



Plan for Almen Praksis i Region Sjælland

Primær Sundhed & Samarbejdsudvalget for
Almen Praksis, juli 2008

Forord

Udarbejdelsen af Plan for Almen Praksis har til formål at beskrive og danne grundlag for administration og planlægning af almen praksis. Administration skal betragtes bredt og indeholder både daglig drift og udvikling af praksis.

Planen er et led i den samlede planlægning af sundhedstilbuddene i Region Sjælland. Den er udarbejdet af en projektgruppe nedsat af Samarbejdsudvalget for Almen Praksis efter landsoverenskomstens kapitel III om praksisplanlægning og –regulering.

Indholdsfortegnelse

1. Resumé	4
2. Regionen i tal og fakta	5
2.1. Geografi og befolkning	
2.2. Demografisk udvikling	
2.3. Sundhedstilstand	
2.4. Infrastruktur	
3. Almen praksis i tal og fakta	7
3.1. Lægepraksis	
3.2. Sikrede	
3.3. Køn og alder	
4. Udviklingstendenser	10
4.1. Udviklingstræk for almen praksis	
5. Kommende udfordringer	13
6. Scenarier for kommunale sundhedstilbud	15
7. Spørgeskemaundersøgelse	17
8. Rekruttering og fastholdelse	18
8.1. Revideret handleplan	
8.2. Lægemangel	
9. Praktiske politikker	22
9.1. Praksisområder	
9.2. Lægedækning	
9.3. § 100-politik	
9.4. Delepraksis	
9.5. Ekstraordinær åbning og lukning for tilgang	
9.6. Flytning af praksis	
Bilag 1. Spørgeskemaundersøgelsens resultater	25
Bilag 2. Gennemgang af almen praksis og øvrige sundhedstilbud i kommunerne	31
Bilag 3. Kommunale lokalplaner i forhold til almen praksis	66

1. Resumé

De praktiserende læger er indgangsporten til sundhedsvæsenet og spiller en central rolle i det samlede sundhedsvæsen i Danmark. Med sine brede medicinske kompetencer vurderer lægen, om patienterne kan behandles i eget regi eller skal videre til andre mere specialiserede tilbud.

Det afgørende for borgerne er derfor at være tilmeldt en praktiserende læge, der har pligt til og ansvar for at se borgeren og tage stilling til, hvad der i en given helbredsmæssig situation er behov for. I en situation med mangel på praktiserende læger hviler der et stort ansvar på både læger, region og kommuner for at finde nye veje, som indfrier borgernes berettigede forventninger om let adgang til denne sundhedsydelse.

Mange faktorer har indflydelse på, hvordan området skal administreres. Derfor giver praksisplanen et sammenhængende billede af Regionen, almen praksis, sundhedsområdet og fremtidige udfordringer. Dermed skabes der et samlet overblik over hvilke udfordringer og mulige scenarier, der kan forventes at opstå i den nærmeste fremtid.

En af de store udfordringer både på nuværende tidspunkt og i fremtiden vil være rekruttering og fastholdelse. Manglen på klinisk personale inden for sundhedsområdet vil også ramme almen praksis.

Derfor er der i praksisplanen specielt fokus på, hvordan Regionen kan opfylde forsyningsforpligtelsen over for borgerne i samarbejde med de praktiserende læger.

Nedenfor oplyses projektgruppens anbefalinger i forhold til det videre arbejde:

- Etablering af lægecentre i et sundhedsfagligt miljø med 3-6 læger samt klinikpersonale og andre sundhedsfaglige grupper
- Fastholdelse af ældre læger i praksis
- Sikring af kvaliteten i videreuddannelsen til speciallæge i almen medicin.
- Uddannelse af almene læger hvor det anbefales at arbejde videre med Sundhedsstyrelsens tanker om et »fast-track«-forløb. Det betyder, at yngre læger er sikret turnus, introduktionsstilling og uddannelsesstilling i umiddelbar forlængelse af hinanden
- Udvikling af praksisdesign hvor der foreslås ansat en praksisdriftskonsulent, som skal hjælpe lægerne med at opnå en så effektiv praksisdrift som muligt
- Ansættelse af klinikpersonale for at reservere lægernes tid til strengt lægefagligt arbejde
- Rekruttering af udenlandske læger for at afhjælpe lægemanglen
- Etablering af IT-netværk i sundhedscentre, lægehuse og lignende for at muliggøre adgangen til hinandens patientjournaler
- Tilskud til etablering af arbejdspladser for uddannelsessøgende læger for at kunne rekruttere yngre læger til et område
- Attraktive lægeboliger til yngre læger
- Politik for placering af nye ydernumre for at sikre lægedækningen
- § 100 politik der rummer progressive praksis
- Bæredygtig politik for dele-praksis således, at der opnås middelev for tildeling af dele-praksis, som tilgodeser presserende behov for aflastning uden at skævvride lægepopulationen.
- Politik med kriterier for lukning af tilgang.
- Politik for selektiv åbning af tilgang i situationer, hvor alle læger i et område har lukket for tilgang.
- Opstilling af kriterier for flytning af praksis således, at flytningen ikke forringer patienternes mulighed for at komme til praksis.

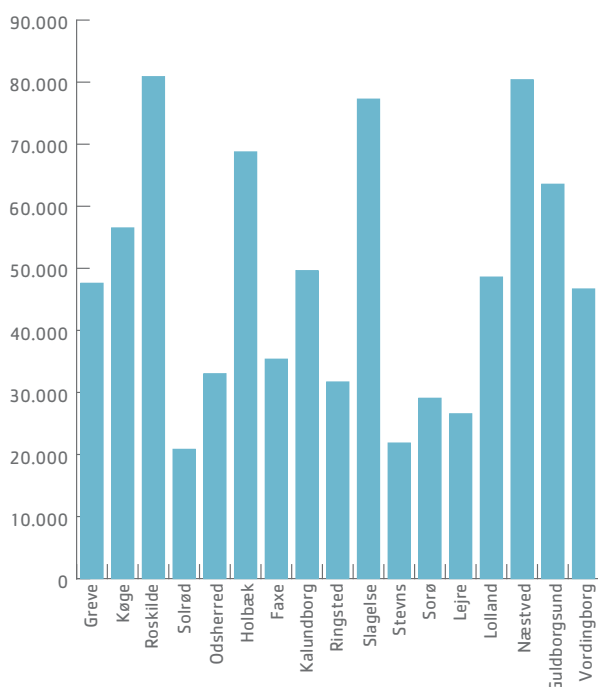
2. Regionen i tal og fakta

Dette afsnit er en generel statistisk beskrivelse af Region Sjælland, som kan være af betydning for de sundhedsmæssige forhold.

2.1. Geografi og befolkning

Region Sjælland dækker et samlet areal på 7.273 km² inkl. 3 større øer med en samlet befolkning på 816.118 indbyggere pr. 1. januar 2007. Regionen er dannet af de tre tidligere amter, Roskilde, Storstrøm og Vestsjælland og består i den nye struktur af i alt 17 nye kommuner mod tidligere 58 kommuner. Der er stor forskel på kommunernes størrelse, hvor Solrød og Stevns kommuner er de mindste med omkring 21.000 indbyggere, mens Roskilde og Næstved ligger i toppen med omkring 81.000 indbyggere.

Tabel 2.1.1. Befolkningen i Region Sjælland pr. 1. januar 2007 opdelt på kommuner



2.2. Demografisk udvikling

Danmarks Statistik forventer en stigning på ca. 56.000 indbyggere i Region Sjælland over de næste 20 år svarende til 6,9 %, mens befolkningstallet i hele landet forventes at stige med ca. 255.000 indbyggere svarende til 4,7 % i samme periode. Alderssammensætningen i Regionen er i relation til den demografiske forsørgerbyrde en smule mere skæv end i landet som helhed med overvægt på en større andel af ældre borgere.

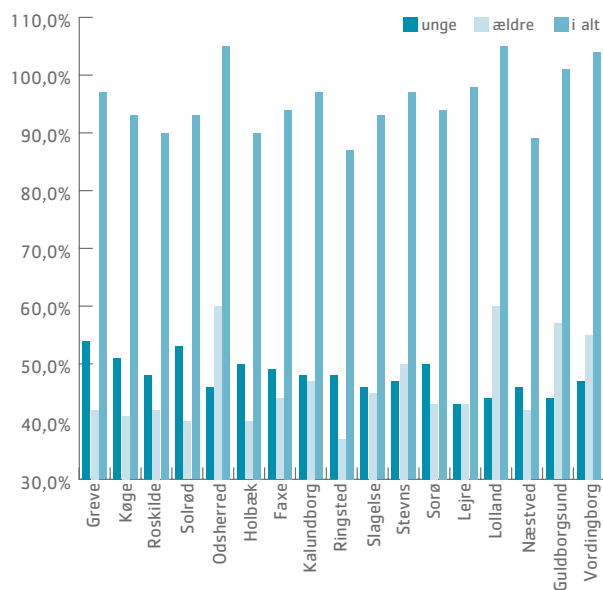
Forsørgerbyrden er et simpelt mål, som viser forholdet mellem antallet af personer uden for den erhvervsaktive alder – 0-19 år og 60 år og derover – og antallet af personer, der skal forsørge dem – det vil sige dem i den erhvervsaktive alder (20-59 år).

For hele landet er forsørgerbyrden 87, mens den for Region Sjælland er 94. Det betyder, at for hver gang der er 100 erhvervsaktive personer, er der 94 unge, ældre, førtidspensionister og andre udenfor arbejdsmarkedet. For de enkelte kommuner i Regionen er der en del forskelle. Med en forsørgerbyrde på 87 ligger Ringsted på landsgennemsnittet og har den laveste forsørgerbyrde i Regionen. Alle øvrige kommuner er over 90 og Odsherred topper med 106.

De kommuner, hvor forsørgerbyrden er på 100 eller derover – lige mange eller flere ikke-erhvervsaktive end erhvervsaktive, er Odsherred, Lolland, Vordingborg og Guldborgsund.

Greve, Solrød og Lejres – i regionsammenhæng – lave forsørgerbyrde skyldes alle en forholdsvis stor andel af unge og tilsvarende lavere andel af ældre. Omvendt med Odsherred, Lolland og Guldborgsund, som har en høj andel af ældre og færre unge. Det betyder, at disse kommuner har en endnu skævere andel af ældre, end det umiddelbart fremgår af tallet for forsørgerbyrden, og at skævheden vil blive forstærket med årene.

Tabel 2.2.1. Demografisk forsørgerbyrde 2007 fordelt efter kommuner i Region Sjælland



Pr. 1. januar 2007 er der således en overvægt af ældre borgere i Regionen i forhold til landet som helhed. I befolkningsfremskrivningen til år 2028 forventes andelen af ældre at stige markant i forhold til de øvrige aldersgrupper.

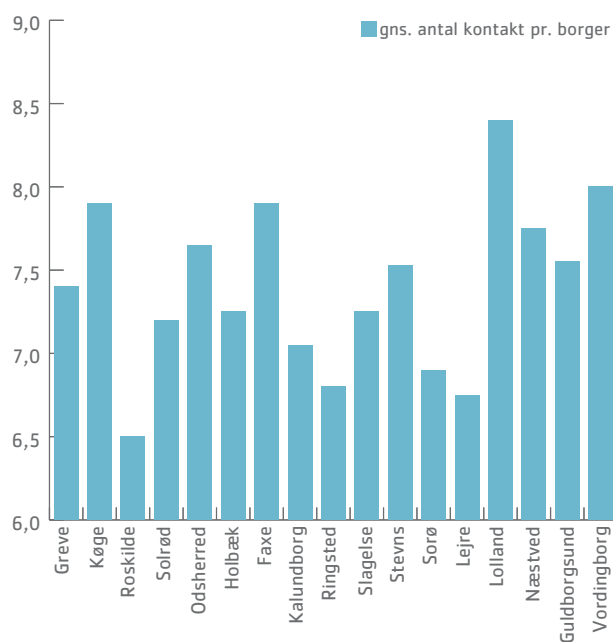
Mens den samlede forsørgerbyrde for hele landet på det 20-årige sigt stiger fra 87,0 % i år 2007 til 109,2 % i år 2028 forventes den tilsvarende forsørgerbyrde for Regionen at stige fra 94,4 % i år 2007 til 124,9 % i år 2028.

2.3. Sundhedstilstand

Et udtryk for Regionens generelle sundhedstilstand kan blandt andet måles på antallet af kontakter til sygesikringen i form af al henvendelse til almen praktiserende læge i 2006 i forhold til befolkningstallet i de respektive kommuner.

Således opgjort er borgerne i Lolland Kommune mere »syge« end borgerne i de andre kommuner. Her er der ca. 8,4 kontakter pr. borger til almen læge i gennemsnit mod eksempelvis 6,5 kontakter i Roskilde Kommune, der er »mest sund«. Det skal dog bemærkes, at borgernes henvendelsesmønster til praktiserende læge er afhængig af mange andre forhold end graden af sygdom fx lægernes tilgængelighed, andre sundhedstilbud i området så som sygehuse og speciallæger, kultur og vaner.

Tabel 2.3.1. Antal kontakter til almen læge 2006



4.4. Infrastruktur

Den overordnede infrastruktur i Regionen er præget af fire store motorveje – (Køgebugt, Holbæk, Vest- og Sydmotorvejen) – som sikrer rimelig fremkommelighed om end trafikbelastningen på visse tidspunkter af døgnet er overvældende.

Med motorvejene sikres de større byer – fx Roskilde, Holbæk, Slagelse, Korsør, Ringsted og Køge – hurtige trafikforbindelser, mens trafik på tværs af Regionen foregår på almindelig landevej og dermed med lidt langsommere trafikforbindelser. Samtidig risikerer udkantsområder som Nykøbing Sj., Kalundborg, Nakskov og Stege at ende som »blinde veje«, hvilket kan få betydning for bosættelsesmønstret. Dertil skal nævnes, at der i Regionen er en forholds-mæssig stor andel af sommerhuse i forhold til landet som helhed. Således er 14,2 % af bygningsmassen i Regionen registreret som sommerhuse mod 8,4 % for landet som helhed. Det er i de gamle amter Vest-sjælland (med 20,9 %) og Storstrøm (11,4 %), at der findes en overvægt. Det betyder, at der i sommer-månederne i områder med mange sommerhuse fx Odsherred og Guldborgsund vil være et øget træk på almen praksis.

Der er endvidere et større antal øer i Regionen, som ikke har fast læge. Det stiller særlige krav til lægebe-tjeningen.

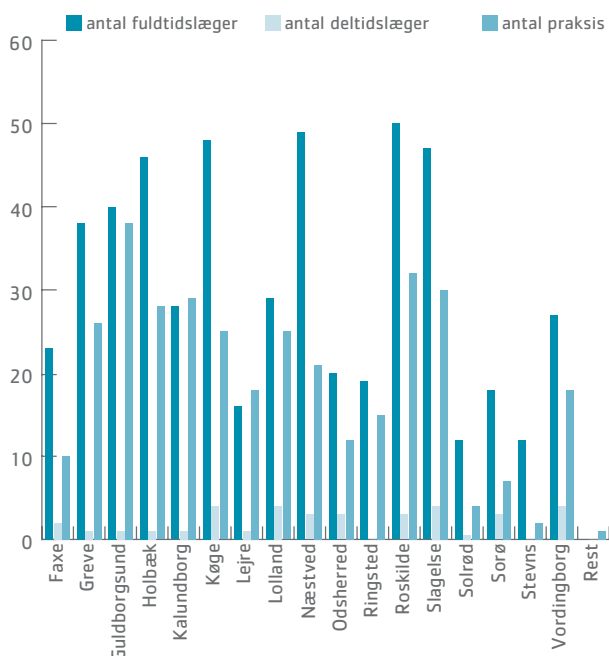
3. Almen praksis i tal og fakta

Opgjort pr. 3. kvartal 2007 findes der i Region Sjælland i alt 529 læger – svarende til 497 fuldtidslæger – fordelt på 300 lægepraksis. De betjener samlet set 804.986 tilmeldte sikrede, svarende til et gennemsnit på 1.620 antal tilmeldte pr. fuldtidslæge, fordelt på Regionens 17 kommuner.

3.1. Lægepraksis

De 300 lægepraksis og 529 læger i Regionens er, som det fremgår af nedenstående figur, fordelt ujævnt på de 17 kommuner. Roskilde Kommune befinder sig i toppen med 50 fuldtidslæger fordelt på 32 praksis, mens Stevns Kommune i bunden har 12 fuldtidslæger fordelt på 3 praksis.

Tabel 3.1.1. Fordeling af lægepraksis og læger på kommuner pr. 1. september 2007



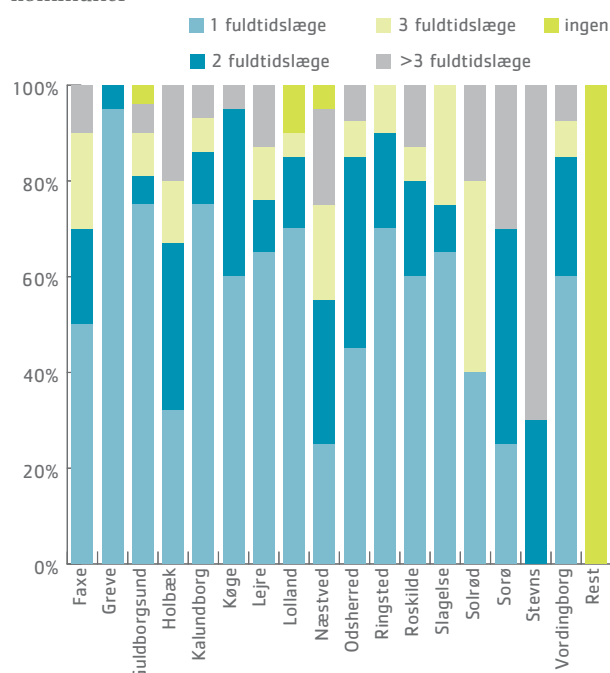
*"Resten" fremkommer ved, at 3 praksis er ophørt i løbet af august 2007, men havde stadig registreret i alt 2.467 tilmeldte sikrede.

Praksisstørrelse varierer ligeledes. I gennemsnit for hele Regionens er der 1,6 fuldtidslæge pr. lægepraksis. I sagens natur er den mindste lægepraksis på 1

fuldtidslæge, mens den største er på 8 fuldtidslæger – findes i Faxe Kommune.

Den mest udbredte størrelse er solopraksis – 1 fuldtidslæge – som der findes 185 af i Regionens svarende til 60 % af alle praksis. Kun ca. 16 % af Regionens lægepraksis har 3 eller flere fuldtidslæger.

