

Afdeling: Praksis
Journal nr.: 17/2536
Dato: 9. februar 2017
Udarbejdet af: Tine Carvin og Tine Boesen Larsen



Notat

Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg – ”Lægedækning i hele Danmark” og ”Politisk aftale om bedre lægedækning”

1. Indledning og baggrund

Der er i Danmark ikke et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Antallet af læger og speciallæger ligger på det højeste niveau nogensinde og antal læger i forhold til befolkningstallet ligger i Danmark over OECD-gennemsnittet.

Hertil kommer, at inden for samtlige specialeområder forventes en stigning i antallet af speciallæger frem mod 2040, som overstiger befolkningsudviklingen.

Der må imidlertid konstateres en geografisk, social og speciale-mæssig **fordelingsudfordring**.

På denne baggrund nedsatte den daværende regering i januar 2016 et lægedækningsudvalg med repræsentation fra Lægeforeningen, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriet. Udvalget har haft i opdrag at analysere fordelingen af læger på tværs af landet og relevante forhold som f.eks. lægernes alder, praksisstruktur, aktivitet m.v.

På baggrund af dette fremkommer udvalget med en række forslag til initiativer, som kan understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne. Som opfølgning på udvalgets forslag indgik partierne i Folketinget den 9.2.17 en politisk aftale om bedre lægedækning. Aftalen bakker generelt op omkring lægedækningsudvalgets forslag og Folketinget tilkendegiver med aftalen at ville løfte de i aftalen nævnte anbefalinger fra Lægedækningsudvalget, der kræver Folketingets opbakning. Udvalgets forslag og anbefalinger gennemgås i dette notat tillige med relevante elementer fra den politiske aftale. For praksisområdet gælder, at opfølgningen på de forslag i rapporten, der kan handles på lokalt, og den politiske aftale foreslås kickstartet ved en politisk workshop med deltagelse af alle relevante interessenter i april-maj 2017.

2. Rapportens anbefalinger.

Lægedækningsudvalget har beskrevet i alt 18 forslag med en række delforslag til arbejdet med sikring af lægedækningen i Danmark. Forslagene listes nedenfor, inkl. en kort vurdering fra Praksis og Den Lægelige Videreuddannelse af de enkelte forslag samt angivelse af, hvad der kræves for at implementere forslaget

Overblik over forslagene i "Lægedækning i hele Danmark"

Forslag	Beskrivelse	Kommentar fra Region Syddanmark	Implementering	
<i>Generel geografisk fordeling af læger (i uddannelse og videreuddannelse)</i>				
1	Øget udbud af lægestuderende i yderområder	<p>A) Øget optagetal ved medicinstudiet i Aalborg.</p> <p>B) Vurdering af de studerendes muligheder for at flytte universitet efter bachelordelen – begrænse flytning fra Vest- til Østdanmark.</p> <p>C) Bredere geografisk spredning af studerendes klinikophold under studiet (flere til lægedækningstruede områder).</p>	<p>A) Et øget optag på medicinstudiet i Aalborg vil efter ca. 6 år medføre en stigning i den samlede kandidatproduktion i Danmark.</p> <p>Som konsekvens heraf, skal Region Syddanmark etablere flere uddannelsesstillinger, på især sygehusenes akutfunktioner samt i almen praksis, til læger i den Klinisk Basisuddannelse (KBU), såfremt Sundhedsstyrelsen fastholder, at Region Syddanmark skal aftage 22% af en kandidatårgang.</p> <p>Dette medfører behov for et øget uddannelsesbudget til sygehusafdelinger og til aflønning af KBU-læger i almen praksis, der jf. overenskomsten med PLO aflønnes 100% af regionen.</p> <p>B) En begrænsning af de studerendes mulighed for at flytte fra Syddansk Universitet til (især) Københavns Universitet efter afsluttet bachelor må forventes at medføre, at flere studerende vælger at bosætte sig i</p>	<p>A og B) Skal gennemføres af Uddannelses- og Forskningsministeriet.</p> <p>Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at aftalepartierne støtter op om, at optaget på medicinstudiet på Aalborg Universitet øges med 50 pladser fra sommeren 2017.</p> <p>C) Skal gennemføres af universiteterne i samarbejde med de kliniske arbejdspladser i regionen.</p>

