca. 285 mio. kr. årligt til driften af de særlige pladser samt administration mv., hvoraf staten finansierer knap 100 mio. kr., og de øvrige udgifter finansieres af kommuner og regioner i fællesskab. Dertil kommer, at der er afsat særskilte 100 mio. kr. til tilpasninger af de fysiske rammer for de særlige pladser.

Endvidere er der med den seneste satspuljeaftale på psykiatrimrådet afsat 397,5 mio. kr. i perioden 2018-2021 til en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser. Midlerne går primært til at styrke børne- og ungepsykiatrien og sikre en tidligere indsats over for børn og unge med begyndende psykiske lidelser. Et af initiativerne er en ny fremskudt regional funktion, der skal styrke det tidlige tværsektorielle samarbejde mellem kommuner og regioner om denne målgruppe. Der afsættes også særskilte midler til at nedbringe tvangen i psykiatrien. Et område, der også påvirker arbejdsmiljøet på de psykiatriske afdelinger.

Regeringen har desuden sammen med Danske Regioner og KL nedsat en arbejdsgruppe om styring af psykiatrien, der har til opgave at udarbejde en styringsgennemgang af psykiatrien. Arbejdet skal munde ud i en række anbefalinger, der vedrører øget synlighed, gennemsigtighed og styring ift. aktivitet, kvalitet og ressourceanvendelse i psykiatrien. Det forventes, at anbefalingerne offentliggøres primo 2018.

Samtidig er der gennem de seneste år arbejdet på at ligestille psykiatrien med somatiske lidelser ved at give lige udrednings- og behandlingsret samt lige ret til udvidet frit sygehusvalg. Det lovgivningsmæssige grundlag for en ligestilling er således på plads, og denne tankegang skal i højere grad udbredes, da en egentlig ligestilling af de to områder må formodes at kunne bidrage til rekrutteringen til det psykiatriske område og de psykiatriske specialer.

Lokalt har arbejdsgiverne også en række værktøjer, der kan bidrage til at styrke psykiatrien, anvende psykiaternes tid bedst muligt og rekruttere til de psykiatriske specialer. Lægernes ressourcer skal anvendes, hvor de giver mest værdi for patienterne. Ledelserne kan spille en rolle ift. at sikre en hensigtsmæssig opgaveglidning til f.eks. sygeplejersker og specialpsykologer og en bedre organisering af området, (jf. også status på Lægedækningsudvalgets forslag 17 om anvendelse af de lægelige ressourcer).

Digitale løsninger kan også tages i brug med henblik på at sikre adgangen til speciallægekompetencer. Et eksempel er digitalt understøttet behandling til mennesker med psykiske lidelser og mistrivsel. Der er i psykiatrien i Region Syddanmark og internationalt gode erfaringer med digital understøttelse af psykologbehandling blandt andet af svag angst. Regionerne har derfor i oktober 2017 besluttet at udbrede internetbaseret psykologbehandling som et toårigt pilotprojekt i hele landet.

Der er desuden etableret en specialuddannelse for psykologer målrettet ansættelse i psykiatrien. Specialpsykologerne vil kunne løfte nogle af de opgaver, der hidtil har været varetaget af læger og dermed bidrage til lægemanglen.

Ledelsen på de enkelte afdelinger kan endvidere arbejde med tidlig identifikation af unge læger, f.eks. blandt studerende, lægevikarer, mv., som udviser interesse eller egenskaber inden for området og introducere dem for mulighederne på det psykiatriske område.

**Case: Aktiv rekrutteringsindsats på Psykiatrisk Center Glostrup**

På Psykiatrisk Center Glostrup arbejder Centerchefen aktivt med at spotte lægestuderende under klinikophold, der viser interesse for faget og har de rette kompetencer. Centeret arbejder aktivt med at tilbyde kvalificerede lægestuderende sommerferievikariater og går i dialog med den studerende om mulighederne inden for psykiatrien og en introduktionsstilling på centeret.

Centerchefen tilbyder den lægestuderende og unge læge karrierevejledning om vejen til at blive speciallæge i psykiatri, eksempelvis vejledning om de 7 lægeroller.