Tabel 3.1.2. Fordeling af praksisstørrelser på kommuner

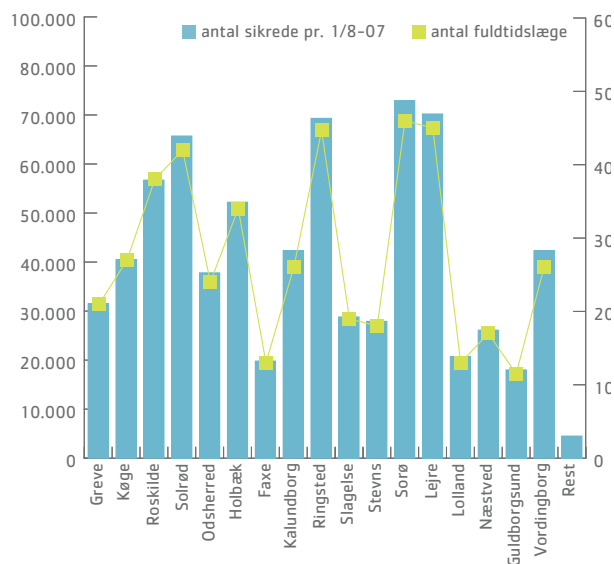


Fordelingen af praksisstørrelser på Regionens 17 kommuner er meget forskellig, og der er ikke umiddelbart et tydeligt mønster. Kalundborg er den kommune, der har de fleste praksis med kun 1 fuldtidslæge, mens Sorø har det færreste antal 1 mandspraksis målt i forhold til kommunens samlede antal praksis.

3.2. Sikrede

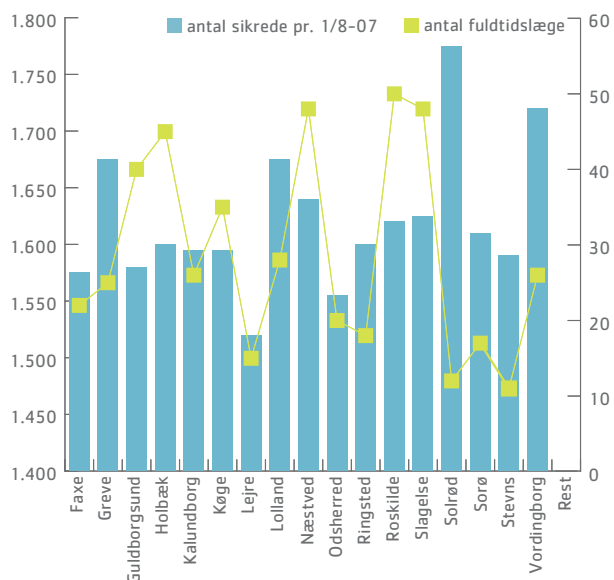
Der er i alt 804.986 sikrede (pr. 1. august 2007) fordelt på samlet set 300 lægepraksis i Regionens og med 497 fuldtidslæger til at betjene disse. Antal sikrede og antal fuldtidslæger varierer naturligt kommunerne imellem afhængig af indbyggertal.

Tabel 3.2.1. Fordelingen af almen praktiserende læger på kommuner pr. 1. september 2007



Et mål for arbejdsmængden kan opgøres som antal sikrede/tilmeldte pr. fuldtidslæge. For Regionen som helhed svarer det i gennemsnit til 1.620 tilmeldte. Også her er der forskelle de enkelte kommuner imellem, hvor Solrød ligger i top med i gennemsnit 1.724 tilmeldte pr. fuldtidslæge, mens Lejre ligger i bunden med 1.514 tilmeldte pr. fuldtidslæge.

Tabel 3.2.2. Antal sikrede/tilmeldte pr. fuldtidslæge i almen praksis fordelt på kommuner



3.3. Køn og alder

Regionens i alt 529 læger i praksis – 497 fuldtids-læger og 32 dele-læger – har en skæv kønsfordeling, hvor ca. 2/3 er mandlige og 1/3 kvindelige læger.

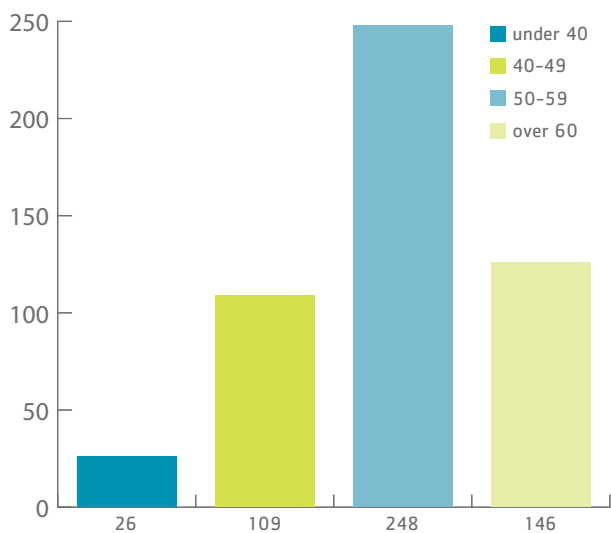
Opgjort på de enkelte kommuner er kønsfordelingen endnu mere skæv fx i Ringsted og Lolland. Her er ca. 80 % af lægerne mænd, mens Køge og Lejre har en mere ligelig fordeling.

Tabel 3.3.1. Kønsfordeling for praktiserende læger i Region Sjælland pr. september 2007



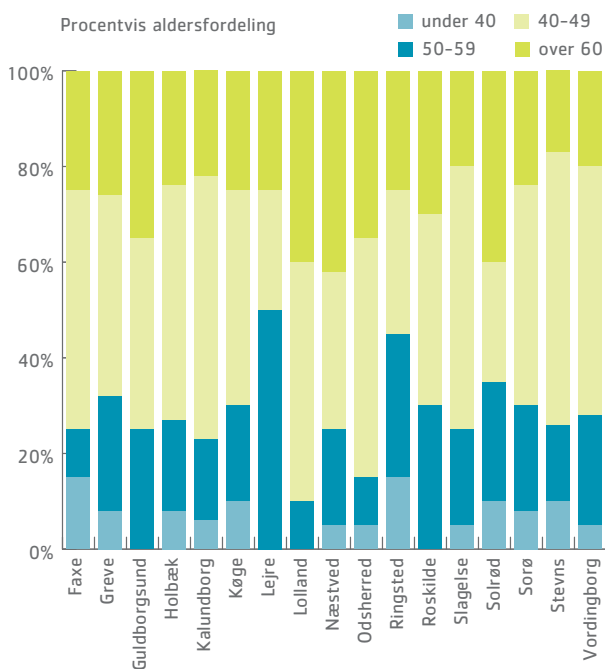
Gennemsnitsalderen hos Regionens 529 læger er på 54 år, men med store variationer lægerne imellem. Således er den yngste læge 35 år. Den ældste er 71 år (opgjort pr. 1. september 2007). Regionens læger tenderer til at have en relativ høj alder, idet kun 1/4 af lægerne er under 50 år. Grupperet i aldersintervaller ligger 47 % af alle læger i alderen 50 til 59 år, mens 28 % har en alder over 60 år.

Tabel 3.3.2. Praktiserende læger fordelt efter aldersgrupper



Aldersfordelingen for praktiserende læger i de enkelte kommuner svinger en del. Især Næstved og Lolland har »ældre« læger. Her er ca. 40 % over 60 år, mens Lejre har de »yngste« læger – halvdelen er under 50 år.

Tabel 3.3.3. Aldersfordeling for praktiserende læger fordelt efter kommuner pr. 1. september 2007



4. Udviklingstendenser

Samfundet er i konstant udvikling. Det indebærer, at sundhedsvæsenet såvel som alle andre offentlige tilbud må udvikle sig løbende for at matche nye vilkår og forventninger. Det gælder ikke mindst almen praksis, der med sin centrale placering og sin opgave med at modtage patienter i en uselekeret skare med en blanding af sundhedsmæssige, psykologiske, eksistentielle og sociale problemstillinger, vil være særlig påvirket af samfundsmæssige forandringer. Den praktiserende læge tager sig – som generalisten – af hele problemstillinger. Ikke blot af helbredsmæssige problemer i den snævre forståelse som afvigelser fra en biologisk norm. Derfor er det ikke blot medicinsk-teknologiske udviklinger, men et bredt felt af samfundsudviklinger, der påvirker den praktiserende læges arbejde.

Nedenfor er oplistet en række af de samfundsmæssige udviklinger, som projektgruppen vurderer, har betydning for den praktiserende læges fremtidige virke:

Brugerperspektivet

Det må forventes at blive mere fremtrædende i de kommende år. Der vil blive stillet krav om, at brugernes ønsker og vurderinger inddrages mere direkte i kvalitetsudviklingsarbejdet, og at patientens egne ressourcer bringes mere aktivt i spil i behandlingen.

Patienterne udgør en broget skare svarende til befolkningens sammensætning og stiller derfor forskellige krav til servicen. Nogle er som udgangspunkt fuldstændig raske og repræsenterer et segment, som man kan kalde »forbrugerpatienten«, der bare vil have sin ydelse til den tid og på det sted, han/hun ønsker. I den anden ende af skalaen er kronikeren eller den terminale patient, som har behov, der overskygger forbrugerbehovet, fx behovet for kontinuitet – at de altid ser den samme læge med stort personkendskab og gensidig tillid.

Strukturreformen

Reformen har ændret roller og ansvar for den sundhedsmæssige indsats. Kommunerne har dels fået et mere forpligtende ansvar for den forebyggende indsats i forhold til borgerne. Dels har de fået en øko-

nomisk forpligtelse. Det betyder, at kommunerne i stigende grad har ønsker og krav om, at den praktiserende læge indgår som en central figur i samarbejdet med det nye kommunale sundhedsvæsen.

Flere aktører og skarpere definerede grænseflader i ansvarsfordelingen kræver større gennemsigtighed og dokumentation i alle sektorer – herunder almen praksis.

Specialer og sygehusstruktur

Ændringer i specialeplanlægningen på sygehusområdet og sygehusstrukturen har betydning for primærsektoren, hvis sundhedstilbuddet i lokalområderne skal sikres. Samling af specialer i Regionen kan skabe nye samarbejdsrelationer mellem praksis/speciallæge og sygehusafdelinger samt ændret arbejdsdeling i patientforløbet.

Private klinikker og hospitaler

Et stigende antal patienter henvises fra sygehuse til privatklinikker bl.a. på grund af behandlingsgarantien. Disse klinikker indgår ikke i formaliseret samarbejde med primær sektor og har oftest ikke IT-kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen.

Flere og flere arbejdspladser tilbyder deres ansatte sundhedstjek og fysioterapi på privatklinikker. Oftest er behandlingen betalt af arbejdsgivernes sundhedsforsikringer. Det belaster ikke direkte de offentlige sundhedsudgifter, men har dog økonomisk en samfundsmæssig konsekvens. Der er ikke formaliseret samarbejde mellem disse sundhedsvirksomheder og det offentlige sundhedsvæsen, men ofte vil praktiserende læger og sygehusvæsen blive involveret i vurdering af undersøgelsesresultater og efterbehandling. I modsætning til det offentlige sundhedsvæsen, hvor stort set al udredning og behandling er visiteret og prioriteret, sker det sjældent i det private sundhedsvæsen.

Knappe ressourcer

Kendetegnende for sundhedsområdet er, at sundhedspersoner udgør en knap ressource – ikke mindst i geografiske yderområder. Samtidig ses en tiltagende mangel på personale i socialt dårligt stillede områder.

Det kan bidrage til at forstærke den sociale ulighed i sundhed.

Demografi

I de kommende år forskydes sammensætningen af befolkningen, så en større andel bliver ældre, og ca. hver fjerde borger må leve med en kronisk sygdom. Flere mennesker vil komme til at leve længere med kroniske lidelser. En væsentlig del af kronikerindsatsen forventes at foregå i primærsektoren med den praktiserende læge som behandler og tovholder.

Nedenstående tabel viser den demografiske udvikling for Region Sjælland frem til 2028. Det ses her, at antallet af ældre borgere vil være stigende de næste 20 år.

Tabel 4.0.1. Demografisk udvikling i Region Sjælland

Aldersgruppe	Befolkningstal						
	2006	2020	2024	2928	2006 -2020 i%	2006 -2024 i%	2006 -2028 i%
0-17 år	183.569	179.538	179.339	179.993	-2,2%	-2,3%	-1,9%
18-64 år	499.442	482.459	478.596	473.301	-3,4%	-4,2%	-5,2%
65 år -	128.500	192.748	206.138	218.796	50,0%	60,4%	70,3%
I alt	811.511	854.745	864.073	872.090	5,3%	6,5%	7,5%

Sammenhængende patientforløb

De landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser viser, at sundhedsvæsenets evne til at skabe sammenhæng i de enkelte patientforløb generelt halter bagefter. Udsigterne til et stigende antal kroniske patienter kræver imidlertid fokus på sammenhængende patientforløb mellem de enkelte sektorer og fagområder.

Kronikere

Sundhedsstyrelsens kronikermodeller sætter almen praksis i fokus, og det medfører behov for ledelse, programmer og dokumentation. Kronikermodellerne vil sammen med kommunernes medfinansiering være incitament for kommunerne til at iværksætte kronikercentre, som hjælper patienterne til at mestre egen sundhed og sygdom. Der vil blive tilbudt at henvise til, så lægen kan bruge sin faglighed i stedet for selv at stå for patientens læring.

Opgaveglidning/-flytning

Det ses såvel inden for samme sektor – fra lægen til sygeplejersken – som mellem sektorerne – fra sygehuset til speciallægen. Dels vil flere og flere opgaver løses uden for sygehusvæsnet, hvilket stiller nye krav til primær sektoren. Dels vil manglen på læger/speciallæger være med til at forskyde opgaver internt i den enkelte praksis fra lægen til andet klinikpersonale.

Hertil kommer at den teknologiske udvikling også gør det muligt at flytte opgaver ud fra sygehusene til primærsektoren.

4.1. Udviklingstræk for almen praksis

Fra at have været rettet mod syge og trængende er sundhedsvæsenet blevet en organisation, som producerer ydelser til kritiske forbrugere på linje med andre organisationer på markedet.

Man kan sige, at sundhedsvæsenet fra at være reaktivt i forhold til de konstaterede sygdomstilfælde i dag præges af proaktiv adfærd. Det planlagte spiller en stadig større rolle. Det fører til, at fokus rettes mod planlægning, logistik og ledelse af hele »væsenet«. Samspillet mellem aktørerne bliver afgørende.

Hvor lægens faglige kvalifikationer før var eneafgørende, er det nu hele organisationen, der vurderes på, om den kan levere patientvenlige ydelser af en given kvalitet, til rette tid og på rette sted. Der tales om det sammenhængende sundhedsvæsen. Hertil kommer, at servicen skal være i orden, ydelsens sikkerhed i top og økonomien effektiv.

Disse tendenser for hele sundhedsvæsenet gør sig ikke mindst gældende for almen praksis, som gennem de senere år er stillet over for stadig stigende krav om at være en integreret aktør i sundhedsvæsenet, der ikke blot optimerer driften af egen praksis, men også medvirker til en optimering af det samlede sundhedsvæsen.

Udviklingstræk fra de seneste år:

Ny rolle for den praktiserende læge

Den praktiserende læges nye rolle indebærer, at lægen skal sikre en mere systematisk, koordinerende og proaktiv indsats, end det er tilfældet i dag. Fremover vil der være forventninger om at varetage en rolle som tovholder for patienter med kronisk sygdom.

I april 2007 indførtes en ordning med forløbsydelse for patienter med diabetes. Formålet er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i almen praksis og at give den praktiserende læge et instrument til systematisering og kvalitetssikring af behandling og kontrol af i egen praksis.

Ny teknologi

Det vil sammen med informationsteknologi i stigende grad blive taget i anvendelse for at lette kommunikationen mellem læge og patient og effektivisere samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Der vil blive stillet krav om, at almen praksis kan håndtere ICPC kodning, der er en forudsætning for den nødvendige datafangst i forbindelse med gennemførelse af forløbsmodeller og dokumentation for behandlingseffekt. Indførelse af den ny teknologi vil være en udfordring i forhold til, at lægerne skal bruge ekstra ressourcer på implementering og gennemførelse af de konkrete krav.

Akkreditering

Der arbejdes på at indføre akkreditering. Det vil sige en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet/ydelse eller organisatorisk enhed – fx almen praksis – lever op til et fælles sæt standarder. Ved akkreditering gives en formel aner-

kendelse af, at læger eller praksisenheden er kompetente til at udføre sine opgaver.

For almen praksis vil akkreditering være en udfordring i det administrative arbejde, der vil kræve ekstra ressourcer.

Nye opgaver

Almen praksis pålægges flere nye opgaver, og grænserne mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen flytter sig. Det skaber et pres på opgaveløsningen i almen praksis, og gør det tiltagende vanskeligt at løse opgaverne inden for den nuværende organisering. Kombinationen af svigtende udbud af læger og øget efterspørgsel efter ydelser i almen praksis gør det nødvendigt at udnytte de lægelige ressourcer bedst muligt.

Opgaveglidning

Med lægemanglen in mente vil det blive væsentligt at forbeholde lægens tid for strengt lægefagligt arbejde, således at der sker en glidning af opgaver fra lægen til sygeplejerske, diætist, sekretær, praksismanager eller andre.

Ændrede organisationsformer

Organisering af praksis i større enheder kan være et væsentligt redskab til at sikre en optimal udnyttelse af lægeressourcerne. Større enheder giver dels mulighed for fleksibilitet. Dels bliver der grundlag for udvidet ansættelse af praksispersonale.

Krav til Regioner og Kommuner

I det omfang lægerne arbejder mod på forhånd udpegede mål, vil praksis kunne kræve af regioner og kommuner, at de stiller støtteforanstaltninger som fx diagnostiske undersøgelsesfaciliteter, forebyggelsestilbud, genoptræningstilbud og/eller kronikercentre til rådighed for de praktiserende lægers henvisninger.

5. Kommende udfordringer

Der stilles stadig større krav til almen praksis i rollerne som borgerens første møde med sundhedsvæsenet, gatekeeper i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen og klinisk tovholder over for en stigende skare af kronikere. Endvidere stilles praksis over for stigende dokumentationskrav og anvendelse af kliniske vejledninger. Samtidig fylder de ældre aldersgrupper, og dermed kronikerne, en stigende andel af befolkningen, og da lægerne selv er en del af denne udvikling, betyder det, at stadig færre læger skal løse stadig flere og mere komplekse opgaver.

Nedenfor er oplistet de væsentligste udfordringer i den kommende tid.

Lægemangel

Ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognose vil antallet af praktiserende læger de næste 5 år reduceres med ca. 350 læger. Det svarer til ca. 50 læger i Region Sjælland, hvis reduktionen fordeles ligeligt i hele Danmark. Antallet forventes at falde yderligere frem mod 2020 med ca. 35 læger, hvilket medfører en samlet reduktion på ca. 85 læger i forhold til i dag. Hvis dette fald fordeles jævnt over de 17 kommuner i Region Sjælland, betyder det, at der i hver kommune i gennemsnit vil komme til at mangle mellem 3-5 læger i forhold til lægedækningen i dag.