		<p>nærheden af Syddansk Universitet i løbet af studiet. Etablering i Region Syddanmark allerede under studiet øger sandsynligheden for, at lægerne ønsker at forblive i regionen efter afsluttet medicinstudie, med øget udbud af færdiguddannede læger til følge.</p> <p>C) En øgning i antal klinikophold på sygehuse og almen praksis i lægedækningstruede områder, vil medføre, at flere medicinstuderende opnår et personligt kendskab til lægearbejde og karrieremuligheder i de pågældende områder. Dette kan medføre, at flere som færdiguddannede læger vælger ansættelse i de lægedækningstruede områder til.</p> <p>Syddansk Universitet vil have behov for at indgå flere uddannelsesaftaler med Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Sygehus Lillebælt, Psykiatrien og almen praksis.</p>		
2	Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse	<p>A) En større del af videreuddannelserne inden for den samlede ramme søges placeret decentralt ift. universitetsbyerne, herunder i lægedækningstruede områder.</p> <p>B) Forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb) i lægedækningstruede områder.</p> <p>C) Overvej nye KBU-fordelingsmetoder i</p>	<p>A) Med mulighed for at gennemføre en større andel af videreuddannelsen decentralt, kan det ikke udelukkes, at flere læger umiddelbart efter afsluttet medicinstudiet vælger at flytte decentralt ift. universitetsbyerne, med større sandsynlighed for, at de forbliver i området også efter afsluttet speciallægeuddannelse.</p> <p>En forudsætning for decentralisering af videreuddannelsen er, at det ikke skader kvaliteten af videreuddannelsen.</p> <p>Med flere uddannelsesstillinger placeret decentralt kan det ikke udelukkes, at der vil være en større</p>	<p>A og B) Gennemføres via videreuddannelsesregionerne i et samarbejde med Sundhedsstyrelsen.</p> <p>C) Gennemføres af Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at aftalepartierne har hæftet sig ved forslagene.</p>

	regi af Sundhedsstyrelsen mhp. at understøtte bedre lægedækning.	<p>efterspørgsel efter speciallæger på universitetshospitalerne for at overholde udrednings- og behandlingsgarantier m.m.</p> <p>B) Sammenhængende uddannelsesforløb giver udfordringer i forhold til de nuværende retningslinjer for ansættelsesproceduren til introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb. Nuværende retningslinjer lægger op til, at den bedst kvalificerede ansøger tildeles det opslåede forløb. Ved sammenhængende uddannelsesforløb springes denne procedure over, idet lægen sikres introduktionsstilling og hoveduddannelsesforløb ved KBU-start.</p> <p>C) Sundhedsstyrelsen skal undersøge om andre fordelingsmetoder end den nuværende lodtrækningsmetode kan medvirke til, at flere decentrale placeringer tildeles de kandidater, der er mest motiverede for at arbejde de pågældende steder.</p> <p>Det er for nuværende ikke muligt at vurdere, om der findes andre fordelingsmetoder, som de kommende KBU-læger finder mere retfærdig og motiverende.</p>		
3	Justering af femårsfristen i den lægelige videreuddannelse (hoveduddannelsen skal som hovedregel påbegyndes senest fem år efter påbegyndelsen af KBU)	A) Forsøg med øget fleksibilitet ifm. lokalt/regionalt tilrettelagte videreuddannelsesforløb med udgangspunkt i decentrale sygehuse/praksis i lægedækningstruede områder (hvor ophold her ikke tæller med i de 5 år, eller lempeligere dispensationspraksis i forhold til	<p>A og B) At det er udvalgte sygehuse/praksis i lægedækningstruede områder, der udløser dispensation for femårsfristen til den uddannelsessøgende læge, kan medføre et incitament til, at yngre læger i højere grad søger ansættelse her, da det bliver muligt at opnå en bredere klinisk erfaring uden at blive berørt af femårsfristen.</p>	<p>A og B) Skal gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet sammen med Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Videreuddannelsesregionerne skal efterfølgende varetage implementering og forvaltning.</p>

