



SUNDHEDSSTYRELSEN

REFERAT

Emne Møde i det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Mødedato 24. september 2024 kl. 11.00-14.00

Sted Sundhedsstyrelsen, Auditoriet
Islands Brygge 57, København S

Deltagere Steen Dalsgård Jespersen, Sundhedsstyrelsen (formand)
Claus Malta Nielsen, Sundhedsstyrelsen
Doris Østergaard, Uddannelses- og Forskningsministeriet
Louise Bandelow Winther, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (suppleant for Anne Louise Nyegaard Hellen)
Birgitte Drewes, Styrelsen for Patientsikkerhed
Michael Dall, Videreuddannelsesregion Syd
Kirsten Wisborg, Videreuddannelsesregion Øst
Marit Buccarella, Danske Regioner
Berit Bjerre Handberg, Danske Regioner
Thomas I. Jensen, Danske Regioner
Jørgen Kurtzhals, Universiteterne
Marie Krabbe, Lægevidenskabelige Selskaber (suppleant for Susanne Axelsen og Gitte Valsted Eriksen)
Andreas Balslev-Clausen, Lægevidenskabelige Selskaber
Søren Niemi Helsø, Lægeforeningen
Kristine Søgaard Dahl, Yngre Læger
Anders Dupont, Praktiserende Lægers Organisation
Mads Skipper, Videreuddannelsesregion Nord (suppleant for Lone Winther Jensen)
Tine Boesen Larsen, Videreuddannelsesregion Syd
Kristine Sarauw Lundsgaard, Videreuddannelsesregion Øst

11. oktober 2024

Sagsnr. 06-0200-62/
Reference karm
E karm@sst.dk

Sekretariat Katrine Risom, Sundhedsstyrelsen
Amalie Stauner, Sundhedsstyrelsen
Peter Nikolai Rise Hansen, Sundhedsstyrelsen

Afbud Gitte Valsted Eriksen, Lægevidenskabelige Selskaber
Susanne, Axelsen, Lægevidenskabelige Selskaber
Malene Fischer, Foreningen af Speciallæger
Lone Winther Jensen, Videreuddannelsesregion Nord
Anne Louise Nyegaard Hellen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Agnethe Vale Nielsen, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Danmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Punkt 1. Godkendelse af dagsorden (bilag NR16-24)

Referat

Sundhedsstyrelsen bød velkommen, og herefter fulgte en præsentationsrunde.

Dagsordenen blev godkendt.

Formanden fremsatte nogle refleksioner fra Sundhedsstyrelsen efter regeringens reformudspil, *Sundhed tæt på dig*, fra 18. september 2024, hvortil rådet supplerede med betragtninger om den del af udspillet, der vedrører læger og lægelig videreuddannelse.

Videreuddannelsesregion Øst fremhævede, at reformudspillet har en gennemslagskraft i forhold til, at breddekompetencer i fremtiden skal være en lægefaglig kernekompetence. Det er vigtigt, at der er opmærksomhed på at styrke den lægelig videreuddannelse for, at dette kan lykkes. Desuden er det vigtigt, at med en øget opmærksomhed på den geriatriske speciallægegruppe for at imødekomme fremtidens behov.

Danske Regioner støttede op herom, og var generelt tilfredse med, at der i udspillet også var linjer tilbage til strukturkommissionens anbefalinger, samt en tydelig hensigt om at gøre noget ved ulighedssproblematikken. De specialiserede kompetencer er dog forsat meget vigtige at uddanne i.

Universiteterne bemærkede, at der med regeringens udspil venter en stor uddannelsesopgave i almen medicin med en tilsvarende ambitiøs indsats for almen praksis.

Yngre Læger påpegede, at et øget optag på medicinstudiet også bør koordineres med dimensioneringen af speciallæger.

Punkt 2. KBU som grund- eller videreuddannelse i forhold til EU's anerkendelsesdirektiv (bilag NR17-24)

Sagsfremstilling:

I EU's anerkendelsesdirektiv har Danmark i 1976 indmeldt KBU som en del af grunduddannelsen. De juridiske problemstillinger er nærmere beskrevet i et notat (bilag NR17-24), men giver sig bl.a. til udtryk ved, at danske læger med tilladelse til selvstændigt virke sidestilles med læger nyuddannet fra fx universitetet i Norge.