Disse tal er gennemsnitstal og bygger på en ligelig fordeling i hele landet, som næppe er realistisk i Region Sjælland med dens geografi og demografi. Samtidig er Region Sjællands læger ældre end landsgennemsnittet, og derved undervurderer Sundhedsstyrelsens tal lægemanglen i Region Sjælland. Tallene må derfor betragtes som absolutte minimumstal for den forventede lægemangel i Region Sjælland.

Opgaveglidning /-flytning

De kommende år bliver det nødvendigt at sikre en arbejdsglidning i almen praksis fra den praktiserende læge til klinikpersonale. Udfordringen er her blandt andet at skabe den fornødne lokale kapacitet, arbejde med opkvalificering og rekruttering af klinikpersonale og arbejde med lægens holdning i forhold til at benytte klinikpersonale.

Samtidig er der i forbindelse med centraliseringen af sygehusvæsenet lagt op til, at almen praksis skal spille en større rolle i forhold til at varetage opgaverne lokalt. Dette vil blive en udfordring i udkantsområderne, hvor der generelt er problemer med at rekruttere personale.

Organisering

60 % af Regionens praktiserende læger er i dag sololæger, mens kun 16 % af lægepraksis har 3 eller flere læger og udfordringen bliver, at få lægerne til at skabe praksis, som kan udnytte lægernes kompetencer mere effektivt. Dette kan ske ved, at læger flytter sammen i større lægefællesskaber, eller ved at solopraktiserende etablerer netværkspraksis således, at de kan opnå en lang række af de synergieffekter, som større praksis har.

Såvel større lægepraksis som solopraksis kan via en udvidelse af lokalekapaciteten ansætte mere personale, hvilket vil give mulighed for uddelegering af opgaver, både i forhold til sundhedsydelser og administrativt arbejde.

I denne sammenhæng er brugerperspektivet, de praktiserende lægers og de kommende praktiserende lægers ønsker væsentlige. Brugerne har ønsker om kvalitet og service, som i fremtiden kun kan honoreres i fald, de praktiserende læger organiserer sig anderledes, dvs. i større praksis eller netværkspraksis samt ved ansættelse af klinikpersonale og bedre udnyttelse af kompetencer i almen praksis. Samtidig viser DAN-PEP-undersøgelsen, at der på en lang række områder er størst brugertilfredshed med den solopraktiserende læge.

I forhold til en omorganisering af lægepraksis er en væsentlig udfordring lægernes gennemsnitlige alder, som i Region Sjælland er 54 år. Dette medfører, at der for en stor gruppe af lægerne skal være væsentlige incitament for at omstrukturere en velfungerende praksis. Fremadrettet ønsker en stor del af de kommende praktiserende læger praksis med flere læger, hvilket på sigt vil kunne medføre større lægepraksis. Udfordringen bliver at skabe en glidende overgang med dannelse af større praksis evt. netværkspraksis med udstrakt samarbejde og udvikling, da en del

praksis ligger dør om dør. Her vil IT-udviklingen kunne løse mange problemer.

Tilgængelighed og service

For at sikre den fornødne lægedækning er det nødvendigt, at antallet af læger øges, fx ved at ældre læger bliver længere på arbejdsmarkedet. At få lægerne til at passe flere patienter. Dette vil være en udfordring, idet lægerne bliver ældre og ældre og efterspørger mere aflastning. Hertil kommer, at den demografiske udvikling og udviklingen i antallet af borgere med kroniske sygdomme er voksende, hvorfor det formodes, at der i fremtiden vil være et større træk på de praktiserende lægers ydelser.

Lægernes tilgængelighed er til stadighed et emne, som har patienternes interesse. Patienternes forventninger og krav går mere og mere i en retning af at kunne komme hurtigt i kontakt med lægen også "uden for normale arbejdstid". Større tilgængelighed og længere åbningstider vil blive en udfordring, så længe lægemanglen står for døren og forudsætter større lægepraksis med klinikpersonale for at kunne imødekomme dette ønske. Modsat kunne ønsket om bedre tilgængelighed måske delvis imødekommes ved, at patienterne får mulighed for at vælge læge tæt på arbejdspladsen, eller hvor borgeren har sin daglige gang.

Kvalitet

Krav til kvalitets- og organisationsudvikling – herunder en systematisk kvalitetsudvikling i almen praksis – er stigende. Udfordringen er her, at lægerne får afsat den fornødne tid til udviklingsarbejdet samtidig med, at antallet af patienter øges på grund af lægemanglen.

Den teknologiske udvikling gør det i stigende grad muligt at gennemføre en opgaveglidning fra speciallægepraksis og sygehusene til almen praksis. Lægemanglen de kommende år får også her indflydelse på takten i denne proces.

Jo flere opgaver, der udlægges til almen praksis, jo større krav stilles der til, at almen praksis skal have den fornødne adgang til diagnostiske ydelser og spe-

ciallæger i sygehusvæsnet. Udfordringen bliver her at sikre, at sygehusvæsnet kan stille denne ydelse til rådighed på en for alle parter hensigtsmæssig måde.

Strukturreformen

Strukturreformen har medført, at kommunerne har fået en mere forpligtende opgave i forhold til forebyggelsesopgaver. Der vil derfor være behov for at få afgrænset, hvilke opgaver almen praksis varetager, og hvilke opgaver kommunerne varetager. For nærværende er området i sin spæde start. Det vil være en løbende proces, hvor kommunerne skal blive afklaret på, hvad de kan løfte og hvordan. Samtidig skal der ske en koordinering med almen praksis.

Generelt vil der være behov for en overordnet drøftelse af, hvilke opgaver almen praksis, Regionerne, det øvrige sundhedsvæsen og kommunerne skal løse.

Borgerne

Patienterne har i dag ret til at kunne vælge mellem mindst 2 lægepraksis med åben for tilgang inden for en radius på 15 km. Ved etablering af større lægepraksis vil der blive færre lægepraksis, hvilket dels sætter muligheden for at vælge mellem 2 praksis under pres, dels udfordrer 15 km-reglen.

I forlængelse af ovenstående betyder en centralisering af lægepraksis en geografisk udfordring, idet lægerne foretrækker at nedsætte sig i nærheden af større byer og jo tættere på hovedstadsområdet jo bedre. Det betyder, at der skal tænkes nyt i forhold til servicering af mere tyndt befolkede områder. Fx ved at etablere kommunale transportordninger.

6. Scenarier for kommunale sundhedstilbud

Strukturreformen på sundhedsområdet udtrykker et ønske om at sætte fokus på de sundhedsopgaver, der løses udenfor sygehuset. Ansvar for herfor er i høj grad blevet kommunernes.

Generelt er der behov for at opprioritere forebyggelse og sundhedsfremme, rehabilitering og den opfølgende indsats i kommunerne på samme måde som behandlingsindsatsen. Det gælder i forhold til folkesygdomme, kroniske sygdomme og i forhold til de borgere, der sendes hjem efter sygehusbehandling. På den anden side kan en mere intensiv og forebyggende indsats i forbindelse med begyndende sygdom også forhindre udvikling i sygdommen og en sygehusindlæggelse.

Effektiviseringen af sygehusene med accelererede patientforløb og øget brug af ambulant behandling betyder, at patienterne i stigende omfang betragtes som færdigbehandlede, når de ikke længere har behov for specialiseret lægefaglig bistand. Sygehusvæsenet er som helhed kendetegnet ved at være optimalt i forhold til den akutte behandling af alvorlige og livstruende sygdomme, mens behandlingen af akut

opblussen og kroniske sygdomme, der kræver et bredt samarbejde med kommune og øvrige sundhedsaktører er under udvikling.

Et helt konkret eksempel er det store fokus på kræftbehandlingen og nu også på hjertesygdommene, hvor der indføres pakkeforløb, der sikrer hurtig diagnosticering og behandling. For borgeren stopper behovet ikke ved sygehusets udgang. For samtlige af de store kroniske folkesygdomme er der også behov en indsats efter endt behandling.

Sundhedsstyrelsen anbefaler i rapporten "Kronisk sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund", at hovedvægten i indsatsen for patienter med kroniske sygdomme lægges i primærsektoren, dvs. hos de praktiserende læger i samarbejde med andre sundhedsprofessioner og i det kommunale sundhedsvæsen.

Det forventes, at kommunerne de kommende år vil varetage en række nye opgaver. Nogle af opgaverne vil i et vist omfang kunne aflaste den praktiserende læge. Det forudsætter under alle omstændigheder et tættere samarbejde mellem primærsektorens parter.

Nedenstående er alle eksempler, der på projektbasis er afprøvet i forskellige kommuner, og som er mulige scenarier for det fremtidige samspil mellem almen praksis og kommunerne. Det skal bemærkes, at det

alene er mulige scenarier og ikke anbefalinger fra projektgruppen, idet der er forskellige holdninger til projekternes hensigtsmæssighed og faglige fundament:

Mulige scenarier i forhold til fremtidige kommunale sundhedstilbud		
Opgave	Beskrivelse af den kommunale indsats	Samspil og aflastning i forhold til almen praksis
Rehabilitering	<p>Rehabilitering for kronisk syge (kræft, hjertekarsygdom, diabetes, KOL) er afgørende for borgerens helbred og livskvalitet. Hovedparten af indsatserne kan ske i kommunalt regi.</p> <p>Et rehabiliteringstilbud vil typisk omfatte individuel tilrettelæggelse af sygepleje og behandling, patientinformation og undervisning, fysisk træning, støtte til livsstilsændringer – rygestop og kostomlægning – psykosocial støtte, optimering af medicinsk behandling, risikofaktorkontrol og klinisk opfølgning.</p>	Forebyggelsessamtaler ift. kroniske sygdomme.
Patientuddannelse	Sygdomsspecifik patientuddannelse er en del af rehabiliteringsforløbene. Dertil en generel "uddannelse" med det formål at styrke kroniske patienters ressourcer til egenomsorg og håndtering af hverdagen.	
Forløbskoordinatorer	Særligt sårbare patienter – eksempelvis med svær kronisk sygdom, flere krævede kroniske sygdomme, flere sociale problemstillinger og svage personlige og sociale ressourcer – kan have behov for at få tilknyttet én person, som koordinerer kontakten til det samlede sundhedsvæsen og følger borgeren.	Tovholder ift. særligt sårbare patienter, der normalt er krævede i praksis.
Livsstilsintervention	<p>Konkrete tilbud der retter sig mod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fed og usund kost • Rygning • Alkoholmisbrug • For lidt motion <p>(kaldes også KRAM-faktorerne)</p> <p>Livsstilsamtaler med henblik på afdækning af motivation, udarbejdelse af handleplaner og kursusforløb ift. livsstilsændringer med kostvejledning, motion og rygestop.</p>	<p>Motiverende samtaler</p> <p>Kostvejledning</p> <p>Vægtkontrol</p> <p>Rygestopkurser</p>
Specialsygepleje klinikker	<p>I den kommunale hjemmesygepleje er der basis for at have en række specialsygeplejersker med særlig viden indenfor en række kroniske sygdomme fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjertesygdom • Diabetes • Lungesygdom • Sår • Inkontinens • Gigttildelser • Sundhedspleje / børn • Demens 	
Indsats ift. sygemeldte	<p>Fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet.</p> <p>Stress og depression er årsag til mange sygemeldinger. For disse sygdomsgrupper er det vigtigt at nedsætte tilbagevendingsstiden til arbejdsmarkedet, eller alternativt give et støttende tilbud før den langvarige sygemelding – evt. under deltidssygemelding.</p>	

7. Spørgeskemaundersøgelse

Dette kapitel er en sammenfatning af en spørgeskemaundersøgelse om udfordringerne med rekruttering og fastholdelse hos de almen praktiserende læger i Region Sjælland. Undersøgelsen blev gennemført i perioden december og januar 2007/2008 og blev sendt ud til 507 af de praktiserende læger i Region Sjælland. Af de adspurgte svarede 332 eller 60 %.

Nedenfor sammenfattes de overordnede udsagn fra respondenterne. De er sat i forhold til de temaer, der er fremherskende i Regionen i relation til de almen praktiserende læger. Optælling af spørgeskemaundersøgelsen kan læses i bilag 1.

Rekruttering og fastholdelse

Undersøgelsen peger i retning af, at arbejdspress, stress og vagtordningen er et gennemgående tema i forhold til fastholdelses- og rekrutteringsproblemer. Næsten 50 % af respondenterne mener, at deres arbejdstid er for lang. Størstedelen i aldersgruppen 50-59 år. Det skal dog i den forbindelse nævnes, at der er en overrepræsentation af netop denne aldersgruppe i forhold til de svar, der er modtaget. Mange respondenter mener, at en indførelse af seniorordning/delepraksis og vagtfritagelse ville få flere af de ældre læger til at blive længere i praksis. Samtidig vil mere fleksible vilkår være en måde at tiltrække de yngre læger på. Efteruddannelsesmulighederne nævnes ligeledes som et vigtigt indsatsområde i forhold til rekruttering, og der er ifølge respondenterne plads til store forbedringer på det område.

Sammenhængende patientforløb

Et gennemgående træk i undersøgelsen er ønsket om et mere sammenhængende patientforløb. I forhold til hjemmeplejen ønskes et mere effektivt samarbejde. Der ønskes et bedre uddannet personale således, at antallet af hjemmebesøg kan begrænses. Lægerne ønsker ikke at være mellemlid mellem hjemmepleje, sygehus og kommune, og meget spildtid kan undgås ved en forbedring af kommunikationen.

Der appelleres ligeledes til, at sygehusene i højere grad »afslutter« behandling af deres patienter og sender epikriser ud til de praktiserende læger. Læ-

gerne bruger for meget tid på at forklare diagnoser og efterbehandling til deres patienter.

Spørgeskemaundersøgelsen giver et øjebliksbillede af, hvordan de almen praktiserende læger ser deres situation, men der kan være store lokale forskelle på, hvordan samarbejdet med kommuner og hjemmepleje fungerer.

Lægecentre

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at et flertal af lægerne ønsker de faciliteter som et lægecenter kan tilbyde. Ifølge respondenternes svar ligger fremtiden i større klinikker i samarbejde med flere læger og andre faggrupper. Der er fra lægernes side et stort ønske om at flytte rutineundersøgelser og rutineopgaver til andre faggrupper og på den måde få frigjort flere ressourcer. Mange peger i den forbindelse på, at årsagen til at der ikke er ansat hjælpepersonale eller andre faggrupper er pladsmangel i de enkelte klinikker. Pladsmangel nævnes ligeledes som overvejende grund til, at flere ikke fungerer som tutorlæger.

Det skal nævnes, at konklusionen er begrænset af, at kun 27 % af respondenterne er sololæger.

Samarbejde

Samarbejdet mellem region, kommuner og de praktiserende læger kunne ifølge respondenterne blive bedre. Regionen ses fx ofte som en »modstander« snarere end en »medspiller« og lægerne oplever, at Regionen ikke har forståelse for arbejdsvilkår og faglig udvikling. De adspurgte fremhæver ligeledes, at patienternes psykosociale problemer er meget tidskrævende, og at kommunerne sammen med Regionen har en rolle at spille i forhold til at flytte opgaverne til de rette faggrupper.

Som del af planen for almen praksis skal der også udarbejdes en rekrutterings- og fastholdelsesplan. Den skal revideres hvert år grundet den store udfordring, som almen praksis står overfor i forhold til en sikring af lægedækningen. Første rekrutterings- og fastholdelsesplan blev udarbejdet i 2007, og i afsnit 8.1 oplistes det reviderede forslag til initiativer i handleplanen.

Den består af en bred vifte af forslag, som kan tages i anvendelse. Det er ikke altid muligt at forudsige, hvilke incitamentersom skal udfoldes et givent sted, da det afhænger af den konkrete situation og de lokale muligheder.

Hvis udgangspunktet er Sundhedsstyrelsens lægeprognose, vil der i Regionen i gennemsnit være 10-11 lægestillinger, som ikke kan genbesættes årligt frem til 2010. Prognosen bygger på nogle meget overordnede tal og en antagelse om, at lægemanglen fordeler sig jævnt i landet. Det vil dog næppe være korrekt, da erfaringerne allerede nu viser, at det specielt er yderkantsområderne, som rammes hårdt. Det er derfor indbygget i handleplanen, at det er nødvendigt med incitamentersom til at understøtte lægerne med at få afhændet deres praksis eller fastholde dem et par år længere. Der bør ikke alene fokuseres på at rekruttere 11 nye læger til Regionen.

Et vigtigt princip er, at Regionen ikke arbejder med incitamentersom »hyldevarer«, der udløses automatisk efter objektive kriterier, men at det i hvert enkelt tilfælde overvejes nøje, hvad der konkret er brug for. Samtidig må der tages forbehold for ændringer af vilkår i den kommende landsoverenskomst, idet der gøres opmærksom på, at Regionen er nødsaget til at handle på trods af viden om, at overenskomstforhandlingerne måske vil løse problemerne med lægemangel fra og med 2010.

8.1. Revideret handleplan

Lægecentre

For at sikre lægedækningen i Regionen anbefales det, at der arbejdes videre med etablering af lægecentre med 3-6 læger, hvor nye moderne og effektive

organisationsformer kan tages i anvendelse. Tanken er, at læger udfører lægearbejde, og at der på den måde sker en opgaveflytning og prioritering, således at lægernes arbejdsfunktioner målrettes det særligt lægefaglige arbejde. Derved kan flere patienter få en effektiv behandling.

Sygeplejersker, laboranter, sekretærer eller andet sundhedsfagligt personale kan dermed udføre sundhedsfagligt arbejde superviseret af den praktiserende læge med henblik på at skabe en synergieffekt og understøttelse af lægens opgaver.

Udover hjælpepersonale bør administrative opgaver og fælles IT være med til at løse lægelige opgaver på en mere hensigtsmæssig måde.

Der bør være synlige fordele ved at arbejde under fælles tag i et sundhedsfagligt miljø og skabes mulighed for, at lægerne kan udfolde særlige interesseområder. Desuden vil ældre læger have mulighed for at supervisere yngre kolleger, og der kan skabes et miljø for uddannelse af yngre læger til almen praksis.

Uddannelse til praksis

Med henblik på at gøre Region Sjælland til en god uddannelsesregion anbefales det, at der samarbejdes med sygehusene om at sikre høj kvalitet i uddannelsen, såvel i primær som sekundærsektor.