	femårsfristen). B) Lempeligere adgang til individuel dispensation fra femårsfristen til læger, der har været ansat i decentrale uddannelsesforløb.	Bemærkning: I Regeringsgrundlaget fra 2016 er der forslag om ændring af femårsfristen til en seksårsfrist, hvilket aftalepartierne noterer sig i Politisk aftale om bedre lægedækning.		
4	Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer	Samarbejde om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (lokale informationskampagner, vejledning, mentorordninger m.v.)	Dette foregår allerede i vid udstrækning i Region Syddanmark på almenlægeområdet ift. yderområderne, men samarbejdet kan udbygges.	Der er allerede formelle fora for et sådant samarbejde på almenlægeområdet. Yderligere samarbejdsinitiativer dagsordenssættes.
<i>Almen praksis</i>				
5	Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse (herunder i lægedækningstruede områder)	A) Mulighederne for medicinstuderendes klinikophold i almen praksis øges. B) Mulighed for studiejobs som praksisassistenter i almen praksis øges. C) Alle læger i den Kliniske Basisuddannelse skal arbejde et halvt år i almen praksis.	A) Universiteterne vil skulle indpasse dette i studieplanerne, men er dertil afhængig af, at det er muligt at indgå et samarbejde med det nødvendige antal alment praktiserende læger/praksistutorer. Det kan ikke udelukkes, at praksistutorerne ofte vil være de samme, som videreuddannelsesregionerne kan godkende til videreuddannelsen af læger i KBU-forløb samt almen medicinske Introduktions- og Hoveduddannelsesforløb. Der kan derfor opstå en logistisk udfordring i forhold til at etablere uddannelsespladser til alle. B) Dette er allerede en mulighed i Region Syddanmark, men det vil i et rekrutteringsperspektiv være hensigtsmæssigt at have et øget fokus på dette. Bemærkning: Region Syddanmarks seneste forhandlinger med Foreningen af Danske Lægestuderende (FADL) om aflønning af	A) Skal gennemføres af universiteterne. B) De praktiserende lægers ansvar at udbyde flere studiejobs som praksisassistenter. C) Sundhedsstyrelsen skal implementere i samarbejde med videreuddannelsesregionerne Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at aftalepartierne støtter op om, at alle læger skal arbejde et halvt år i almen praksis som



Region Syddanmark

		<p>praksisassistenter medførte en så høj aflønning, at det ikke var attraktivt for almen praksis, at ansætte de uddannelsessøgende læger i jobbene.</p> <p>C) Aktuelt er 80% af en KBU årgang ansat i almen praksis i 6 måneder. Det kan ikke udelukkes, at det, at flere læger får erfaring med arbejdet i almen praksis, vil medføre, at flere efterfølgende vil vælge en speciallægeuddannelse i almen medicin. Selvom dette ikke skulle være tilfældet, kan ikke det udelukkes, at det kan være en fordel for et senere samarbejde om fælles patienter, at alle læger har erfaring med arbejdet i almen praksis.</p> <p>I Region Syddanmark er der udover til almen medicin rekrutteringsudfordringer til specialerne psykiatri og klinisk onkologi, hvorfor 15% af en KBU årgang aktuelt er ansat 6 måneder i psykiatrisk afdeling og 5% i onkologisk afdeling mhp. på senere rekruttering til specialerne. Såfremt samtlige læger i den Kliniske Basisuddannelse fremover skal i almen praksis, kan det måske medføre rekrutteringsmæssige udfordringer til speciallægeuddannelsen i psykiatri og klinisk onkologi. Det er derudover vigtigt at understrege, at KBU-lægerne udgør en betydelig faktor i forhold til bemanning af afdelingerne, herunder varetagelse af aften-, nat- og weekendvagter.</p> <p>Såfremt det besluttes at alle læger i Klinisk Basisuddannelse, skal 6 måneder i almen praksis, vil det være nødvendigt for Region Syddanmark at</p>	en del af den kliniske basisuddannelse (KBU)
--	--	--	--