*Kilde: Psykiatrisk Center Glostrup*

**Case: Task force i Psykiatri i Videreuddannelsesregion Nord**

Videreuddannelsesregion Nord har etableret en ny task force i psykiatri, hvor de lægefaglige direktører fra Region Midtjylland og Region Nordjylland kan drøfte mulighederne for at ændre sammensætningen af speciallægeuddannelsen i psykiatri.

Task forcen har bl.a. drøftet sammensætningen af ansættelserne i hoveduddannelsesforløb, den geografiske placering af delansættelser i hoveduddannelsesforløbene, pilotforsøg med sammenhængende uddannelsesforløb og ansøgning om dispensation fra seksårsfristen i forbindelse med visse uddannelsesforløb.

*Kilde: Videreuddannelsesregion Nord*

Herudover er det centralt med et sundt arbejdsmiljø og et stærkt uddannelses- og fagligt miljø, der motiverer lægestuderende og unge læger til at søge videreuddannelse inden for området og dernæst medvirker til at fastholde dem.



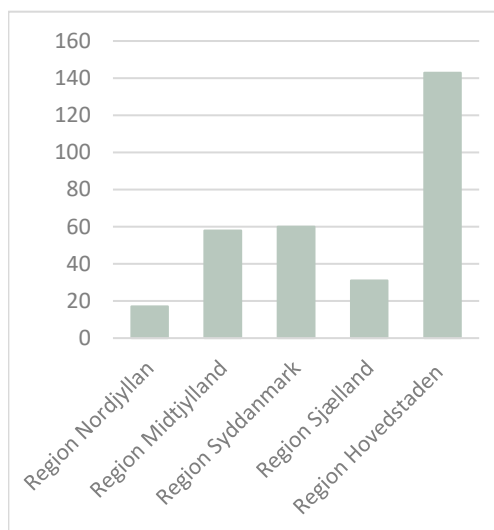
## 4.2 Neurologi

Et af de områder, som oplever udfordringer ift. at sikre et tilstrækkeligt antal speciallæger, er det neurologiske speciale.

Udfordringerne med mangel på speciallæger i neurologi ses på tværs af regionerne, men nogle regioner oplever større udfordringer end andre, jf. figur 4.

På landsplan er der samlet set 393 speciallæger i neurologi. Som det fremgår er fordelingen af speciallæger i neurologi nogenlunde ens i Region Midtjylland og i Region Syddanmark, hvor der i 2015 var ansat 58 hhv. 60 neurologiske speciallæger på hospitaler i den offentlige sektor. I Region Nordjylland og Region Sjælland var der færrest speciallæger i neurologi i samme sektor og branche med hhv. 17 og 31. Endelig var der flest speciallæger i neurologi på offentlige hospitaler i Region Hovedstaden, hvor 143 var beskæftiget samme år. På landsplan var et mindre antal speciallæger i neurologi (49) i 2015 beskæftiget som praktiserende speciallæger.

Figur 4: Speciallæger i psykiatri ansat på offentlige hospitaler opdelt på region



Kilde: Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik)

Det tager tid at uddanne sig til speciallæge, og antallet af speciallæger kan derfor ikke nødvendigvis øges på kort sigt. Derfor er det en udfordring, at det samtidig er vanskeligt at tiltrække yngre læger til specialet. I nogle videreuddannelsesregioner opleves der udfordringer med at besætte hoveduddannelsesforløb inden for neurologi, jf. tabel 4.

Tabel 4					
Udviklingen i besatte og vakante hoveduddannelsesforløb i specialet neurologi i perioden 2013-2016					
Videreuddannelsesregion		2013	2014	2015	2016
Videreuddannelsesregion Nord	Besatte	7	12	10	5
	Vakante (ift. opslåede)	3	0	1	8
Videreuddannelsesregion Syd	Besatte	8	5	7	7
	Vakante (ift. opslåede)	0	3	2	5
Videreuddannelsesregion Øst	Besatte	12	12	11	11
	Vakante (ift. opslåede)	0	1	0	0

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har i Dimensioneringsplan 2018-2020 besluttet at øge ratioen af introduktions- til hoveduddannelsesforløb fra 1,5-2,5 til 2,0-3,0. Det er Sundhedsstyrelsen for-

ventning, at rekrutteringsgrundlaget til hoveduddannelsesforløbene hermed øges, og dermed øges sandsynligheden for, at alle hoveduddannelsesforløb i hele landet bliver besat i den kommende dimensioneringsperiode.