Det vurderes, at det pt. ikke er muligt at øge antallet af uddannelsesstillinger, da det er vanskeligt at udnytte den eksisterende kapacitet. Projektgruppen anbefaler derfor, at der arbejdes for at udnytte de uddannelsespladser, som pt. eksisterer optimalt, så stillingerne hele tiden er under besættelse. Der bør også arbejdes på at imødekomme uddannelseslægenes livssituation. Det er vigtigt med et godt førstehåndstryk af Regionen, da det giver et godt renommé på medicinstudiet. Det er også vigtigt, at der er kvalitet i videreuddannelsen som speciallæge i almen medicin, og at uddannelsen faciliteres af regionale temadage for uddannelseslægerne, dannelse af netværk til supervision, IT-netværk og uddannelseskoordinatorernes arbejde.

Set i lyset af ovennævnte anbefales det, at der arbejdes videre med Sundhedsstyrelsens tanker om »fast track-forløb«, hvor de yngre læger er sikret

turnus, introduktionsstilling og uddannelsesstilling i forlængelse af hinanden. Tanken er, at de yngre læger nemmere vil kunne flytte med hele familien, når de på den måde er sikret uddannelse og ansættelse i mange år frem.

Region Sjælland konkurrerer i dag med hovedstadsområdet og Fyn om de yngre læger. Både på Fyn og i hovedstaden er der universitetshospitaler og dermed et fagligt forskningsmiljø, som tiltrækker mange unge. Regionen skal forsøge at blive tilknyttet de store forskningsenheder i Odense og i hovedstaden således, at der etableres et fagligt miljø i Regionen.

Praksisdesign

Der bliver behov for at ændre organisationsformer i praksis, hvis praksis i fremtiden skal kunne løse de mangeartede opgaver samtidig med, at sektoren bliver presset i forhold til manglende lægeressourcer.

For at understøtte denne udvikling foreslås ansat en praksisdriftskonsulent, som skal hjælpe lægerne med at opnå så effektiv en praksisdrift som muligt. Bl.a. hvad angår brug af edb, tilrettelæggelse af arbejdsgange og brug af klinikpersonale. Målet er at hjælpe mere erfarne læger i at optimere praksisdrift og understøtte læger i at indgå i større lægefællesskaber.

I forhold til nynedsatte læger er formålet at afhjælpe den usikkerhed yngre læger kan have ved at opstarte egen virksomhed, hvorfor det skal det være muligt for lægen at få hjælp og støtte fra en konsulent. Hjælpen kunne eksempelvis ydes ved støtte til at udforme annoncer, skrive ansættelsespapirer, regnskabsføring mv. Alle læger i Regionen skal kunne trække på ordningen inden for en given ramme.

Herudover foreslås etableret et pilotprojekt med fokus på nye organisationsformer. Projektet søges delvis finansieret via fundraising i samarbejde med PLO.

Klinikpersonale

Med lægemanglen in mente vil det blive væsentligt at forbeholde lægens tid for strengt lægefagligt arbejde, således at der sker en glidning af opgaver fra lægen til sygeplejerske, diætist, sekretær, praksismanager

eller andre. Sammenlignet med udlandet har den almen praktiserende læge i Danmark betydeligt færre klinikmedarbejdere ansat, hvilket blandt andet har betydning for det antal patienter, lægen kan tilse.

Klinikpersonale kan dels bruges til at øge kapaciteten i praksis. Dels til aflastning af ældre læger med henblik på, at kapaciteten ikke falder.

Det anbefales, at tilskud til klinikpersonale primært målrettes læger i de sårbare indsatsområder, som overtager patienter fra praksis, der ikke kan overdrages til anden læge. Eller gives til ældre læger med henblik på at fastholde dem et par år længere. Tilskuddet skal anvendes til brug af klinikpersonale, så lægerne reelt aflastes og patienttallet fastholdes.

Udenlandske læger

Som et led i løsningen på problemet med lægemangel kan der rekrutteres udenlandske læger. Der er allerede rekrutteret 3 polske læger - en til speciallægepraksis, og to til almen praksis og erfaringerne på området har været gode. Det skal nævnes, at der er udfordringer forbundet med udenlandsk rekruttering i forhold til sprog, kultur samt integration af lægernes familier, og der skal afsættes væsentlige administrative og økonomiske ressourcer til rekruttering og integration. Det anbefales derfor, at der inden for de økonomiske rammer dannes et tværsektorielt integrationsforløb for lægerne og deres familier med henblik på fastholdelse.

Det anbefales, at der rekrutteres læger fra EU-lande grundet de store krav til sprog og kulturforståelse, der stilles til den praktiserende læges nære kontakt til patienter og omgivelser. Endvidere anbefales det, at de primære indsatsområder bliver Lolland-Falster og Odsherred.

IT-netværk

Både i større sundhedscentre, lægehuse og lignende hvor flere praktiserende læger har til huse samt i områder med flere sololæger kan et IT-netværk være til støtte ved aflastning under blandt andet ferie og sygdom. Igennem IT-netværket skal det være muligt at tilgå hinandens patientjournaler.

Det anbefales, at tilskud til IT-netværk målrettes læger, som flytter fra mindre praksis ind i større lægehuse eller sundhedscentre i indsatsområderne. Derudover kunne tilskuddet gives for at fastholde ældre læger på 62 år eller derover i indsatsområderne med henblik på at aflaste dem, og fastholde dem et par år længere.

Arbejdsplads for uddannelsessøgende læge

For at motivere de praktiserende læger til at ansætte uddannelsessøgende læger og for at kunne rekruttere yngre læger til et område, kan Regionen yde tilskud til etablering af en arbejdsplads for uddannelsessøgende læger.

Det anbefales, at tilskuddet ydes til læger i indsatsområderne i form af støtte til indkøb af møbler og udstyr samt eventuelt lokaleleje.

Lægeboliger til yngre læger

Det er vurderingen, at gode og attraktive lægeboliger er med til at gøre Region Sjælland attraktivt at nedsætte sig i. I overenskomsten for yngre læger er sygehusmyndighederne forpligtet til at fastholde et vist antal lægeboliger. Det anbefales, at disse boliger til stadighed er attraktive for de yngre læger og udbudt i passende antal og eventuelt indgår som en del af lønnen.

8.2. Lægemangel

I dette afsnit udpeges sårbare områder i Regionen med henblik på særlig indsats samt overordnede forslag til geografisk placering af ledige ydernumre i kommunerne i Region Sjælland.

Det er vanskeligt at udpege de områder, som konkret vil blive ramt af lægemanglen i løbet af de næste år. Men da man ved, at nogle områder vil blive ramt, er det vigtigt at have en strategi for, hvordan Regionen skal koncentrere sin indsats, når lægemanglen viser sig. Det betyder, at Regionen ikke vil forsøge at redde enhver praksis, hvis eksistens er truet, men kun gå ind med målrettet indsats over for på forhånd udpegede områder.

Det er således nødvendigt at fastlægge kriterier for, hvorledes den fremtidige lægedækning i Regionen skal prioriteres.

Allerede på nuværende tidspunkt er der flere områder i Regionen, hvortil det er vanskeligt at rekruttere praktiserende læger, og hvor det er svært for de praktiserende læger at sælge deres praksis. Det anbefales derfor, at der prioriteres i forhold til placering af ledige/ledigblevne praksis således, at alle borgere i Regionen kan tilknyttes en praktiserende læge inden for en overkommelig afstand. En sådan prioritering kan medføre, at nogle borgere får mere end 15 km til nærmeste læge. Det betyder, at problemet må inddrages i forhandlingerne med de læger, det handler om – med mindre det løses via landsoverenskomsten.

Det er i den forbindelse væsentligt at påpege, at der ikke er tale om at nedlægge eksisterende og velfungerende praksis, men det er vigtigt, at der udpeges områder, hvortil ubesatte lægepraksis kan flyttes til ved ledighed.

I tilfælde af at en situation opstår, hvor en praksis ikke kan besættes, tager Samarbejdsudvalget for Almen Praksis stilling til, hvortil det ubesættelige ydernummer skal flyttes. Der tages udgangspunkt i, at det fortrinsvis er hovedbyen/hovedbyerne i områderne der prioriteres i forhold til placeringen under hensyntagen til mulighederne for rekruttering. Samtidig skal der tages hensyn til, at der uden for hovedbyerne i særlige udkantsområder kan være et behov for etablering af solo- eller satellitpraksis.

Udgangspunktet er, at det bæredygtige område i forhold til rekruttering bør kunne have plads til en praksis med minimum 3-4 fuldtidslæger, og at der i videst muligt omfang tages udgangspunkt i eksisterende forhold – herunder eksisterende kommunale/regionale bygninger. Endvidere skal der ske en geografisk spredning, tages hensyn til befolkningstilvæksten samt tages hensyn til gode offentlige og private transportmuligheder. Desuden skal det indtænkes, at der skal være en fortsat mulighed for rekruttering af læger i de pågældende områder.

Der er allerede udpeget byer i Regionen, som anses for særligt sårbare i forhold til lægedækningen. Det skønnes dog allerede nu nødvendigt at udbrede de

sårbarhedsområder, så de dækker større geografiske områder, hvor der er problemer.

De særligt sårbare områder er defineret som følgende:

- Lolland kommune
- Guldborgsund kommune
- Odsherred kommune
- Kalundborg kommune
- Stege/Møn området

Der er taget hul på en drøftelse med kommunerne om placeringer af eventuelle ledige ydernumre.

I bilag 2 findes en oversigt over den nuværende lægedækning i kommunerne samt en kort beskrivelse af kommunerne.

I forbindelse med gennemgang af kommunerne er de kommunale lokalplaner blevet afdækket for at vurdere, om der er noget til hinder for, at almen praktiserende læger, kan etablere sig i større praksisfællesskaber i lejemaal i gadeplan og i boligområde.

De overordnede tendenser i lokalplanerne er, at de større byer har begrænsninger i forhold til etablering af liberalt erhverv i gadeplan i bymidte / hovedgader. Derimod er der i mindre byer og i de områder, hvor man allerede i dag oplever lægemangel ikke de samme restriktioner. En samlet oversigt findes i bilag 3.

9. Praktiske politikker

9.1. Praksisområder

Formålet med definering af praksisområder er at afgrænse geografiske områder i forhold til nedsættelse af nye ydernumre med henblik på at sikre lægedækningen i kommunerne. Hidtil har praksisområderne været opdelt på de gamle kommunegrænser, men nu anbefales det, at man i stedet benytter de nye kommunegrænser for at kunne trække det nødvendigt statistiske materiale, der danner grundlag for vurdering af nedsættelsen af ydernumrene.

Grundet kommunernes størrelse kan det dog være vanskeligt at pege på, hvor et ydernummer skal placeres. Derfor anbefaler projektgruppen, at Samarbejdsudvalget konkret vurderer og afgrænser, hvor et eventuelt nyt ydernummer skal placeres.

2.2. Lægedækning

Hvert år skal Samarbejdsudvalget for Almen Praksis jfr. Landsoverenskomstens § 15 drøfte antallet af praktiserende læger i Regionen, og Regionen skal derefter inden udgangen af december træffe beslutning om antallet af læger. Samarbejdsudvalget for Almen Praksis beslutter, i hvilket område i Regionen nedsættelserne skal ske.

Følgende forhold tages i betragtning, når antallet af læger fastlægges:

- Udviklingen i gruppe 1- og gruppe 2-sikrede i forhold til 1. oktober 2005
- Udviklingen i arbejdsmængde
- Øvrige forhold. Det kan blandt andet være konsulentstillinger i Regionen, forskningsarbejde, kommunale ansættelser, deltagelse i råd og nævn af faglig relevans, anden offentlig lægelig beskæftigelse, anvendelse af hjælpepersonale, anvendelse af vikarer, vagtbelastningen, tutorlægefunktionen, rationaliseringer - herunder følger af beslutningen om at arbejde målrettet med etablering af lægecentre

Landsoverenskomstens regler indebærer, at de eksisterende praksis i det område, hvor en nedsættelse

skal ske, har fortrinsret til en ny praksis. Det vil sige til at optage en ny læge i kompagniskabet. I tilfælde af at ingen læger ønsker at udvide praksis med en kompagnon, skal ydernummeret opslås ledigt. Den ansøger, som udvælges af Samarbejdsudvalget, har ret til at nedsætte sig inden for det geografiske område, som han/hun ønsker.

Der er for tiden et ønske om at etablere store lægepraksis i udvalgte geografiske lokaliteter i konsekvens af almen praksis udviklingsbehov og lægemanglen. Regelsættet i Landsoverenskomsten betyder, at nye læger ikke kan nedsætte sig i et etableret eller kommende lægecenter, uden at det sker efter aftale med lægerne i området.

Projektgruppen anbefaler, at Samarbejdsudvalget for Almen Praksis aftaler en politik i form af en aftale ud over Landsoverenskomstens § 2-aftale. Den skal sikre, at nye læger kommer til at praktisere fra de mest hensigtsmæssige lokaliteter i forhold til at give alle Regionens borgere et tilstrækkeligt og kvalificeret lægetilbud.

2.2. § 100-politik

Landsoverenskomstens § 100 fastsætter kontrolregler for lægers aktivitets- og serviceniveau i forhold til udgifterne til:

- De samlede basis- og ydelseshonorarer
- Konsultationer vedrørende egne tilmeldte
- Laboratorieanalyser vedrørende egne tilmeldte

Hvis en læge overskrider overenskomstbestemte grænser i forhold til regionsgennemsnittet, kan Samarbejdsudvalget efter undersøgelse af sagen skride ind med sanktioner over for lægen.

Bestemmelsen hviler på en betragtning om, at almen praksis er en ensartet størrelse. Derfor anses det gennemsnitlige aktivitetsniveau for at være lig *det rigtige aktivitetsniveau*.

Imidlertid er denne betragtning næppe holdbar i en tid, hvor der arbejdes mod at etablere større praksis med en bred og differentieret opgaveportefølje sam-

tidig med, at der stadig eksisterer små praksis uden praksispersonale og udstyr.

Der er derfor behov for en politik for, hvordan § 100 skal forvaltes. Læger vil vægre sig ved at styrke tilgængeligheden til praksis ved at antage mere praksispersonale og investere i bedre lokaler og faciliteter, hvis de risikerer at blive mødt af højestegrænser og tilbagebetalingskrav senere. Der må med andre ord sikres en vis økonomisk forudsigelighed for ikke at skabe barrierer for lægernes investeringslyst.

Projektgruppen anbefaler, at Samarbejdsudvalget for Almen Praksis i enhver vurdering af afvigende ydelsesmønstre, holder afvigelsen op mod praksis. Så vidt muligt bør det dokumenterede service- og kvalitetsniveau fremme tilgængelighed, service og kvalitet i forhold til borgerne/patienterne.

2.2. Delepraksis

Et væsentligt element i rekrutterings- og fastholdelsespolitikken er muligheden for at få let adgang til delepraksis. På den ene side virker det som et rekrutterings- og fastholdelsesmiddel, fordi det skaber fleksibilitet i arbejdslivet at kunne arbejde på deltid. På den anden side virker det også modsat. En let adgang til delepraksis vil gøre, at en stor del af nytilgangen til praksis vil opsluges af delepraksis, når delepraksisstatus lukker for tilgang af patienter. Det har betydning i en lægemangelsituation, fordi arbejdsbelastningen for de øvrige læger bliver så meget større. Derved risikerer man en hurtigere tilbagetrækning fra praksis.

Der må derfor findes en gylden middelvej for tildeling af delepraksis som tilgodeser presserende behov for aflastning uden at skævvride hele lægepopulationen. En situation med for mange delepraksis med god tid til patienterne og få praksis med mange patienter uden den fornødne tid til god patientservice er ikke ønskelig.

Samarbejdsudvalget for Almen Praksis' adgang til at bevilge delepraksis begrænses ikke væsentligt af overenskomsten. Den levner mulighed for at bevilge delepraksis på grund af alder, svagelighed, aflastning,

rekruttering, fastholdelse, andet arbejde, familiemæssige grunde, forberedelse af generationsskifte eller andre årsager af betydning for den enkelte læge.

Den gyldne middelvej skal således findes af Samarbejdsudvalget for Almen Praksis selv.

Projektgruppen anbefaler, at følgende kriterier skal danne grundlag for bevilling af delepraksis i Region Sjælland, idet enhver ansøgning dog underkastes en konkret vurdering:

- Alder over 60 år
- Forberedelse af generationsskifte
- Dokumentere svagelighed
- Bibeskæftigelse i social- og sundhedssektoren/fagligt arbejde/ forskning i mere end 8 timer ugentlig
- Patientskare præget af tunge sociale problemstillinger

Da let adgang til delepraksis er et rekrutteringsparameter, og Regionen befinder sig i en konkurrencesituation, vil det ikke være attraktivt for Regionen at have mindre liberale delepraksiskriterier end andre regioner. Derfor vil såvel lægerne som Regionen forsøge at påvirke de regioner, vi er i konkurrence med at vedtage ovennævnte kriterier. Indtil der ad denne vej er tilvejebragt bredere enighed om kriterierne for adgang til delepraksis, administreres ordningen i Region Sjælland, så delepolitikken ikke står i vejen for rekruttering af læger.

2.2. Ekstraordinær åbning og lukning for tilgang

Efter Landsoverenskomsten har en praksis ret til at få lukket for yderligere patienttilgang, når praksis har mere end 1.600 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. læge. Praksis åbnes automatisk for tilgang igen, når antallet af gruppe 1-sikrede er faldet til 1.475 gruppe 1-sikrede pr. læge. En praksis, der har mere end 2.542 gruppe 1-sikrede tilmeldt pr. læge får automatisk lukket for tilgang.

Efter overenskomsten kan Samarbejdsudvalget for Almen Praksis bevilge lukning ved et lavere tal end overenskomstens – dog ikke lavere end 538 – når *særlige grunde* foreligger. Samarbejdsudvalget kan

beslutte at ligestille en stor andel af gruppe 2-sikrede i praksis og arbejde som kommunelæge, bedriftslæge eller tilsvarende med praksisstørrelse på mere end 1.600 gruppe 1-sikrede pr. læge. Derved kan praksis lukkes for tilgang.

Overenskomsten angiver ikke, hvad ordlyden *særlige grunde* dækker, udover en bemærkning om, at ansøgning om lukning fra læger over 60 år, så vidt muligt bør imødekommes.

Projektgruppen anbefaler, at følgende kriterier skal danne grundlag for bevilling af lukning for tilgang ved et lavere tal end 1.600 gruppe 1-sikrede pr. læge i praksis.

- Alder over 60 år
- Dokumentation af svagelighed overfor formand og næstformand
- Bibeskæftigelse i den offentlige social- og sundhedssektor/fagligt arbejde/forskning i mere end 8 timer ugentlig
- Patientskare præget af tunge sociale problemstillinger

Der skal normalt ikke gives tilladelse til lukning ved et lavere tal end 1.300 gruppe 1-sikrede pr. læge. Praksis genåbnes ved 1.200 for atter at lukkes igen ved 1.400 gruppe 1-sikrede pr. læge.