På mødet i rådet den 6. marts 2019, blev KBU diskuteret i internationalt perspektiv, bl.a. i forhold til om KBU kunne anses for at være en del af grunduddannelsen eller videreuddannelsen for læger. Dengang blev det aftalt, at man afventede LVU revisionens anbefalinger, inden man forholdt sig til problemstillingen igen. Revisionen endte dog med ikke at håndtere spørgsmålet.

Problemstillingen er aktualiseret af en pågående retssag i Norge, hvor den norske lægeforening søger myndighederne forpligtet til at anse den danske KBU som en del af den lægelige videreuddannelse, fordi læger med gennemført KBU ellers sidestilles økonomisk og anciennitetsmæssigt med læger, som kun har gennemført universitetsuddannelsen. De norske myndigheder forholder sig til, at Danmark har indmeldt KBU som en del af grunduddannelsen i forhold til EU's anerkendelsesdirektiv, mens den norske lægeforening henviser til, at KBU er omtalt som en del af videreuddannelsen, bl.a. i den gældende bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger.

Formålet med punktet er, at rådet (uanset internationale perspektiver) drøfter, hvorvidt KBU kan betragtes som en del af den lægelige grund- eller videreuddannelse.

Indstilling:

Det indstilles, at rådet drøfter ovenstående. Drøftelsen skal danne grundlag for Sundhedsstyrelsens beslutning om indplacering af uddannelsen internationalt.

Referat

Sundhedsstyrelsen præsenterede baggrunden for punktet, hvortil Styrelsen for Patientsikkerhed supplerede med en beskrivelse af gældende administrationspraksis på området, som har løst en tidligere skærpet opmærksomhed ift. patientsikkerheden i tilfælde af, at gennemført KBU kunne 'veksles' på tværs af EU-lande (jf. notatet). Desuden udgør antallet af anerkendelse af KBU fra andre EU-lande kun en mindre andel af de i alt ca. 40-50 læger, der årligt, søger styrelsen om anerkendelse af udenlandsk uddannelse.

Rådet var enige om det principielle i, at man bliver læge efter universitetet, hvorefter ens videreuddannelse kan begynde. Derfor bør KBU betragtes som en del af videreuddannelsen, ikke grunduddannelsen. Rådet fremhævede et ønske om at bevare den gode KBU. Danske Regioner ønskede tid til at afdække evt. driftsmæssige konsekvenser ved at indmelde KBU som en del af videreuddannelsen i EU's anerkendelsesdirektiv.

Derefter vil Sundhedsstyrelsen på baggrund af rådgivning fra rådet, se på opdatering af den danske indmeldelse af KBU til EU's anerkendelsesdirektiv fra 1976. Videreuddannelsesregion Syd bemærkede, at man samtidig bør have en opmærksomhed på, om det er de rigtige krav som Danmark stiller andre EU-borgere for at undgå en unødigt belastning af den danske videreuddannelse.

Punkt 3.

Særlig hensyntagen ved KBU (bilag NR18-24)

Sagsfremstilling:

Undtagelse fra KBU-lodtrækningen kan kun ske gennem tildeling af særligt forløb, et såkaldt 0-nummer. Tildeling af særligt forløb (også kaldet særlig hensyntagen) forværrer imidlertid nummerrækkefølgen for alle øvrige deltagere, og derfor er det en undtagelse, som må fortolkes indskrænkende. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et notat om retspraksis for afgørelser om tildeling af særlig forløb i den kliniske basisuddannelse (bilag NR18-24), som er i proces med at blive offentliggjort og derfor er vedlagt som mødebilag i udkastform.