			<p>etablere flere uddannelsespladser i almen praksis, hvilket kan blive en udfordring i lægdækningstruende områder.</p> <p>Dertil vil det medføre behov for et øget uddannelsesbudget til aflønning af lægerne, da det jf. overenskomsten med PLO er regionen, der aflønner KBU-lægerne 100% .</p>	
6	<p>Øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin.</p>	<p>En øgning anbefales med baggrund i en forventning om et relativt stigende behov for brede medicinske kompetencer samt almen medicinske ydelser i kombination med, at den forventede stigning i antal almenmedicinere er lav sammenlignet med andre specialeområder.</p> <p>En øgning skal ske indenfor den samlede dimensionering.</p> <p>Indfasningen af flere almen medicinske uddannelsesstillinger skal ske i takt med, at en rimelig andel af de nuværende uddannelsesstillinger besættes, herunder i lægdækningstruede områder</p>	<p>Der er årligt flere vakante hoveduddannelsesforløb i almen medicin, hvorfor det er hensigtsmæssigt at indfasningen af flere almen medicinske hoveduddannelsesforløb sker i takt med, at en større andel af de nuværende forløb besættes, herunder i lægdækningstruende områder.</p> <p>Det kan ikke udelukkes, at en relativ opprioritering af almen medicinske hoveduddannelsesforløb inden for den samlede dimensionering, at flere har erfaring med almen praksis fra KBU-forløb i kombination med en fem- eller seksårsfrist kan understøtte incitamentet til at vælge en almen medicinsk speciallægeuddannelse.</p> <p>En øgning af dimensioneringen i almen medicin medfører behov for etablering af flere uddannelsespladser i almen praksis, hvilke kan blive en udfordring i lægdækningstruende områder.</p> <p>Et øget antal uddannelsesstillinger i almen praksis vil medføre behov for et øget budget til aflønning af læger i introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb. Jf. overenskomsten med PLO, finansierer regionen</p>	<p>Sundhedsstyrelsen træffer beslutningen efter rådgivning fra Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og dets Prognose- og Dimensioneringsudvalg.</p> <p>Implementering sker i samarbejde med videreuddannelsesregionerne.</p> <p>Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægdækning, at aftalepartierne støtter op om, en relativ øget dimensionering af uddannelsesstillinger i almen medicin.</p>

			uddannelseslægenes løn med 100% i introduktionsstilling, samt fase 1 af hoveuddannelsen aftagende til 61% i fase 3.	
7	Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almenmedicinske klinikker	A) At give regionerne mulighed for at drive regionsklinikker uden forudgående udbud (Forslag fra Danske Regioner) B) Mulighed for drift af regionsklinikker i en længere periode end 4 år (forslag fra hele udvalget undtagen Lægeforeningen)	A) Ville være en vigtig mulighed at få og gavne regionernes mulighed for at sikre kontinuitet og ro på lægedækningen og gavne planlægningen af området. B) Dette vurderes at kunne fremme ro og kontinuitet	A og B) Vil kræve ændring i sundhedsloven. Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at sundhedsministeren i efteråret 2017 vil fremsætte lovforslag om udvidelse af perioden for drift af regionsklinikker til seks år.
8	Mere fleksible organisationsformer i almen praksis	A) Større udbredelse af satellitpraksis B) Øget mulighed for ansættelse af almenmedicinere i almen praksis C) Det muliggøres, at læger kan eje op til 6 ydernumre ved køb fra andre praktiserende læger	A) Findes i overenskomsten nu, men bruges meget begrænset i Region Syddanmark. Øget brug bør overvejes for at sikre lægedækning i et lokalområde B) Vurderes formentlig at ville lette rekrutteringen til almen praksis C) Den øgede fleksibilitet vil formentlig gavne rekrutteringen og medvirke til optimering af de lægelige ressourcer via stordriftsfordele.	A) Kan realiseres indenfor gældende overenskomst. B) Vil kræve ændring i overenskomsten C) Vil kræve ændring i sundhedsloven. Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at sundhedsministeren i efteråret 2017 vil fremsætte lovforslag herom
9	Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis (ikke tiltrådt af Lægeforeningens medlemmer)	Øget brug af praksispersonale i praksis – ses i sammenhæng med forslag 13 om fleksible åbne- og lukkegrænser (flere patienter pr. læge)	Vurderes at være rum for ansættelse af mere klinikpersonale i praksis, men skal sikres, at dette medfører frigørelse af kapacitet til at varetage flere patienter (og ikke til lavere arbejdstid til lægerne).	Kan realiseres af lægerne inden for gældende overenskomst. (men disse vil formentlig kun, hvis økonomiløftet hæves)
10	Rammedelegation til	Delegere iværksættelse af bestemte typer	Kan være relevant at arbejde videre med	De berørte organisationer skal