Hvis en kompagniskabspraksis søger lukning på grundlag af én læges alder eller svagelighed, bevilger Samarbejdsudvalget for Almen Praksis lukningen således, at den læge, det drejer sig om, får fx 1.300 gruppe 1-sikrede og de øvrige læger i kompagniskabet hver 1.600 gruppe 1-sikrede pr. læge.

Bevilling af såvel delepraksis som lukning ved et lavere tal end overenskomstens skal altid respektere, at patienternes mulighed for at vælge læge ikke må forringes i urimelig grad. Selektiv lukning – dvs. lukning, der undtager et bestemt geografisk område eller nyttilflyttere til et område - kan anvendes i sådanne tilfælde.

Der kan dog opstå situationer, hvor alle læger i et område har lukket for tilgang, og hvor det kan være nødvendigt at indføre selektiv åbning som en god service over for borgerne.

9.6. Flytning af praksis

Efter Landsoverenskomsten skal læger, der ønsker at flytte praksis på forhånd indhente Samarbejdsudvalget for Almen Praksis' godkendelse. Denne skal altid meddeles med mindre flytningen strider mod praksisplanens forudsætninger.

Projektgruppen anbefaler, at der administrativt kan meddeles godkendelse af flytning af praksis inden for nærområdet, når flytningen ikke forringer patienternes muligheder for at komme til praksis med offentlige transportmidler. Flytningen må heller ikke forringe bevægelseshæmmedes adgang til praksis.

Såfremt administrativ bevilling ikke kan gives efter ovennævnte kriterier, forelægges sagen for Samarbejdsudvalget for Almen Praksis til afgørelse.

Bilag 1

Spørgeskemaundersøgelsens resultater

Nedenfor gennemgås resultaterne af den spørgeskemaundersøgelse, som er gennemført på baggrund af rekruttering og fastholdelsesudfordringerne af de almen praktiserende læger i Region Sjælland. Undersøgelsen blev gennemført i perioden december og januar 2007/2008 og blev sendt ud til 507 af de praktiserende læger i Region Sjælland. Det skal nævnes, at mailadresser på de resterende 23 læger ikke fungerede. Af de adspurgte læger indsendte 332 eller 60 % af respondenterne deres svar.

Da der kun var 60 % af respondenterne, som besvarede spørgeskemaundersøgelsen, vil der være en begrænsning i validiteten af resultaterne.

I undersøgelsen er der både stillet **lukkede og åbne spørgsmål**. De **lukkede spørgsmål** giver ikke respondenterne mulighed for at begrunde deres svar, mens de **åbne spørgsmål** har givet respondenterne mulighed for at uddybe deres svar.

Bilaget er delt op i en analyse af de lukkede og åbne spørgsmål separat. De lukkede spørgsmål sammenfattes i temaer, og de åbne spørgsmål vil blive gennemgået separat i den sidste del af bilaget. Afslutningsvis opsummeres undersøgelsens konklusioner i relation til Regionens indsatsområder på almen praksis området.

Lukkede spørgsmål

Fakta vedr. respondenterne

Af respondenterne var 65,4 % mænd og 34,6 % kvinder, og den højeste svarprocent var i aldersgrupperne 50-54 og 55-59 år. Det højeste antal respondenter har praksis i Roskilde, og 64,4 % af alle respondenterne havde bypraksis – mere end 5.000 indbyggere.

Praksisform og mobilitet

De fleste respondenter indgår i kompagniskab med andre læger, og næsten 60 % af respondenterne ønsker ikke en ændring i antallet af læger i deres praksis inden for de næste fem år. Af de 44 % der ønsker en ændring i antallet af læger, ønsker 60 %, at udvidelsen skal ske med en delelæge/amanuensis.

I forhold til om respondenterne havde planer om at indgå i en ny praksisform, svarede 84 % at de helst ville indgå i samarbejdspraksis.

78,6 % af respondenterne havde ikke planer om at flytte praksis, men af de 21,4 % der havde flytteplaner ville næsten 90 % flytte til større lokaler i samme by. Der var dog 4 % af respondenterne, der ønskede at flytte fra by til land.

Tutorlæger

61,2 % af respondenterne er tutorlæger og næsten 50 % af de respondenter, der ikke fungerer som tutorlæger, nævner pladsproblemer som overvejende grund hertil.

Ophør som praktiserende læge

18,3 % af respondenterne har aktuelle planer om at holde op som praktiserende læge inden for de næste tre år, og af dem har 24,4 % allerede taget beslutning om at holde op. Forventningen om at trække sig tilbage ligger spredt ud over en 10-årig periode, men næsten 16 % forventer at ophøre i 2012. Grunde til at trække sig tilbage er for 47 % vedkommende pga. alder, og for 54,5 % vedkommende fordi arbejdet er for stressende/belastende. 26 % ønsker at trække sig tilbage af helbredsmæssige årsager (respondenterne kunne her angive flere svarmuligheder).

Adspurgt om man ville fortsætte lægeligt arbejde efter ophør i praksis svarer 36 %, at de vil påtage sig vikarbejde i almen praksis, og 26 % vil arbejde i udlandet. 34 % svarede »ved ikke« (her kunne der ligeledes angives flere svarmuligheder).

Fastholdelse

I forhold til hvilke faktorer der kunne have betydning for at ville blive i praksis længere, end man regner med, svarer respondenterne, at faktorer som mulighed for aflastning, fritagelse for vagtarbejde, kortere arbejdstid og mulighed for at arbejde på nedsat tid har størst betydning for at ville blive længere i praksis.

Arbejdstid

I forhold til en vurdering af arbejdstiden svarer 50,5 % at den er passende, og 48,9 % af respondenterne mener, den er for lang.

I forhold til respondenternes alder er det i gruppen af 50-54 og 55-59-årige, hvor flest mener, at arbejdstiden er for lang.

45,5 % af de adspurgte siger nej til aflastning af en deltidsvikar i dagligdagen, og 42,4 % ønsker ikke at ansætte en læge i deres praksis (amanuensis).

I forhold til hvor mange timer den enkelte læge ønsker at blive aflastet for, svarer 55,4 %, at de ønsker aflastning 1 dag om ugen. I relation til respondenternes alder er det de 50-54 og 55-59-årige der i højest grad ønsker ½ dags eller 1 dags aflastning.

Fremtiden

I spørgsmålet om hvilke elementer respondenterne mener, der skal præge fremtiden, er det i overvejende grad hjælpepersonale, større klinikker og praksis i centre med andre faggrupper, som man ikke selv har ansat, respondenterne foretrækker.

Ansættelse af personale/faggrupper

Ved spørgsmål om ansættelse af personale/faggrupper i praksis svarer 81 % af respondenterne, at de har ansat sekretær, 74 % har ansat sygeplejerske, 26 % har ansat bioanalytiker, og 68,6 % har ansat en rengøringsassistent. I forhold til ansættelse af rengøringspersonale kan svarprocenten skyldes, at nogle læger har rengøringselskaber til at gøre rent for sig. 62 % af respondenterne svarer, at pladsproblemer er årsag til ikke at ansætte yderligere personale. De resterende angiver administrativt besvær og dårlig økonomi som årsag til ikke at ansætte mere personale.

I forhold til respondenternes alder er det de 50-54 og 55-59-årige, der har mest hjælpepersonale ansat.

Leje af lokaler

I spørgsmålet om hvorvidt respondenterne vil være interesseret i at leje velegnede lokaler af region/kommune på markedsvilkår svarer 58,1 % nej og 41,9 % siger ja.

Åbne spørgsmål

Her omtales spørgsmålene og de gennemgående tendenser i besvarelsene.

1. Hvilke opgaver kan flyttes fra dig som praktiserende læge til andre faggrupper fx sygeplejersker, diætist, sekretær, sundhedsplejerske, hjemmeplejen, praktiserende speciallæge, sygehushæger, kommune? Anfør hvilke opgaver der kan flyttes til hvilken/hvilke faggrupper?

Sygeplejersker

Det er en gennemgående tendens, at man ønsker visse rutineundersøgelser og rutinebehandlinger lagt ud til sygeplejersker. Det drejer sig om følgende:

- Børneundersøgelser
- Kontrol af blodtryk
- Sårbehandling, herunder fjernelse af suturer
- KOL forebyggelsessamtaler
- Generel kronikerkontrol (astma, diabetes.....)
- Vaccinationer
- Injektioner
- Blodprøvetagning
- Svangrekontrol, herunder papirarbejde
- Podninger
- INR
- Allergitest
- Motorattester
- Vægtkontrol
- Kostvejledning
- Rygestop

Diætister

Der er et generelt stort ønske om, at diætister overtager kostvejledning og vægtkontrol i forbindelse med overvægt/sygdom.

Hjemmepleje

Der efterlyses generelt et bedre uddannet personale i hjemmeplejen fx sygeplejersker i stedet for SOSU og hjemmehjælpere. Bedre uddannet personale vil lettere kunne vurdere, hvorvidt en borger har behov for lægehjælp, og det vil efterfølgende spare lægen for unødige hjemmebesøg. Alternativt en opkvalificering af eksisterende personale.

Samtidig efterlyses en generelt lettere arbejdsgang mellem hjemmeplejen og de praktiserende læger. Af eksempler kan nævnes:

- Kravet om at alle hjemmesygeplejeydelser skal gå igennem den praktiserende læge er spildtid.
- Spildtid i praksis på grund af, at praktiserende læge skal fungere som mellemlid i forhold til kommune og sygehus i forbindelse med anskaffelse af hjælpemidler og genoptræning af patienter.

Kommuner/forsikringselskaber

Der er et stort ønske om minimering af antallet af »meningsløse« attester. Det giver meget spildtid. Generelt skal administration minimeres. Måltrettet indsats på det område fra attestudvalget samt PLO efterlyses.

Sygehuse

Sygehuse skal blive bedre til at sende epikriser ud til de praktiserende læger til tiden, og generelt være bedre til at informere patienter om efterbehandling. Det er vanskeligt for de praktiserende læger at vejlede deres patienter, hvis de ikke på forhånd har modtaget epikrisen. Det giver spildtid i praksis, hvis sygehuse ikke i tilstrækkelig grad vejleder patienterne i forhold til diagnose.

Generelle tendenser

Generelt mener de praktiserende læger, at der går for meget tid med patienter med psykosociale problemer, sorg, trivselsproblemer og stress. Det er både tilfældet i forhold til børn og voksne patienter. Disse opgaver bør eksempelvis flyttes til skolerne, psykologer mv.

Generelt skal sygemeldinger og pensionsager flyttes fra de praktiserende læger.

Det nævnes af flere læger, at de rutinemæssige opgaver giver et »pusterum«, som kan være vanskeligt for lægen at undvære.

2. Hvilke faktorer anser du for at være de væsentligste for, at Region Sjælland fremover kan tiltrække læger, som ønsker at indgå i almen praksis?

Lægecentre/kompagniskab/delepraksis

Det er ifølge respondenterne vigtigt, at de praktiserende læger skal kunne indrette sig mere fleksibelt efter eget valg. Der nævnes følgende former for organisering i forhold til at tiltrække læger:

- Etablering af Sundhedscentre med hjælpepersonale
- Delepraksis
- Kompagniskab

Generelt nævnes det her, at mulighed for sparring i et inspirerende fagligt miljø er vigtigt i forhold til tiltrækning af praktiserende læger.

Ydre rammer

I forbindelse med etablering af almen praksis mener respondenterne generelt, at de ydre rammer er meget vigtige.

Nedenfor nævnes de hyppigste forslag til forbedringer.

- Generelt velegnede lokaler til større klinikker
- Mulighed for at »leje« velegnede lokaler
- Moderne udstyr
- Mulighed for betalte sundhedscentre, hvor lægerne ansættes og fritages for administrativt arbejde
- Hjælp til ansættelse af personale
- Praktisk hjælp til etablering af praksis
- Generel hjælp til at finde velegnede lokaler

Vagtordning

Der er et generelt stort ønske om en mere fleksibel vagtordning, hvor der evt. kan være mulighed for fritagelse for vagter.

Økonomi

Der ønskes en generelt bedre økonomi hos respondenterne fx i forhold til at gøre det mere rentabelt at ansætte ekstra personale.

Arbejdstider/arbejdspres

Respondenterne ønsker generelt bedre arbejdstider og mindre arbejdspress. Højest 37 timer pr. uge i alt. De der vil arbejde mere, skal have et økonomisk incitament til det.

Samtidig skal der være en klar aftale om at lukke patienttilgang ved 1.600. Desuden det skal være muligt at lukke ved et lavere antal patienter fx grundet alder eller nyetablering.

Familieforhold

En stor del af respondenterne mener, at der skal være øget fokus på familieforhold fx garanti for børnepasning, uddannelsesmuligheder, job til ægtefællen og god infrastruktur.

Socialt netværk

Et godt socialt og kollegialt netværk nævnes ligeledes som en vigtig motiveringsfaktor.

Efteruddannelse

Gode muligheder for efteruddannelse betegnes som en væsentlig faktor i forhold til at tiltrække praktiserende læger.

Uddannelsesstillinger

Gode uddannelsesforhold for yngre læger fx flere blokstillinger, DYNAMU, supervision, AMU og et engageret tutorlægekorp.

Sekundær sektor/speciallægedækning

Der skal generelt være et langt bedre samarbejde med sygehusene, hvor sygehusene i højere grad *gør deres arbejde færdigt*. Generelt er der et ønske om en højere kvalitet og større fleksibilitet i sygehusvæsenet.

Der skal være en god speciallægedækning til henvisning af patienter.

Samarbejde med Region og kommuner

Der efterspørges et bedre samarbejde mellem de praktiserende læger og offentlige myndigheder. Især i forhold til samarbejdet med Regionen ønskes forbedringer på følgende områder:

- Mangel på visioner i Regionen
- Regionen blokerer for tiltrækning af yngre læger
- Manglende lydhørhed overfor lægerne
- Tildeling af ydernummer når kandidaten er der og ikke når det passer Samarbejdsudvalget
- Mere imødekommenhed og ikke at blive set som »modstander«

3. Har du andre kommentarer til emnet rekruttering/fastholdelse af læger i Regionen?

Efteruddannelse

Efteruddannelse og kurser nævnes som stor motivationsfaktor i forhold til rekruttering og tiltrækning af yngre læger.

Seniorpolitik

Mange respondenter mener, at en fleksibel seniorpolitik vil kunne få flere læger til at fortsætte på arbejdsmarkedet. Her nævnes blandt andet økonomiske incitamenter og ikke mindst fritagelse for vagtordning som en gulerod.

Økonomi

Der er et generelt ønske om en bedring af økonomien. Følgende temaer nævnes:

- Økonomisk støtte til praksis
- Økonomisk støtte til ansættelse af ekstra personale
- Økonomiske incitamenter som gulerod
- Videre/efteruddannelse med fuld lønkomensation

Region og kommune

Mange respondenter mener, at Region Sjælland og kommunerne har et negativt forhold til de almen praktiserende læger. Især nævnes Regionen og de gamle amter. Eksempler på kommentarer fra lægerne, der er gentagende:

- »Regionens embedsmænd har totalt ødelagt vores ellers gode efteruddannelsesmuligheder«

- »Man har ikke styr på tingene i regionsadministrationen«
- »Regionen bør rette op på sit dårlige omdømme, så man får lyst til at fortsætte lidt endnu«
- »... Regionen har ikke noget godt ry, hvad angår samarbejde ... Det betyder, at mange ikke tror på, at Regionen reelt er indstillet på at hjælpe med den truende lægemangel ...»
- Flere respondenter peger på, at de er blevet afvist, hvis de er fremkommet med løsningsforslag på problemerne.

Delepraksis

Flere respondenter mener, at delepraksis er en løsningsmulighed.

Administrative byrder

Der er en generel negativ holdning til administrative byrder.

Vagtordning

Flere respondenter ønsker en mere fleksibel vagtordning, hvor man også kan vælge fritagelse for vagtordning.

Sammenfatning

Her bringes en sammenfatning af de overordnede udsagn fra respondenterne. De er sat i forhold til de temaer, der er fremherskende i Regionen for de almen praktiserende læger.

Rekruttering og fastholdelse

Undersøgelsen peger i retning af, at arbejdspress, stress og vagtordningen er et gennemgående tema i forhold til fastholdelses og rekrutteringsspørgsmål. Næsten 50 % af respondenterne mener, at deres arbejdstid er for lang og heraf er størstedelen i aldersgruppen 50-59 år. Det skal dog i den forbindelse nævnes, at der er en overrepræsentation af netop denne aldersgruppe i forhold til de svar, som er modtaget. Mange respondenter mener, at en indførelse af seniorordning/delepraksis og vagtfritagelse ville få flere af de ældre læger til at blive længere i praksis.

Samtidig vil mere fleksible vilkår være en måde at tiltrække de yngre læger på. Efteruddannelsesmulighederne nævnes ligeledes som et vigtigt indsatsområde i forhold til rekruttering. Ifølge respondenterne er der plads til store forbedringer på dette område.

Sammenhængende patientforløb

Et gennemgående træk i undersøgelsen er ønsket om et mere sammenhængende patientforløb. I forhold til hjemmeplejen ønskes et mere effektivt samarbejde. Der ønskes et bedre uddannet personale, således at antal af hjemmebesøg kan begrænses. Lægerne ønsker ikke at være mellemlid mellem hjemmepleje, sygehus og kommune, og meget spildtid kunne undgås ved en forbedring af kommunikationen.

Der appelleres ligeledes til, at sygehusene i højere grad »afslutter« behandlingen af deres patienter og sender epikriser ud til de praktiserende læger. Lægerne bruger for meget tid på at forklare diagnoser og efterbehandling til deres patienter.

Det skal dog i forhold til ovenstående nævnes, at spørgeskemaundersøgelsen giver et øjebliksbillede af, hvordan de almen praktiserende læger ser deres situation, og der kan være store lokale forskelle på, hvordan samarbejdet med kommuner og hjemmepleje fungerer.

Lægecentre

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at et flertal af lægerne ønsker de faciliteter, som et lægecenter kan tilbyde. Ifølge respondenternes svar ligger fremtiden i større klinikker i samarbejde med flere læger og andre faggrupper. Der er fra lægernes side et stort ønske om at flytte rutineundersøgelser og rutineopgaver til andre faggrupper og på den måde få frigjort flere ressourcer. Mange peger i den forbindelse på at årsagen til, at der ikke er ansat hjælpepersonale eller andre faggrupper, er pladmangel i de enkelte klinikker. Pladmangel nævnes ligeledes som overvejende grund til at flere ikke fungerer som tutorlæger.

Det skal nævnes, at konklusionen er begrænset af, at kun 27 % af respondenterne er sololæger.