Der er mulighed for at gøre undtagelse enten på baggrund af alvorlig sygdom hos ansøger eller nærmeste familie, eller på baggrund af meget alvorlige sociale problemstillinger. Sundhedsstyrelsen har siden 2007 truffet afgørelser herom, og har i afgørelsespraksis udviklet kriterier jf. bilag for, hvornår undtagelse kan siges at være nødvendig, under hensyntagen til øvrige deltagere.

Sundhedsstyrelsen oplever i denne forbindelse, at ordningen til tider er utilstrækkelig i forhold til formålet. Ofte vil ansøgere have mere behov for fx at slippe for nattevagter, end for at kunne vælge et forløb på et bestemt (universitets)hospital, f.eks. ved svær psykisk sygdom eller progredierende sklerose. Det kan skabe konflikt og udfordringer for videreuddannelsessekretariater og uddannelsesafdelinger. I andre situationer er den sociale situation i et hvis omfang selvskabt. F.eks. vil lægestuderende ofte påtage sig en aktiv rolle i deres forældres eventuelle sygdom og pasning, og kan i flere tilfælde gøre sig selv uerstattelige, således at forældrene ikke vil passes af andre. Det kan særligt være tilfældet i kulturer, hvor der også kan være sprogudfordringer hos forældrene. Tilsvarende kan andre myndigheder eller landes regler udgøre vilkår, som skal rummes i ordningen uden at den er direkte designet til det, f.eks. hvis kærestes opholdstilladelse er betinget af fast adresse, eller hvis ansøger har debarn i et naboland.

Formålet med punktet er, at rådet drøfter hvad hensigten med ordningen er og hvilke værdier, vi i 2024, bør lægge til grund for særlig hensyn.

Rådet bedes i den forbindelse forholde sig til følgende spørgsmål med henblik på rådgivning af Sundhedsstyrelsen vedr. ordningen:

- 1) Bør Sundhedsstyrelsen orientere regionerne, når en ansøger har fået tildelt særlig hensyntagen, hvor det yderligere vurderes at der her er tale om en kommende læge, som får brug for helt særlig støtte i forbindelse med KBUen?
- 2) Er det rimeligt at Sundhedsstyrelsen tildeler 0-numre for pasning af den lægestuderendes forældre?
- 3) Kan andre myndigheders regler udgøre sociale problemer, som kan begrunde 0-nummer?

Indstilling:

Det indstilles, at rådet drøfter emnet med henblik på rådgivning af Sundhedsstyrelsen ift. en evt. tilpasning af ordningen.

Referat

Sundhedsstyrelsen præsenterede den gældende administrationspraksis ved 'særlig hensyn', hvor styrelsen årligt behandler omkring 40-45 ansøgere, hvoraf omkring 10 ansøgere får tilsagn om særlig hensyntagen. Sundhedsstyrelsen har noteret sig, at begrundelserne for at ansøge om særlig hensyn har ændret sig gennem årene og ønsker derfor, at rådet forholder sig til, om ordningen for nuværende imødekommer de hensyn, den er tiltænkt.

Videreuddannelsesregion Nord fortalte, at de oplever, at læger på eget initiativ kontakter afdelingen, hvis de ønsker at gøre opmærksomme på særlige omstændigheder, der ønskes hensyntagen til i et kommende forløb. For nuværende opleves dette som velfungerende, hvilket de øvrige videreuddannelsesregioner var enige i. Desuden bemærkede Lægevidenskabelige Selskaber, at en kommende KBU-læges eventuelle egen sygdom, er et hensyn som arbejdsgiver skal forholde sig til uagtet om der er givet tilsagn om særlig hensyn.

Rådet var enige i, at det nuværende antal på omkring 10 ansøgere, der får tilsagn om særlige hensyn, har et tilpas niveau (dvs. relativt lavt) og dermed ikke peger på behov for en større tilpasning af ordningen. Dog var der i rådet en opmærksomhed på, at det ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt, at ordningen udløser et enestående geografisk førstevalg for den enkelte men i stedet bør stille en geografisk sikkerhed. Sundhedsstyrelsen tager rådgivningen til efterretning og vil se på, om dette sidste kan tilgodeses uden større revision af reglerne

Punkt 4.