I tillæg hertil er det vigtigt at etablere initiativer, der gør specialet attraktivt for unge læger.

**Case: Rekruttering af unge læger til neurologi i Region Syddanmark**

Region Syddanmarks fire neurologiske afdelinger har de seneste fire år samarbejdet om en strategi, der har til formål at øge antallet af yngre læger, som søger det neurologiske speciale fra medicinstudierende over KBU til introduktionsstillinger.

Indsatsen har ført til, at der aktuelt er et historisk højt antal læger i introduktionsstillinger, som forventes at søge hoveduddannelsesstilling i løbet af det kommende år. Det vil betyde, at antallet af speciallæger i regionen vil kunne øges markant over de næste 5 år.

*Kilde: Region Syddanmark*

Der findes også eksempler på initiativer, som er iværksat med henblik på at imødegå nogle af de aktuelle udfordringer, som følger af mangel på speciallæger. En forbedret resourceallokering og organisering af arbejdet på de enkelte klinikker og afdelinger kan bidrage til, at ressourcerne anvendes på en hensigtsmæssig måde:

- Region Sjælland har eksempelvis de seneste fem år gradvist samlet neurologiske funktioner på færre matrikler for at styrke kvaliteten og forbedre rekrutteringsmuligheder.
- Region Sjælland har endvidere igangsat et program for oplæring i regionens akutklinikker med henblik på at kvalificere gatekeeper-funktionen på akutklinikkerne, så videre indlæggelse evt. undgås, og/eller så den indledende udredning og behandling af neurologiske patienter varetages der.
- I bl.a. Region Midtjylland anvendes PRO-data via det webbaseret dialog- og beslutningsstøtteværktøj AmbuFlex mellem behandler og patient. På baggrund af patienternes besvarelse af spørgeskemaer om eget helbred, inddeles patienterne i forskellige kategorier alt efter, om systemet vurderer, at der er behov for, at patienten tilses fysisk, kontaktes telefonisk eller får tilsendt et nyt spørgeskema efter en fastsat periode.
- Flere regioner arbejder med opgaveglidning mellem personalegrupper. F.eks. varetager specialuddannede sygeplejerskere i Region Sjælland en del ambulante konsultationer og telefonkonsultationer, hvor læger inddrages ved behov. I Region Hovedstaden forsøger man ligeledes at flytte opgaver til bl.a. sygeplejersker, hvor det er muligt.

*Nordiske erfaringer med lægedækning inden for det neurologiske område*

Tilstrækkelig lægedækning inden for neurologien er ikke kun en dansk udfordring. I Norge har man indikationer på, at det kan være vanskeligt at ansætte og fastholde neurologer.

Det kommer blandt andet til udtryk ved regionale forskelle på ventetider inden for specialer, og særligt de små sygehuse i Norge oplever udfordringer, der er forbundet med mangel på neurologer.

I Norge forsøger man at håndtere udfordringerne ved bl.a. at arbejde på bedre tilpasning af uddannelseskapaciteten for nye speciallæger og øget udnyttelse af eksisterende kapacitet. I den forbindelse anvender de fire regionale "heleforetak" bl.a. en "Nasjonal bemanningsmodell" til at sige noget om den fremtidige udvikling i behovet for speciallæger og effekten af diverse tiltag. Der er ingen national dimensionering af uddannelsesforløb inden for lægelige specialer i Norge, men oprettelse af lægestillinger i "specialisthelsetjenesten" skal ske i overensstemmelse med de givne behov og økonomiske rammer.