Samarbejde mellem region, kommuner og læger

Samarbejdet mellem region, kommuner og de praktiserende læger kunne ifølge respondenterne blive meget bedre. Regionen ses fx ofte som en »modstander« snarere end en »medspiller«, og lægerne oplever, at

Regionen ikke har forståelse for arbejdsvilkår og faglig udvikling. De adspurgte fremhæver ligeledes, at patienternes psykosociale problemer er meget tidskrævende, og at kommunerne sammen med Regionen har en rolle i forhold til at få flyttet opgaverne til de rette faggrupper.

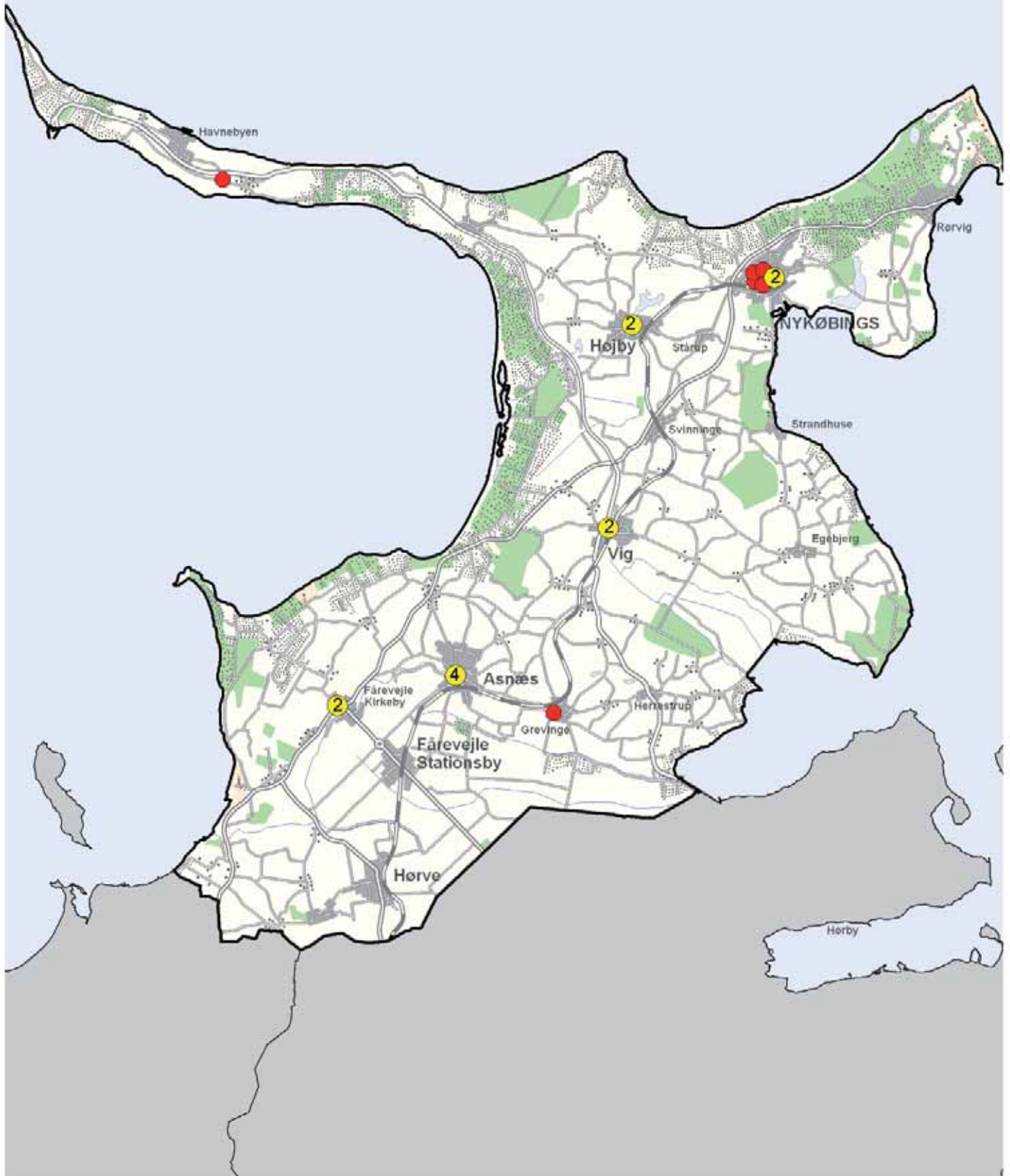
Bilag 2

Gennemgang af almen praksis og øvrige sundhedstilbud i kommunerne

Almen lægepraksis i Odsherred kommune

pr. d. 8. februar 2008

Copyright Kort- og Matrikelstyrelsen



- **Enkeltmandspraksis**
- **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

0 8,5 km

Odsherred Kommune

Antal indbyggere: Ca. 33.000

Intet sygehus i kommunen – skadeklinik i Nykøbing Sj.

Praktiserende speciallæger: 1 øjenlæge.
Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	6
55-59:	8
50-54:	3
<50:	3
Delelæger:	1

Ubesatte ydernumre: 2 (Vig + Nykøbing Sj.)

Vurdering af lægedækningen indtil 2011

Tilgangen begrænset idet nye læger tenderer til at fravælge Odsherred. Dette skyldes status som "udkantsområde" med begrænsede kulturelle tilbud, lang skolevej for børn og trafikale besværligheder til København. Der er projekteret motorvej, som måske kan ændre denne status.

Nærmeste fremtid er bekymrende

Grevinge lægen (stor praksis) ophører indenfor få år. Naboområdet i Vig har 1 ledig praksis, som ikke har kunnet sælges. Den er p.t. opslået som 0-ydernummer. Asnæs lægehus har derimod god kapacitet og vil kunne opsuge en del frie patienter i lokalområdet.

Nykøbing S. har én ubesat praksis, som ikke har opnået salg. Samtidig er der 2 læger, som nærmer sig pension. Ydermere er sololægen på Odden også på vej mod pension.

Med nuværende rekrutterings forhold vil der indenfor få år sandsynligvis mangle mindst 6 læger, hvis ikke der kommer nye læger til området.

Geografisk er der mod øst, vest og nord: vand.

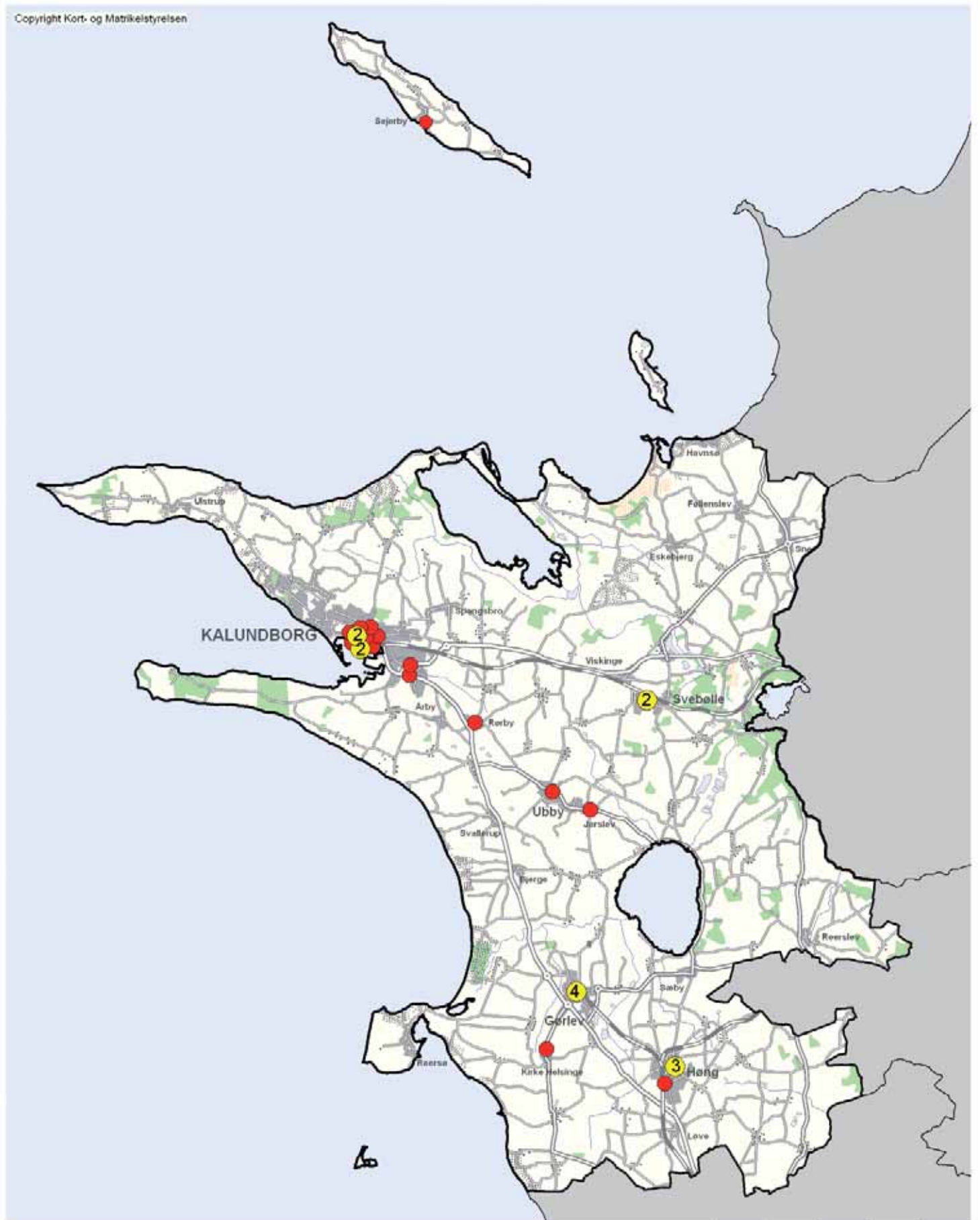
Mod syd er der en mulig ekstra kapacitet, men ikke til så stort et antal patienter.

Højeste geografiske prioritering for lægepraksis: Asnæs og Nykøbing Sj.

Almen lægepraksis i Kalundborg kommune

pr. d. 8. februar 2008

Copyright Kort- og Matrikelstyrelsen



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Dato for dataudtræk 8. feb. 2008



Kalundborg Kommune

Antal indbyggere: Ca. 50.000

Sygehus og skadeklinik i Kalundborg

Praktiserende speciallæger: 1 øjenlæge, 1 øre-, næse-
halslæge, 1 psykiater, 2 dermatologer.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeu-
ter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	5
55-59:	11
50-54:	6
<50:	6
Delelæger:	1
Ubesatte ydernumre:	1

Vurdering af lægedækningen indtil 2011

Det har været vanskeligt at rekruttere nye læger til
Kalundborg by. Sidste praksissalg var til en lokalt
boende ældre læge. På trods af målrettet informati-
ons indsats og tilbud om igangsætningshjælp har der
ikke været henvendelser fra yngre almen medicinske
speciallæger.

Der er ca. 800 patienter, som er tilknyttet lægevikar-
klinikken i Kalundborg.

Endvidere er der ø-læge på Sejerø, som er over 60
år.

Den fremtidige udvikling de næste 10 år er be-
kymrende. Kalundborg by henhører i denne sam-
menhæng til udkantsområde på trods af trafikale,
arbejds-mæssige (store virksomheder og sygehus),
uddannelses-mæssige og bolig- og landskabs-mæssige
fortrin. 18 % af praktiserende læger er over 60 år og
yderligere 40 % er 55-60 år gamle. Det er yderligere
bekymrende, at halvdelen af de 16 læger omkring
eller over 60 år ikke har magtet at ændre på deres ar-
bejdssituation. Disse læger er indstillet på at ophøre
inden for få år, hvilket fremgår af den spørgeunder-
søgelse, som praktiserende læger og Regionen har
foranlediget.

Højeste geografiske prioritering for lægepraksis:
Kalundborg, Gørlev og Høng.

Almen lægepraksis i Holbæk kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Holbæk Kommune

Indbyggerantal: Ca. 69.000

Sygehus og skadestue i Holbæk

Praktiserende speciallæger: 1 børne- og ungdomspsykiater, 2 gigtlæger, 1 dermatolog, 1 kirurg, 2 neurologer, 3 psykiater, 3 øjenlæger, 2 øre-, næse-, halslæger. Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	12
55-59:	13
50-54:	11
<50:	12
Delelæger:	1
Ubesatte ydernumre:	0

Vurdering af lægedækningen indtil 2011

Rekruttering er aktuelt uden særlige problemer.

Holbæk by og østlig del af kommunen er indenfor Københavns sfære.

Ingen geografisk prioritering aktuel.

Slagelse Kommune

Antal indbyggere: ca. 78.000

Sygehus og skadestue i Slagelse

Praktiserende speciallæger: 3 øjenlæger, 3 øre-, næse-, halslæger, 1 gynækolog, 1 dermatolog, 1 ortopædkirurg, 1 gigtlæge, 1 børnelæge, 1 psykiater, 1 neurolog.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	11
55-59:	15
50-54:	10
<50:	16
Delelæger:	4
Ubesatte ydernumre:	0

Vurdering af lægedækningen indtil 2011

For kommunen som helhed er 21 % over 60 år.

Slagelse by (4 af 27 > 60 år): Salg af praksis har været præget af stor træghed og enkelte har ikke opnået salg. De efterfølgende opslæde 0-praksis er blevet opsuget af eksisterende praksis. Der forventes ikke væsentlige bemandingsproblemer i perioden.

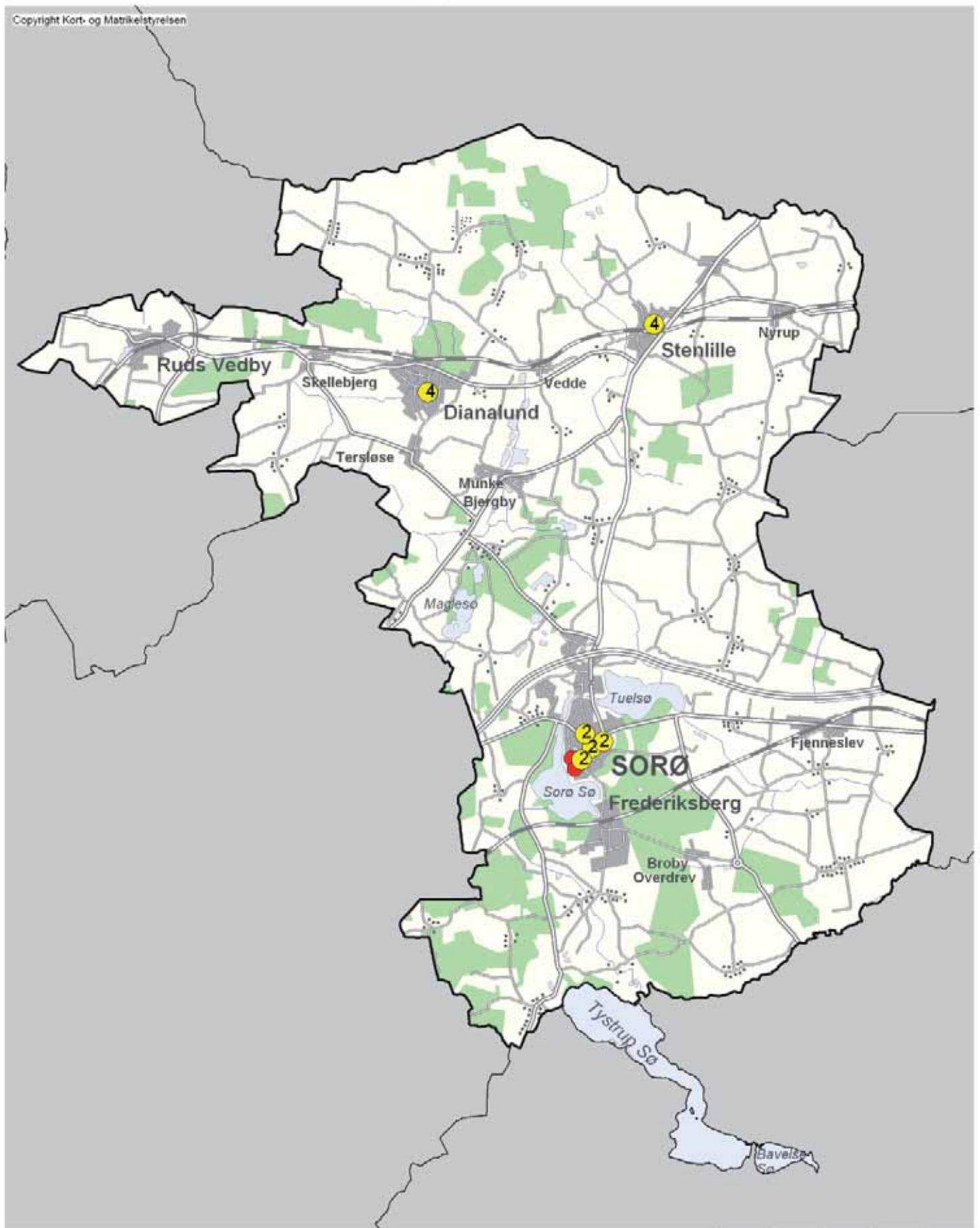
Korsør by (5 af 12 > 60 år): i én 3 mands kompagniskabs praksis er alle lægerne > 60 år. Byen ligger placeret ca. ½ time fra Odense og ca. 1 time fra København, med gode trafikale forbindelser. På trods af velfungerende kompagniskabspraksis har det allerede inden den aktuelle betydelige lægemangel i landet været vanskeligt at opnå salg ved praksisophør. Fremtidsudsigter for Korsør er bekymrende.

Skælskør by (1 af 6 > 60 år): alderssammensætningen i Skælskør er gunstig og der forventes ikke problemer med lægedækningen.

Øvrige: En læge (> 60 år) sidder i solopraksis i Rude. En læge (> 60) sidder i solopraksis i Dalmose. En læge (59 år) sidder i solopraksis i Vemmelev.

Almen lægepraksis i Sorø kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Sorø Kommune

Antal indbyggere: 28.000

Intet sygehus eller skadestue/-klinik

Praktiserende speciallæger: 1 gigtlæge og 2 psykiatere.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	3
55-59:	5
50-54:	4
<50:	6
Delelæger:	3
Ubesatte ydernumre:	0

Vurdering af lægedækningen indtil 2011

17 % af almen praktiserende læger er over 60 år.

Sorø by er geografisk og trafikalt centralt beliggende med kort tid til hovedstadsområdet.