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelses fremtidige virke

Sagsfremstilling:

Sundhedsstyrelsen ønsker at justere rammerne for rådet med henblik på at tilgodese, at rådet fremadrettet kan levere tyngde i rådgivningen om principielle forhold af strategisk karakter, der har national betydning samt en tættere kobling til de regionale råd og lokale principielle forhold. Samtidig skal møderne kunne planlægges med et indhold og en strategisk relevans for dets afvikling, så deltagernes rimeligvis kan prioritere deltagelse.

Rammerne for mødehyppighed og stående udvalg (prognose- og dimensioneringsudvalget) er fastsat i bekendtgørelsen om opgaver og forretningsorden for det nationale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr. 1006 af 26/06/2018). Sammensætningen af rådet er

fastsat i bekendtgørelsen om sammensætning af det nationale råd for lægers videreuddannelse (BEK nr 1005 af 25/06/2018).

De regulative ændringer i bekendtgørelserne skal sikre, at rådet forsat kan rådgive Sundhedsstyrelsen på et strategisk og principielt niveau.

Formålet med punktet er at drøfte; hvordan arbejdet med prognose og dimensionering i fremtiden skal foregå, rammerne for mødehyppighed samt rådets sammensætning:

1. Fremtidigt prognose- og dimensioneringsarbejde

På mødet i rådet den 6. marts 2024 var der en indledende drøftelse af, hvordan strategiske drøftelser af en dimensioneringsplan fremadrettet kan foregå i rådet. Sundhedsstyrelsen havde i den forbindelse en overvejelse om at give rådet bedre plads til at drøfte sådanne strategiske perspektiver og som en konsekvens heraf nedlægge Prognose- og Dimensioneringsudvalget som et stående udvalg.

På baggrund af drøftelserne har Sundhedsstyrelsen gjort sig nærmere overvejelser om tilrettelæggelsen af arbejdet med prognose og dimensionering og foreslår at følgende kerneopgaver, som tidligere er blevet drøftet i regi af Prognose- og Dimensioneringsudvalget, fremadrettet drøftes i rådet:

- Lægeprognose for udbuddet af læger og speciallæger
- Dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen
- Opgørelser af opslåede og besatte uddannelsesforløb

2. Mødehyppighed og -datoer

Mødehyppigheden og -datoerne skal afspejle relevant dagsordenindhold, hvilket vil kræve ændring i bekendtgørelsen, som for nuværende er meget detaljeret.

På mødet i rådet den 6. marts 2024 var der enighed om, at fastholde mødelængden på tre timer som et godt udgangspunkt for at muliggøre dybde for kvalificerede oplæg og drøftelser samt afvejes med medlemmernes transporttid.

På baggrund af rådgivning fra Forretningsudvalget på mødet den 14. august 2024 foreslår Sundhedsstyrelsen, at møderne i rådet kalenderlægges kvartalsvis et år frem, med mulighed for aflysning såfremt der ikke er tilstrækkelig substans i mødets indhold, der modsvarer en mødelængde på tre timer.

3. Sammensætning af rådet

Som en del af de samlede tilpasninger af rådets virke, vil det desuden være relevant at se på sammensætning af rådets

medlemmer og drøfte hvilke profiler, der er nødvendige for at løse opgaven som rådgivende organ, med henblik på implementering fra årsskiftet 2024/2025 i forbindelse med, at der i forvejen vil skulle ske nye udpegninger til rådet.

Indstilling:

Det indstilles, at rådet drøfter:

1. Hvorledes strategiske drøftelser af prognose- og dimensioneringsarbejdet fremadrettet kan foregå i rådet og evt. tilslutter sig Sundhedsstyrelsens forslag om at nedlægge prognose- og dimensioneringsudvalget som et stående udvalg jf. bekendtgørelsen.
2. Hvorvidt mødekadencen kan gøres mere fleksibel således, at mødehyppigheden ikke er fastsat i bekendtgørelsen, men i stedet afspejler relevant dagsordenindhold.
3. Hvordan rådet fremover bør sammensættes, så det fremstår repræsentativt og applikabelt i henhold til rådets kerneopgave om strategisk og principiel rådgivning af Sundhedsstyrelsen.