	kommunale sygeplejersker	af medicinering til kommunale sygeplejersker	rammedelegation på nogle helt konkrete og veldefinerede områder, f.eks. håndkøbsmedicin. Det er naturligvis essentielt, at ansvaret er entydigt placeret (hos egen læge eller plejehjemslægen), og at det udførende personale (f.eks. den kommunale sygeplejerske) er tilstrækkeligt fagligt klædt på til opgaven. Der er bl.a. erfaringer på området fra Varde kommune.	aftale skitse til, hvordan rammedelegation kan udbredes.
11	Honoreringen differentieres efter patienttyngde	Basishonoraret afspejler patienttyngden (alder, sygelighed og/eller socioøkonomiske forhold), dvs. øget basishonorar for læger med høj patienttyngde og reduceret for læger med lav patienttyngde).	Dette kunne muligvis motivere nogle læger til nedsættelse i socialt belastede områder (som regionsrådet gerne vil fremme, jf. regionens lægedækningsstrategi), mens effekten på øget lyst til nedsættelse i yderområder i regionen måske er mere tvivlsom, da patienttyngden på kommuneplan kun synes svagt større i Region Syddanmark på nær en enkelt kommune.	Det fremgår af Politisk aftale om bedre lægedækning, at partierne vil omprioritere midler i en treårig overgangsperiode til at understøtte en honoraromlægning. Prioriteringen forudsætter, at overenskomstparterne aftaler en model for differentieret basishonorar i de aktuelle overenskomstforhandlinger.
12	Udbredelse af faglige og organisatoriske fællesskaber i almen praksis	A) Øget udbredelse af praksisfællesskaber og praksis i sundhedshuse og tilknyttet kommunale akutfunktioner. B) Udbredelse af klyngefællesskaber (fællesskab mellem praksis om administrative opgaver og fagligt personale)	Denne strategi har regionen arbejdet målrettet med siden den første praksisplan og generelt med succes.	A) Kan realiseres af lægerne inden for gældende overenskomst. Skal understøttes via samarbejde mellem region, læger og kommuner. B) Kan realiseres af lægerne inden for gældende overenskomst.



Region Syddanmark

13	Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal (ikke tiltrådt af medlemmerne fra Lægeforeningen)	A) At overenskomstens tekniske åbnegrænse (praksis åbnes automatisk, når patienttallet falder til 1475) hæves. B) At det overvejes at hæve den nedre lukkegrænse på 1600 (dvs. at det nuværende normtal hæves – flere patienter pr. læge)	A) Vil skaffe mere patientkapacitet men også meget hyppigere åbninger/lukninger af de enkelte praksis. Kunne løse nogle kapacitetsmæssige problemer i f.eks. Esbjerg, hvor et af hovedproblemerne er, at praksis er lukket på 1600 -men må omvendt ikke animere ældre læger til at stoppe før tid, så der bør nok være en dispensationsmulighed.	Vil kræve ændring i overenskomsten
14	Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger (ikke tiltrådt af Lægeforeningens medlemmer)	Lempede krav for praktiserende læger til at dække lægevagten enten generelt eller i lægedækningstruede områder for at lette rekrutteringen.	Det er allerede svært for den regionale lægevagt at få bemanded alle vagter frivilligt, så en generel lempelse vil være problematisk. En lempelse i lægedækningstruede områder kunne muligvis gavne lægedækningen men vil nok skulle ske "på bekostning" af en del af frivilligheden i de øvrige dele af regionen.	Kræver umiddelbart ingen ændringer. Vagtschefen/vagtudvalget har planlægningsansvaret for lægevagten og bemanningen heraf. Der er i vagtaftalen aftalt honorering i tilfælde, hvor lægevagten ikke kan bemannes af lokale læger. Der benyttes på nuværende tidspunkt allerede en bemandingsmodel, hvor der tages højde flere forhold bl.a. geografi, lokal lægedækning m.m.