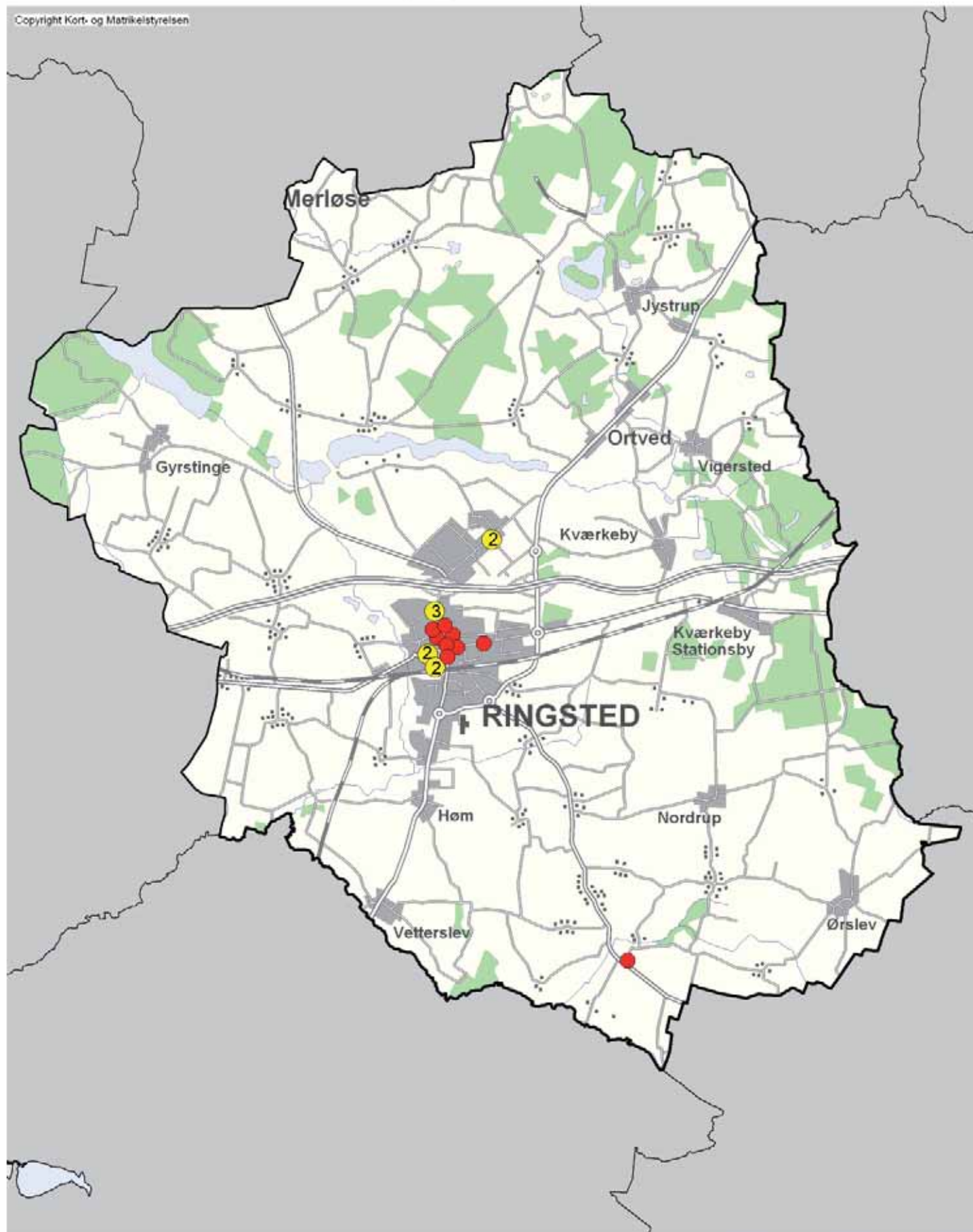
Området menes at være mere attraktivt for tilflytning af yngre almen medicinske speciallæger og det forventes derfor, at rekruttering kan lade sig gøre.

Dianalund lægehus er et landlægehus med 6 læger, heraf 2 delelæger. To af lægerne er over 60 år. Dianalund ligger geografisk placeret, så man må forvente, at byen anses for udkantsområde, og derfor kan få vanskeligt ved rekruttering. Det er dog vurderingen, at lægehuset har sikret det kommende generationsskifte.

Nabolægehuset er Stenlille lægehus med 4 læger. Aldersfordeling her er gunstig.

Almen lægepraksis i Ringsted kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Ringsted Kommune

Antal indbyggere: Ca. 32.000

Sygehus med specialafdelinger for brystkirurgi og ortopædkirurgi samt skadeklinik

Praktiserende speciallæger: 1 dermatolog, 1 børne- og ungdomspsykiater, 1 psykiater, 1 øjenlæge og 2 øre-, næse-, halslæger.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	5
55-59:	5
50-54:	1
<50:	7
Delelæger:	0
Ubesatte ydernumre:	0

(Lægehuset i Benløse råder pt. over et ekstra ydernummer som de kan vente med at besætte jvf. SU beslutning).

Vurdering af lægedækningen indtil 2011

28 % af almen praktiserende læger er over 60 år.

Ringsted er geografisk og trafikalt centralt beliggende med kort tid til hovedstadsområdet, som Ringsted by i en vis forstand er en del af.

Denne kombination gør området mere attraktivt for tilflytning af yngre almen medicinske speciallæger og det forventes derfor at rekruttering kan lade sig gøre.

Almen lægepraksis i Lejre kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

0 6.0 km

Lejre Kommune

Indbyggerantal: Ca. 26.000

Sygehus med akut modtagelse inden for 20 km afstand

Der er ingen praktiserende speciallæger eller kiropraktorer i kommunen. I kommunen er der fysioterapeuter samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

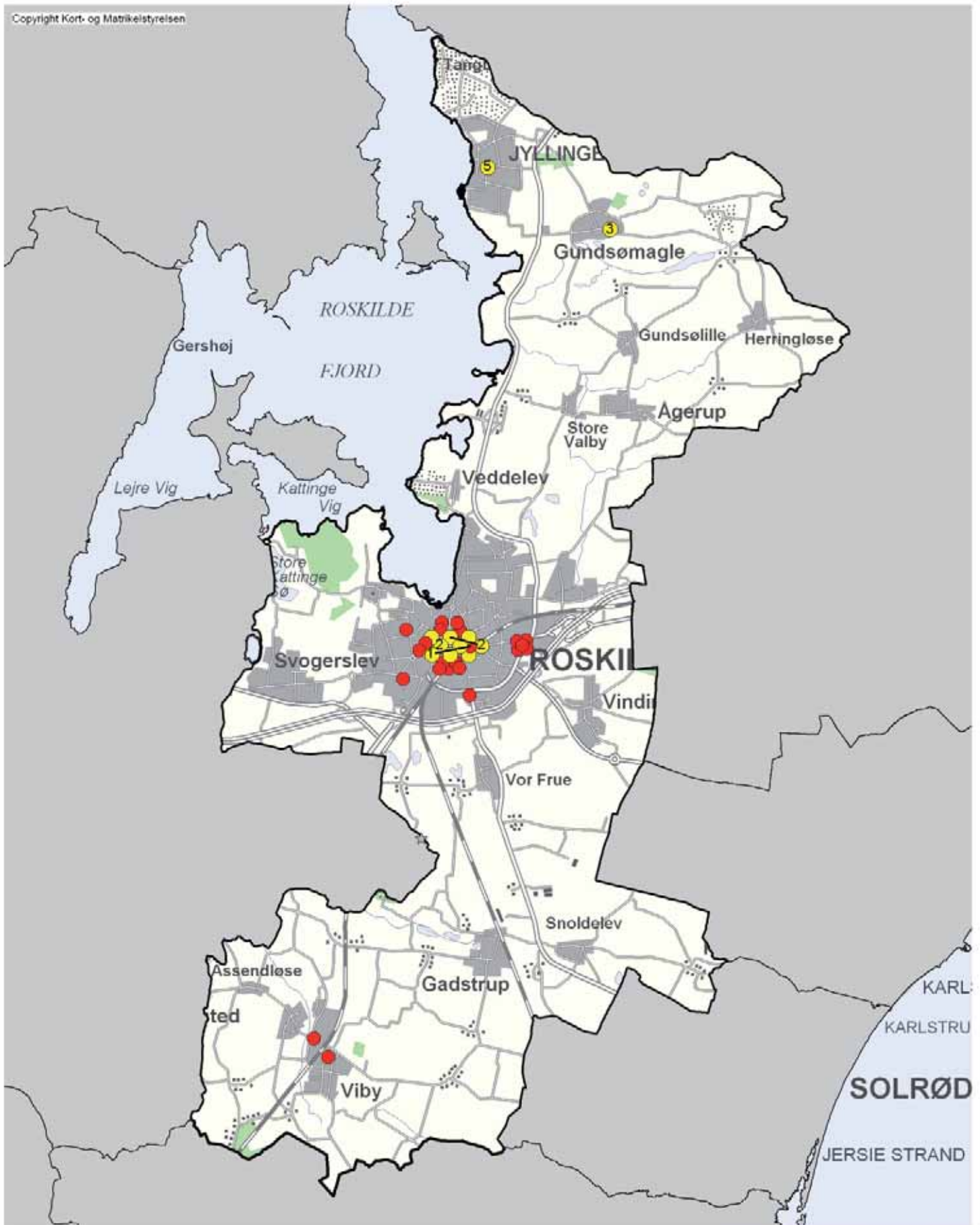
6 år:	4
55-59 år:	2
50-54 år:	4
< 50 år:	56
Delelæger:	1
Ubesatte ydernumre:	1

Vurdering af lægedækning til 2011

Der har tidligere ikke været de store problemer med at sælge praksis eller besætte nye ydernumre, men i fald der skal flere læger ind i eksisterende praksis, kræver dette ombygninger/bedre fysiske rammer i disse. En læge søger aktuelt kompagnon, men denne stilling er ikke besat. Det skønnes, at der kan blive et ledigt ydernummer i området.

Almen lægepraksis i Roskilde kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Dato for dataudtræk 8. feb. 2008

Roskilde Kommune

Indbyggerantal: Ca. 79.000

Sygehus i byen med akut modtagelse

Praktiserende speciallæger: 1 børne- og ungdomspsykiater, 1 børnelæge, 2 gigtlæger, 5 gynækologer, 1 hjertelæge, 2 dermatologer, 2 kirurger, 1 neurolog, 1 ortopædkirurg, 8 psykiater, 4 øjenlæger og 3 øre-, næse-, halslæger.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen, samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

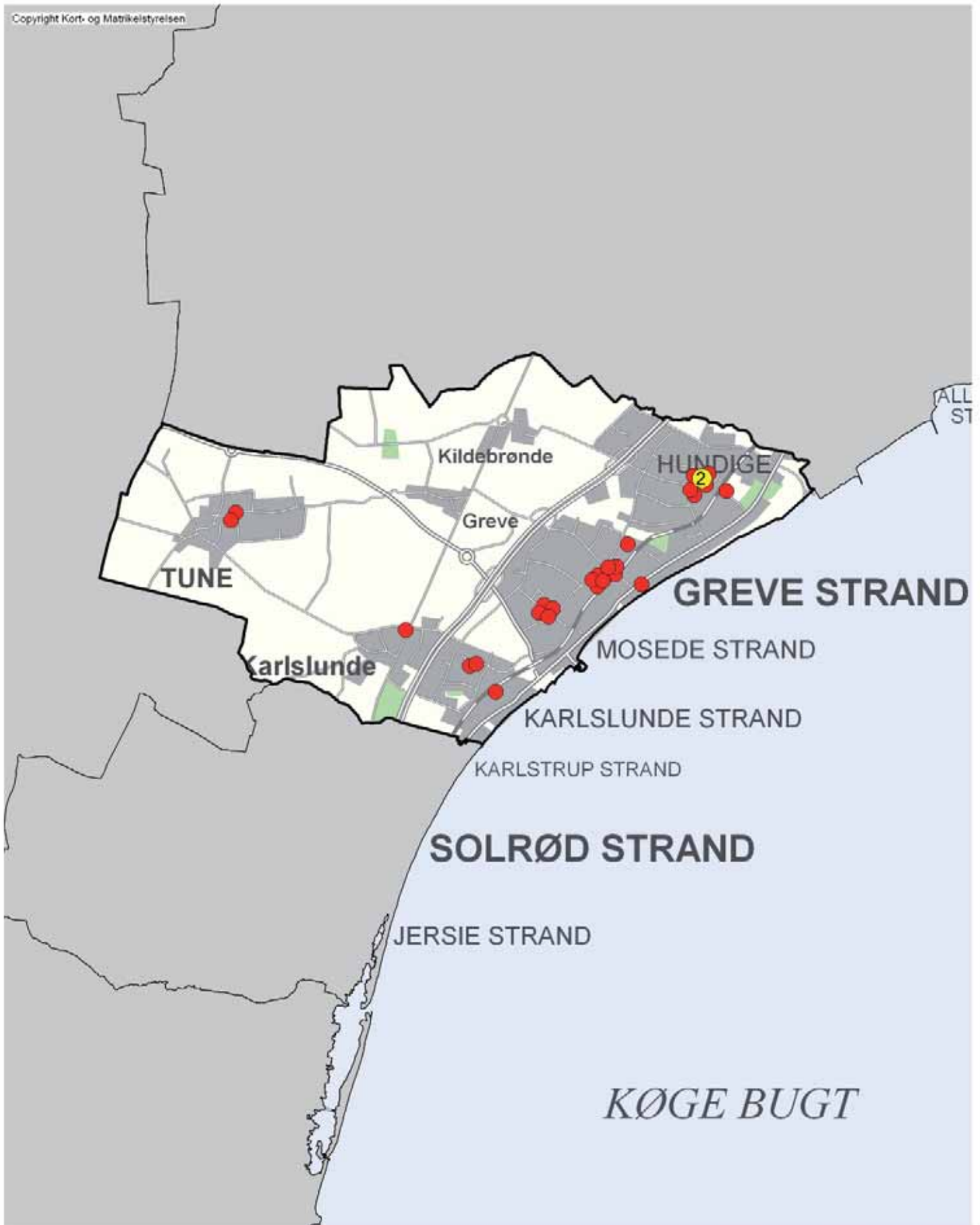
60 år:	14
55-59 år:	14
50-54 år:	8
< 50 år:	18
Delelæger:	3
Ubesatte ydernumre:	2

Vurdering af lægedækning indtil 2011

På trods af en stor gruppe læger mere end 60 år, skønnes der ikke at blive rekrutteringsproblemer. I fald det skulle blive tilfældet, vil hovedårsagen formentlig være manglende fysiske rammer til etablering af samarbejdspraksis/kompagniskabspraksis eller utilstrækkelige fysiske rammer i allerede eksisterende praksis, hvorfor det allerede nu vil være hensigtsmæssigt at have sig dette for øje.

Almen lægepraksis i Greve kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)



Greve Kommune

Indbyggertal: Ca. 48.000

Inden for 20 km radius adgang til 2 sygehuse i Regionen med akut modtagelse samt flere sygehuse i Københavnsområdet

Praktiserende speciallæger: 1 gynækolog, 2 dermatologer, 2 psykiater, 1 øjenlæge og 1 øre-, næse-, halslæge.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

60 år:	9
55-59 år:	4
50-54 år:	6
< 50 år:	9
Delelæger:	1
Ubesatte ydernumre:	2

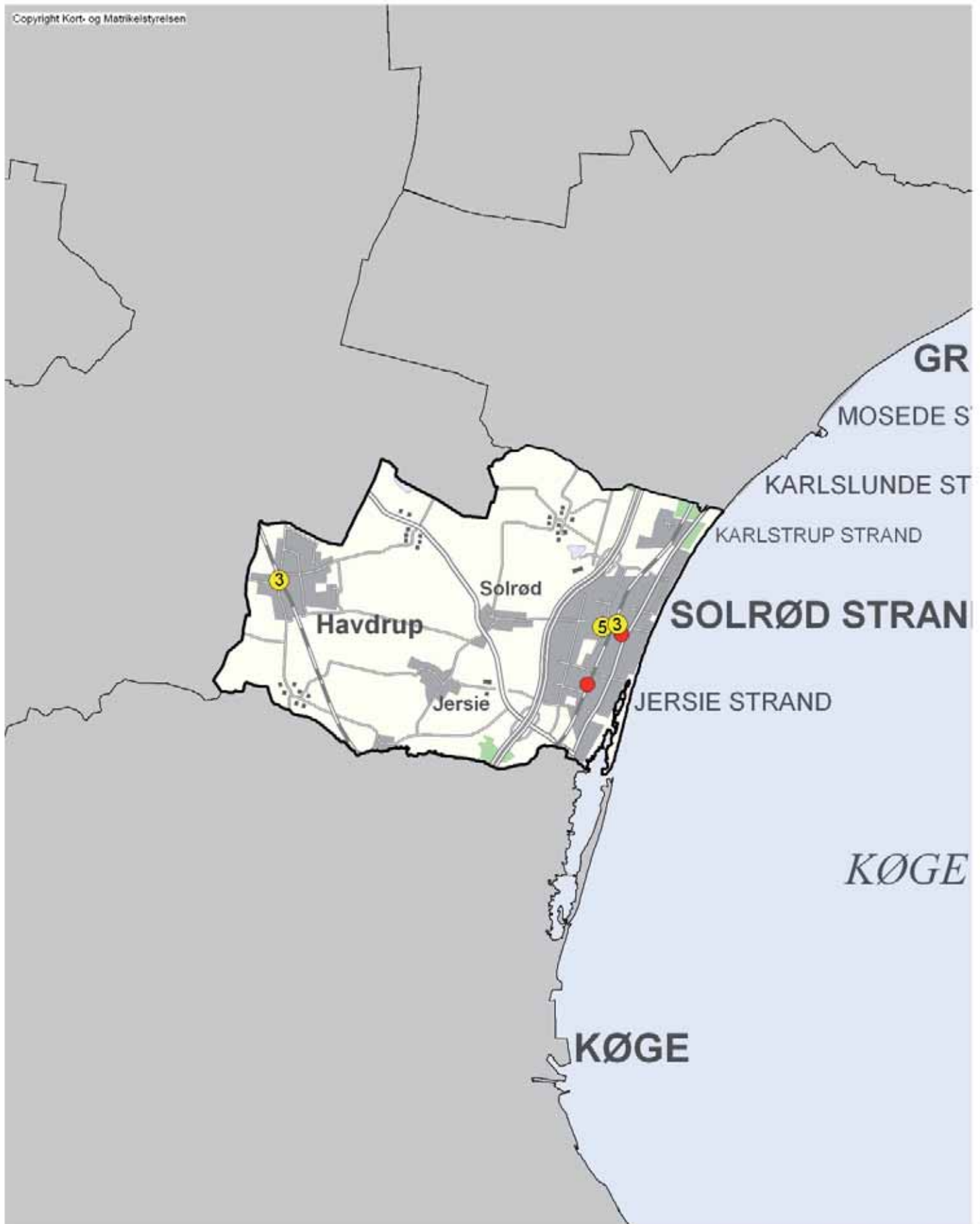
Vurdering af lægedækning indtil 2011

Trods nærheden til København har der været problemer med dækning af ledige ydernumre, og en enkelt

praksis er lukket inden for det sidste år. Indtil 2011 er der risiko for, at der kommer til at mangle læger som følge af lægemanglen. Da en meget stor del af praksis i Greve er solopraksis, vil incitament, der giver mulighed for etablering af kompagniskab eller samarbejdspraksis/netværkspraksis, kunne tiltrække nye læger. Der har desværre været en tendens til stigmatisering af enkelte boligområder givende indtryk af, at det er et dårligt sted at nedsætte sig som læge, hvilket ikke er tilfældet, hvorfor en mere nuanceret rådgivning til kommende læger til området, vil kunne fremme rekrutteringen.