Referat

Der var tilslutning til at nedlægge Prognose- og Dimensioneringsudvalget som et stående udvalg med henblik på i stedet at få de kvalificerende drøftelser af strategisk og principiel karakter i rådet – givet inddragelse undervejs jf. bilag NR19-24, som beskriver arbejdet med prognose- og dimensionering fremover. Sundhedsstyrelsen vil i forbindelse med, at der fra årsskiftet skal udpeges nye medlemmer i rådet, se på hvilke regulative tilpasninger, der skal foretages.

Sundhedsstyrelsen og rådet er enige om, at den relevante mødefrekvens er fire møder årligt. Sundhedsstyrelsen vil fortsætte samarbejdet med Forretningsudvalget om planlægning af relevant dagsordenindhold til fire årlige møder af tre timers varighed. Disse kalenderlægges kvartalsvis ét år frem. Sundhedsstyrelsen betragter det imidlertid som en unødigt detailregulering, at mødefrekvensen fastlægges på bekendtgørelsesniveau, mens nogle af rådets medlemmer finder det kan være en hensigtsmæssig sikring. Sundhedsstyrelsen vil overveje hvorledes disse hensyn skal varetages.

Til sidst blev det drøftet, hvordan rådet fremover bør sammensættes, hvor rådet var enige om, at det er vigtigt at have øje for forskellige profiler, tilknytning til klinikken og geografisk repræsentation i en ny udpegnings. Lægeforeningen foreslog at udvide medlemsantallet med repræsentation fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger, som for nuværende er repræsenteret igennem Foreningen af Speciallæger. Lægevidenskabelige Selskaber foreslog, at perspektiver fra patienter og andre sundhedsprofessionelle også bør indgå i overvejelserne om en

tilpasning af rådets sammensætning og repræsentation. Sundhedsstyrelsen tager drøftelsen til efterretning og vil frem mod den næste udpegning overveje hvorledes rådet fremover bør sammensættes.

Punkt 5. Omlægning af hoveduddannelsen i almen medicin

Sagsfremstilling:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har, som følge af den politiske aftale i Sundhedsreformen fra maj 2022, bedt Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med relevante parter, om at revidere målbeskrivelsen i hoveduddannelsen i almen medicin, så 6 måneder flyttes fra hospitalsdelen til almen praksis (fase 1). Dette som et af flere tiltag for at øge antallet af læger i almen praksis, også i de lægedæknings-truede områder.

Det er en forudsætning, at varigheden af ophold i psykiatrien ikke må reduceres ift. nuværende målbeskrivelse (min. 3-4 måneder).

Tidsrammen for implementering af omlægningen er start 2026. Implementeringen og indfasning skal håndteres indenfor regionernes nuværende økonomiske ramme.

Således skal hospitalsdelen reduceres fra nuværende 30 måneder til 24 måneder. I den nuværende form består hospitalsdelen (sideuddannelsen) primært af ansættelser indenfor de 5 områder: intern medicin, kirurgi/akutmedicin, pædiatri, gyn-obs og psykiatri. Grundet forskellige regionale organiseringer, særligt på akutområdet, er ansættelserne forskellige regionerne imellem; der forventes fortsat at være råderum for fleksibilitet også efter omlægningen.

Processen med at reducere hospitalsdelen fordrer flere hensyn: Hensynet til sikring af, at H-lægerne opnår deres kompetencer, hvor hospitalsansættelserne giver dem delkompetencer indenfor de forskellige specialer/patientgrupper. Herunder hensynet til længden af ansættelserne, idet der i de første måneder af en ansættelse bruges tid/ressourcer på at lære afdelingen, arbejdsrutiner, systemer mm. at kende, hvorfor ansættelser i den lægelige videreuddannelse som udgangspunkt jf. BEK om uddannelse af speciallæger, §12, stk. 2 er på min. 6 måneder ("6-måneders reglen"), således der sikres tid til læring af de faglige kompetencer. Der er i dag en fleksibilitet vedr. dette princip, hvilket særligt afspejler sig i den almen medicinske hoveduddannelse, der i dag har flere, kortere ansættelser i hospitalsdelen/sideuddannelsen (ned til 3-6 måneder), men også i enkelte øvrige specialer. Mange specialer har sideuddannelse i et enkelt evt. to relaterede specialer, men opnår i øvrigt deres kompetencer i eget speciale.