Det forventes, at den demografiske udvikling i Norge vil medføre et øget behov for neurologer, og at der på den baggrund fremover vil kunne være udfordringer i relation til vedligehold af de eksisterende kompetencer.

I Sverige ser billedet lidt anderledes ud, idet man ikke her har opfattelsen af at mangle speciallæger i neurologi. Dog er tilgængeligheden inden for området generelt forringet de seneste år således, at 26 pct. af de patienter, som venter på konsultation hos en neurolog, har ventet mere end 90 dage, som er den svenske "vårdgarantigrænse".

Udfordringer vedrørende kapaciteten inden for det neurologiske område er således et problem, der rækker ud over Danmarks grænser.

#### **4.3 Øvrige specialer med særligt fokus**

De psykiatriske specialer og det neurologiske speciale er imidlertid ikke de eneste, hvor en speciemæssig fordelingsudfordring gør sig gældende. Også inden for bl.a. det radiologiske, klinisk onkologiske og reumatologiske speciale har der været udfordringer med eksempelvis besættelse af videreuddannelsesforløb eller speciallægestillinger. Lægeforeningen bemærker, at det udover ovennævnte specialer også kan være relevant at se nærmere på det lungemedicinske og geriatriske speciale.

Det tager tid at uddanne speciallæger. Antallet af speciallæger kan derfor ikke øges, så det får effekt på kort sigt.

Den dimensionerede ramme bruges ikke fuldt i alle specialer i hele landet. En forøgelse af dimensioneringen af hoveduddannelsesforløb er derfor ikke en garanti for, at der uddannes flere speciallæger i specialerne. Således er der behov for indsatser, som kan bidrage til at gøre specialer med mange ubesatte hoveduddannelsesstillinger mere attraktive, så rekrutteringen til disse specialer styrkes. Ovenstående status vedr. rekruttering til de psykiatriske specialer og det neurologiske speciale kan tjene som eksempler på, hvordan specialerne kan gøres mere attraktive for yngre læger, og hvordan rekrutteringsgrundlaget kan forbedres.

#### **4.4 Opsamling på indsatser inden for særlige fokusområder**

Det er kendetegnende for rekrutteringsudfordringer – uanset speciale – at speciallægekapa-  
paciteten ikke kan øges på kort sigt. Uddannelse til speciallæge er en af de længste spe-  
cialistuddannelser i samfundet og varer typisk 6-7 år, fra lægen er færdiguddannet fra uni-  
versitetet. Der er derfor behov for en bred vifte af indsatser for at forbedre lægedækning-  
en inden for en kortere tidshorisont.

Aftalepartierne har med satspuljeaftalen for 2018 bl.a. sat fokus på børne- og ungdoms-  
psykiatrien, og lokalt ses eksempler på nye organiseringsformer, som har til formål at  
sikre, at ressourcerne anvendes hensigtsmæssigt. Samtidig kan der være behov for, at  
styrke rekrutteringen til nogle specialer, så yngre læger i højere grad vil anse det for at-  
traktivt at specialisere sig inden for nogle af de specialer, som i dag oplever udfordringer.

## 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
<b>1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne</b>	
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. Brede geografisk spredning af de lægestuderendes klinikophold under studiet	Staten og regioner
<b>2. Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse</b>	
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
<b>3. Justering af femårsfristen i den lægelige videreuddannelse</b>	
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 informationskampagner, 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 etablere regionsdrevne klinikker uden forudgående udbud	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 patient-tyngde 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	Regioner

henblik på større hensyntagen til regioner med lægedækningsudfordringer	
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 4 – Speciallæger i psykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og neurologi