Sygehuse og speciallæger

15	Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelsen af speciallæger	Lægedækningsudvalget foreslår at speciallægepraksis i højere grad end hidtil inddrages i videreuddannelsen til speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer. Lægedækningsudvalget vurderer, at der	Lægerne vil først opnå erfaring med arbejdet i speciallægepraksis efter valg af speciale. Det kan derfor være tvivlsomt, hvor stor en effekt speciallægepraksis har på valg af speciale. En forudsætning for etablering af videreuddannelse i speciallægepraksis er, at det sker under hensyntagen	Kræver at Sundhedsstyrelsen tilpasser <i>Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger</i> . Hvorefter videreuddannelsen kan inddrage flere speciallægepraksis i videreuddannelsen.
----	---	--	---	---

		kan være uudnyttede uddannelsesmuligheder i sektoren, som både kunne øge kapaciteten og give en bredere rekrutteringsplatform eksempelvis til det psykiatriske område.	til uddannelsens kvalitet. Et øget antal uddannelsesstillinger i speciallægepraksis vil medføre behov for et øget budget til aflønning af læger uddannelsesstillinger, da regionen jf. overenskomsten med Foreningen af Speciallæger finansierer uddannelseslægenes løn 100%.	
16	Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehusene	A) Sygehusene koordinerer deres rekruttering, så der tages hensyn til sygehuse med lokale lægedækningsproblemer B) De fem regioner samarbejder om rekruttering, så der tages hensyn til de andre regioners lægedækningsmæssige udfordringer,	A og B) Beslutningen i Danske Regioners Bestyrelse den 15.12.2016 om "tiltag relateret til udviklingen i antallet og fordelingen af speciallæger på sygehusene" vurderes at være første skridt i forhold til et samarbejde på tværs af regionerne og internt i regionerne om rekruttering og ansættelse af speciallæger, med afsmittende effekt på uddannelseslæger. Internt i regionen vurderes det, at der f.eks. i Koncernledelsesforum og direktionens dialogmøder med sygehusenhederne vil være et tiltagende fokus på og samarbejde om lægedækning.	A og B) samarbejde herom i Danske Regioners bestyrelse, Sundhedsdirektørkredsen, Koncernledelsesforum, direktionens dialogmøder med sygehusenhederne m.m.
17	Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne	Øget opgaveflytning på sygehusene fra læger til andre grupper mhp. at understøtte bedre lægedækning.	Som på almenlægeområdet bør der til stadighed være fokus på, at knappe faglige ressourcer anvendes optimalt.	Fortsat samarbejde om opgaven mellem regionerne og de pågældende faglige organisationer.
18	Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer	Videre mulighed for delestillinger på sygehusene, hvor lægen har ét hovedarbejdssted og samtidig gør tjeneste	Umiddelbart har vi forbehold overfor udbredelse af deltidsydernumre i speciallægepraksis. I vores praksisplaner på området søger vi også aktivt at	Sygehusene kan selv aftale mere fleksible ansættelsesforhold.

et andet sted (hvor der mangler læger). I speciallægepraksis fleksible løsninger med eks. tilladelse til at en deltidsyder må have deltidsydernumre i to regioner (hvoraf mindst den ene har rekrutteringsproblemer)

reducere antallet af deltidspraksis og kunne være bekymrede for, at en imødekomme af forslaget kan føre til flere deltydsydernumre og dermed en udhuling af princippet om først og fremmest fuldtidspraksis inde for speciallægeområdet.

Ændringerne i speciallægepraksis vil kræve ændring i overenskomsten.

Afdeling: Praksis
Journal nr.: 17/2536
Dato: 9. februar 2017
Udarbejdet af: Tine Carvin og Tine Boesen Larsen



3. Den videre proces

Administrationen vil nu arbejde videre med udarbejdelse af konkrete forslag til udmøntning af rapportens anbefalinger og disse vil efterfølgende blive forelagt politisk.