Vedr. længden af ansættelsen er der også hensynet til afdelingerne og uddannelseslægerens trivsel. Som det største speciale er der mange almen medicinske H-læger, og de har flere sideuddannelsesansættelser (5-6) end de øvrige 38 specialer. Flere, korte

ansættelser betyder en stor turnover af uddannelseslæger med mange introduktionsforløb og oplæringsperioder, hvilket er en stor opgave for afdelingerne og en udfordring for uddannelseslægerne, hvilket viser sig ved bl.a. sygemeldinger og ønsker om nedsat tid og orlov.

Vægtningen af ovenstående hensyn er derfor en nødvendig del af afklaringen af, hvorledes tidsfordelingen og specialesammensætningen af hospitalsdelen/sideuddannelsen skal se ud efter revisionen af målbeskrivelsen.

Formålet med punktet er, at rådet drøfter to vigtige principielle forhold som nærværende revision af målbeskrivelsen i almen medicin bringer i spil, hvilket også rækker ind i den kommende revision af den lægelige videreuddannelse: 6-måneders reglen og hvilke(t) speciale(r), der i et givet speciale skal være sideuddannelse i.

Indstilling:

Der indstilles, at rådet drøfter emnet med udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- 1) Bør der være overordnede kriterier for hvilke specialer, der skal være sideuddannelse i?
- 2) Hvis ja, så hvilke?
- 3) Skal princippet vedr. 6-måneders reglen, ud fra faglige hensyn, stå mere fast fremover?

Referat

Rådet var enige i, at det er vigtigt at tilrettelægge så få og så lange uddannelsesforløb som muligt. En opmærksomhed på at undgå mange skift i uddannelsen er en passende forudsætning for 6-måneders reglen, hvortil det er vigtigt at skelne mellem sideuddannelse og fokuseret ophold.

Lægeforeningen og Praktiserende Lægers Organisation ønskede, at reglen ikke skal fortolkes som en 'hård regel' og anerkendte, at forløb af fx 4-5 måneders varighed i nogle tilfælde kan være rimeligt, når uddannelseskvaliteten er tilstede. Videreuddannelsesregion Øst påpegede imidlertid også, at selv forløb på 6 måneder i nogle tilfælde være for kort, når uddannelsesplanen skal revideres undervejs.

Der var enighed om, at 6-måneders reglen er retningsgivende, men der skal være plads til lokalt tilrettelagt forløb.

Punkt 6. Meritadgang til almen medicin

Sagsfremstilling:

Det følger af Sundhedsstyrelsens rapport om *"Fremtidens Specialelæge – ændring af den lægelige videreuddannelse"*, at ved specialeskift skal der i større udstrækning være mulighed for

meritering for allerede gennemførte uddannelseselementer og opnåede kompetencer. Dette er også tilfældet for de læger, der allerede har gennemført en speciallægeuddannelse, men som senere i livet ønsker et andet speciale.

F.eks. kan det være en bekymring ved uddannelse i et vagttungt speciale, at faste aften/nattevagter udfordrer et langt lægearbejdsliv. På samme vis kan læger, som kommer ud for ulykke og sygdom, have behov for at skifte en hospitalskarriere ud med arbejde, som ikke involvere lange hospitalsgange. Endelig kan samfundsudviklingen og udvikling i behandlinger medføre, at arbejdskraften senere i livet er bedre brugt i et andet speciale.

Hvis en speciallæge vil videreuddanne sig til et andet speciale er det dog som udgangspunkt med ansættelse som yngre læge, og derfor med en lønnedgang. For de fleste specialer er den tidsmæssige øvre grænse for meritoverførsel 50 % af uddannelsestiden, grundet EU-reglerne på området. I en dansk kontekst betyder det mindst 2,5 års uddannelsestid for tillæring af et nyt speciale.