**Tabel A**  
**Speciallæger i psykiatri fordelt efter arbejdsregion, sektor og branche, 2015**

	Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark		Region Hovedstaden		Region Sjælland		Ukendt	Ikke i beskæftigelse	I alt
	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Privat		
<b>Hospitaller</b>	60	-	114	n<=5	122	n<=5	229	n<=5	94	n<=5	-	-	625
<b>Alment praktiserende læger</b>	-	n<=5	-	n<=5	n<=5	n<=5	n<=5	12	-	n<=5	-	-	26
<b>Praktiserende speciallæger</b>	-	13	n<=5	35	-	26	n<=5	94	-	22	-	-	194
<b>Sundhedsvæsen i øvrigt</b>	-	n<=5	-	6	-	n<=5	n<=5	10	-	n<=5	-	-	27
<b>Alle øvrige brancher</b>	n<=5	n<=5	9	7	n<=5	11	16	23	-	n<=5	n<=5	-	81
<b>I alt</b>													953

Anm.: Antal er antal personer, dvs. der kan både være tale om deltids- og fuldtidsbeskæftigede. 'n<=5' betyder, at populationen er for lille til offentliggørelse. Offentligt/privat henviser til hhv. den offentlige og den private sektor. 'Hospitaller', 'alment praktiserende læger', 'praktiserende speciallæger' og 'sundhedsvæsenet i øvrigt' hører under kategorien sundhedsvæsenet.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik), udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 30. november 2017

**Tabel B**  
**Speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri fordelt efter arbejdsregion, sektor og branche, 2015**

	Region Nordjylland		Region Midtjylland		Region Syddanmark		Region Hovedstaden		Region Sjælland		Ukendt	Ikke i beskæftigelse	I alt
	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Privat		
<b>Hospitaller</b>	9	-	34	-	32	-	65	n<=5	22	-	-	-	163
<b>Alment praktiserende læger</b>	-	-	-	n<=5	-	-	-	n<=5	-	-	-	-	n<=5
<b>Praktiserende speciallæger</b>	-	n<=5	-	8	-	n<=5	-	13	-	n<=5	-	-	33
<b>Sundhedsvæsen i øvrigt</b>	-	-	n<=5	n<=5	-	-	n<=5	n<=5	-	-	-	-	10
<b>Alle øvrige brancher</b>	-	-	n<=5	n<=5	n<=5	n<=5	7	n<=5	-	-	-	-	14
<b>Ikke i beskæftigelse</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n<=5	n<=5
<b>I alt</b>													224

Anm.: Antal er antal personer, dvs. der kan både være tale om deltids- og fuldtidsbeskæftigede. 'n<=5' betyder, at populationen er for lille til offentliggørelse. Offentligt/privat henviser til hhv. den offentlige og den private sektor. 'Hospitaller', 'alment praktiserende læger', 'praktiserende speciallæger' og 'sundhedsvæsenet i øvrigt' hører under kategorien sundhedsvæsenet.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik), udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 30. november 2017

Tabel C

## Speciallæger i neurologi fordelt efter arbejdsregion, sektor og branche, 2015

	Region Nordjyl-land		Region Midtjyl-land		Region Syddan-mark		Region Hoved-staden		Region Sjælland		Ukendt	Ikke i beskæfti-gelse	I alt
	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Offentligt	Privat	Privat		
<b>Hospitaller</b>	17	-	58	-	60	n<=5	143	n<=5	31	11	-	-	322
<b>Praktiserende speciallæger</b>	-	n<=5	-	8	-	13	-	20	-	7	-	-	49
<b>Sundhedsvæ-sen i øvrigt</b>	-	-	-	-	-	-	n<=5	-	-	n<=5	-	-	n<=5
<b>Alle øvrige brancher</b>	n<=5	n<=5	n<=5	-	n<=5	n<=5	6	n<=5	n<=5	n<=5	-	-	19
<b>Ikke i beskæf-tigelse</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n<=5	n<=5
<b>I alt</b>													393

Anm.: Antal er antal personer, dvs. der kan både være tale om deltids- og fuldtidsbeskæftigede. 'n<=5' betyder, at populationen er for lille til offentliggørelse. Offentligt/privat henviser til hhv. den offentlige og den private sektor. 'Hospitaller', 'alment praktiserende læger', 'praktiserende speciallæger' og 'sundhedsvæsenet i øvrigt' hører under kategorien sundhedsvæsenet.

Kilde: Bevægelsesregisteret 2015 (Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik), udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen d. 30. november 2017