EU-reglerne gælder dog ikke for specialerne retsmedicin og almen medicin. Dette fordi retsmedicin ikke er et speciale i 2/3 af medlemslandene, og fordi almen medicin ikke er et speciale som øvrige i Anerkendelsesdirektivet, men har sit eget afsnit i direktivet. Hertil gælder et særskilt krav om mindst 6 måneder på hospital og mindst 6 måneder i almen praksis i uddannelsen.

Særligt arbejdet som almen mediciner er interessant som slutstilling, og Sundhedsstyrelsen undersøger derfor, om almen medicin kan indgå som en fleksibel karrieremulighed for speciallæger i et livslangt perspektiv.

Formålet med punktet er, at rådet videndeler erfaringer med meritadgang til almen medicin på tværs af videreuddannelsesregionerne samt rådgiver Sundhedsstyrelsen om principielle forhold, der har betydning for, hvordan den lægelig videreuddannelse kan støtte op om større fleksibilitet mellem almen medicin og andre specialer, eksempelvis ved en mere fokuseret og struktureret meritadgang til almen medicin fra andre specialer.

Indstilling:

Det indstilles, at rådet drøfter emnet med udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- 1) Bør der, på en række nærmere betingelser og efter en konkret vurdering, indføres en mulighed for afkorting af mere end halvdelen af uddannelsestiden, ved videreuddannelse af speciallæger til almen medicin?
- 2) Hvis ja, bør muligheden så kun være for læger efter en periode i det oprindelige speciale, og/eller bør det være forbeholdt

nogle specialer, der f.eks. dels er vagttunge og dels er hospitalsbaserede, eller bør det være for alle speciallæger?

- 3) Hvis nej, kunne man så forestille sig en ordning med konkrete dispensationer til afkortning af mere end halvdelen af uddannelsestiden, så der i enkelte tilfælde kunne gøres brug af muligheden?

Referat

Rådet drøftede principielle aspekter ved at åbne op for en mere fokuseret og struktureret meritadgang til almen medicin fra andre specialer, hvortil der var enighed om, at almen medicin bør ansues på linje med andre specialuddannelser, og merit herind bør bero på en konkret vurdering.

Yngre Læger ønskede, at der først og fremmest blev set på merit ind i hoveduddannelsen frem for som et karriereskift efter endt specialuddannelse. Danske Regioner pointerede, at det langt fra er i alle specialer, at den tilsvarende specialuddannelse kræves for at arbejde med området, hvorfor et karriereskift ikke i alle tilfælde forudsætter en ny specialuddannelse, dog er der et krav om specialuddannelse i almen medicin, hvis man ønsker at nedsætte sig som praktiserende læge med ydernummer.

Der var enighed om, at en af præmisserne for merit bl.a. er at udnytte det potentiale og kompetencer, der allerede findes, og der bør derfor, om end det er vanskeligt, designes en proces, som øger fleksibiliteten mellem almen medicin og øvrige specialer.

Punkt 7. Eventuelt

Sundhedsstyrelsen blev spurgt til en status for tidsplan vedrørende høring af den kommende dimensioneringsplan. *Efter* mødet kan det oplyses, at dimensioneringsplanen blev sendt i høring den 30. september 2024.

Uddannelses- og Forskningsministeriet fremsatte et ønske om, at modernisering af lægerrollerne tænkes sammen med målbeskrivelsesarbejdet, samt at beskrivelse af de teoretiske kurser påbegyndes snarest. Indenrigs- og Sundhedsministeriet henviste derefter til regeringens udspil til en sundhedsreform, hvor der lægges op til en revision af lægerrollerne, og Sundhedsstyrelsen er i øvrigt indstillet på arbejdet.

Universiteterne tilbød en præsentation på et senere møde af deres arbejde i europæisk regi med klinisk profil for færdiguddannede læger og om de to ”ekstra” lægeroller, de har taget i brug i dét arbejde.