Almen lægepraksis i Solrød kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Dato for dataudtræk 8. feb. 2008



Solrød Kommune

Indbyggerantal: Ca. 21.000

2 sygehuse med akut modtagelse inden for 20 km afstand

Praktiserende speciallæger: 1 kirurg og 1 øre-, næse-, halslæge.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen, samt kommunens hjemmepleje.

Vurdering af lægedækning indtil år 2011

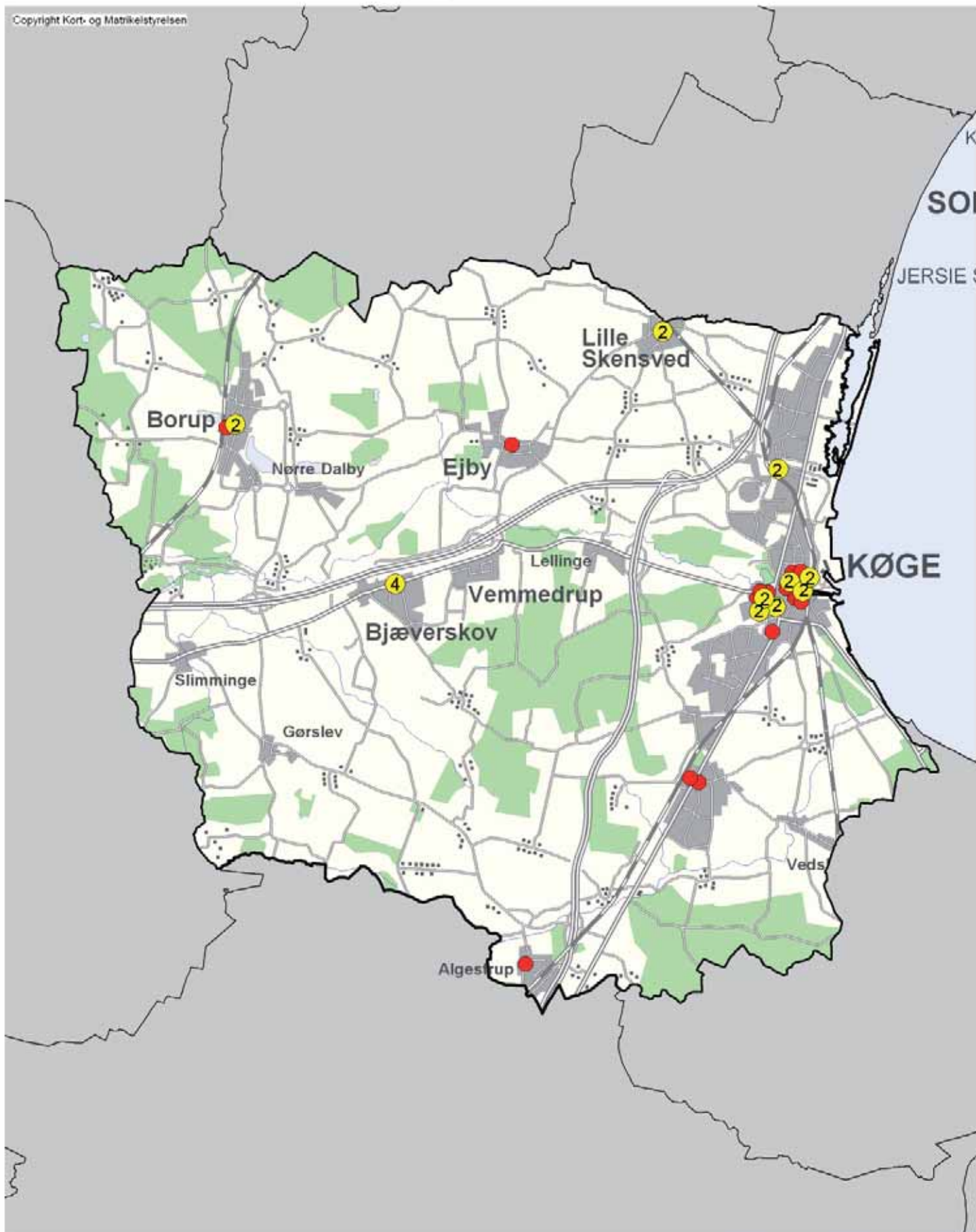
Der skønnes ikke at blive store problemer med lægedækningen, men i lyset af lægemanglen kan der dog risikere at blive et ledigt ydernummer.

Almen praktiserende læger

60 år:	3
55-59 år:	2
50-54 år:	4
< 50 år:	4
Delelæger:	0
Ubesatte ydernumre:	0

Almen lægepraksis i Køge kommune

pr. d. 8. februar 2008



- **Enkeltmandspraksis**
- **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

0 6,0 km

Køge Kommune

Indbyggerantal: Ca. 57.000

Praktiserende speciallæger: 1 dermatolog, 1 gigtlæge, 2 gynækologer, 1 ortopædkirurg, 1 kirurg, 1 pædiater, 3 psykiatere, 1 anæstesiolog.

Sygehus i byen med akut modtagelse

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen, samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

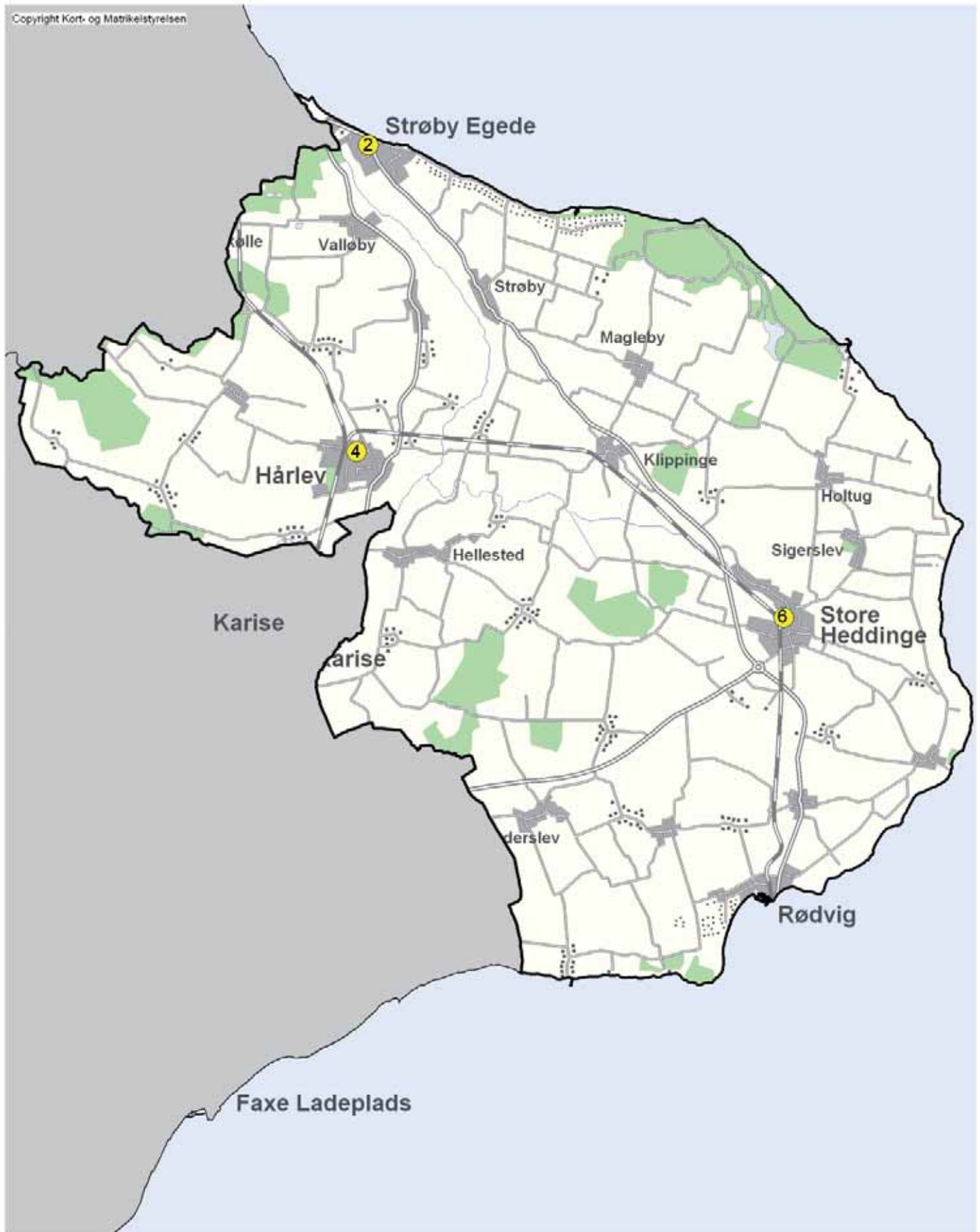
60 år:	12
55-59 år:	5
50-54 år:	10
> 50 år:	12
Delelæger:	3
Ubesatte ydernumre	1

Vurdering af lægedækning indtil 2011

Der har ikke været de store problemer at sælge praksis eller besætte nye ydernumre, om end det har taget tid. Trods en større gruppe læger mere end 60 år, skønnes der ikke, at blive voldsomme rekrutteringsproblemer.

Almen lægepraksis i Stevns kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Stevns Kommune

Indbyggerantal: Ca. 22.000 indbyggere

Der er ingen sygehuse, ingen praktiserende speciallæger eller kiropraktor med ydernummer i kommunen. Der er i kommunen fysioterapeuter samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	3
55-59:	3
50-54:	2
<50:	4
Delelæger:	0
Ubesatte ydernumre:	0

Som en af Regionens mindste kommuner har Stevns et let øget antal >60-årige sammenlignet med <20-årige. Gennemsnitlig indkomst og antal kontakter til almen praksis pr. borger og gennemsnitligt antal efterlønsmodtagere og pensionister.

Lægerne er fordelt med 1 stort lægehus med 6 læger i St. Heddinge, 1 lægehus med 4 læger i Hårlev og et lægehus med 2 læger i Strøby Egede – altså pænt geografisk fordelt.

Lægehuset i St. Heddinge er ved at være for lille og der arbejdes derfor i øjeblikket sammen med kommunen om at tænke sig ind i et nyt kommunalt sundhedscenter i byen.

Området ligger ganske vist tæt på Køge med et af Regionens store sygehuse. Det har alligevel vist sig svært at rekruttere nye læger til området.

Almen lægepraksis i Faxe kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Faxe Kommune

Indbyggerantal: Ca. 36.000 indbyggere

I Faxe er der et mindre sygehus, som ikke deltager i uddannelsen af læger til almen praksis, men som har skadeklinik, røntgenfaciliteter og laboratorium og akut medicinsk modtagefunktion.

Endvidere findes i kommunen: 1 øre-, næse-, halslæge, 1 øjenlæge, 1 kirurg og 2 speciallæger i intern medicin.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	5
55-59:	6
50-54:	6
<50:	6
Delelæger:	1
Ubesatte ydernumre:	1

Der er i Faxe kommune ca. 36.000 indbyggere, relativt mange børn/unge og relativt få >60 år. Den gennemsnitlige skattepligtige indtægt er som i Regionen som helhed og andelen af efterlønsmodtagere og pensionister er som i den øvrige del af Regionen. Området er et sted med stor udbygning. Der er forholdsvis mange lægekontakter pr. år: ca. 7,9. Lægerne er fordelt mellem et stort lægehus i Haslev, en mindre praksis i Haslev, solopraksis i Terslev, lægehus med 3 læger i Rønnede og det samme i Faxe, hvor der også er 3 sololæger (de 2 i samarbejdspraksis), en sololæge (landlæge) i Faxe Ladeplads samt et lægehus med 2 læger (og en delelæge) i Karise. P.t. er der et ubesat ydernummer, som for nærværende er tildelt et eksisterende lægehus.

Fordelingen af praksis i geografisk området må siges at være passende. Der har ikke blandt lægerne været ønsker om samling i større lægecentre.

Almen lægepraksis i Næstved kommune

pr. d. 8. februar 2008



- **Enkeltmandspraksis**
- **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

0 10,5 km

Næstved Kommune

Indbyggerantal: ca. 81.000 indbyggere

I Næstved er et stort sygehus med skadestue

Endvidere en bred variation af praktiserende speciallæger: 1 børnelæge, 2 gynækologer og fødselslæger, 1 dermatolog, 2 speciallæger i intern medicin, 3 kirurger, 2 neurologer, 1 ortopædkirurg, 2 psykiater, 2 øjenlæger og 3 øre-, næse-, halslæger. Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	20
55-59:	7
50-54:	10
<50:	12
Delelæger:	2
Ubesatte ydernumre:	1

Næstved kommune er en af Regionens store kommuner med relativt mange unge i forhold til ældre, nogenlunde gennemsnitsindtægt og gennemsnitligt antal af efterlønsmodtagere og pensionister. Praksis er fordelt med de fleste i Næstved by, hvor der er en del praksis med 3-4 læger, enkelte solopraksis og et meget stort lægecenter med samarbejdende læger. I omegnen er der en del solopraksis og i Fuglebjerg og Glumsø nogle større lægefællesskaber og en 2-lægekompagniskabspraksis i Mogenstrup.

Der er lange afstande, stort opland, og kommunen har plejehjem og aflastningspladser i yderområder af kommunen. Derfor kan der være op til 30 km fra til en aflastningsplads (Fuglebjerg/Mogenstrup).

Hidtil har der ikke været problemer af væsentlig betydning med rekruttering af yngre læger til almen praksis. Lige nu er en 2-mandskompagniskabspraksis ved at lukke – og p.t. ser der ikke ud til at være overtagere til praksis. Pr. 01.07.08. går en læge på +

65 årige i 2 mands kompagniskab på ½ tid, uden der er fundet en afløser.

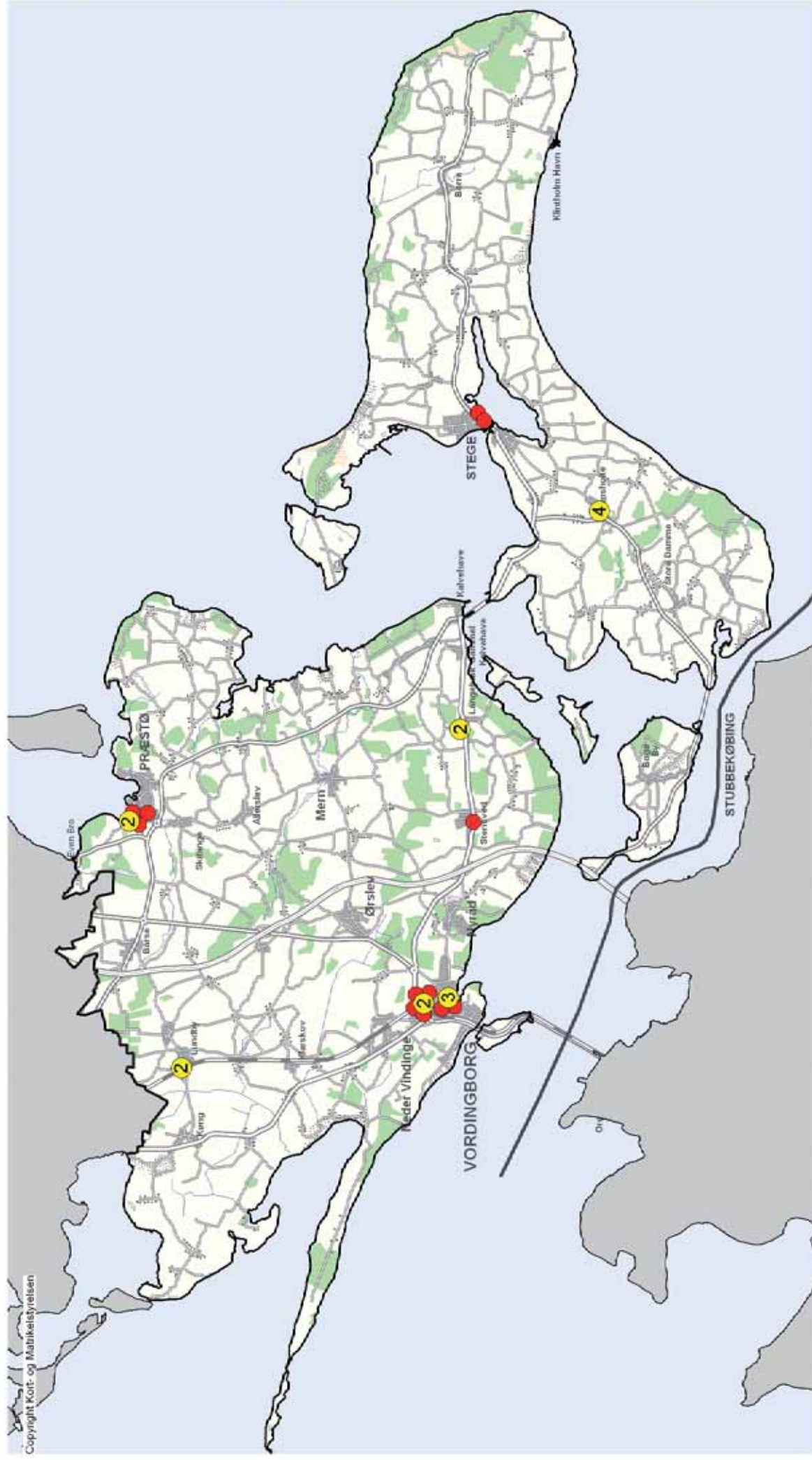
Nogle af lægerne i Næstved har planer om at etablere et nyt stort anlagt lægecenter i byen. 4 kompagniskaber med i alt 11 fuldtidslæger, som forventes færdigt ca. 01.01.2010. To af lægerne i Næstved er flyttet ud nord for byen (til nordlige del af byen) på den gamle Garderhusarkaserne, hvor der i øjeblikket udbygges ret betydeligt.

De praktiserende læger i byen er relativt gamle, så man må forudse problemer med rekruttering fremover, idet en del af lægerne må formodes at trække sig tilbage indenfor de nærmeste år – specielt set i betragtning at det altså også i denne store by med stort sygehus og nemme adgangsveje til København er problemer med rekruttering.

Der er 3 sololægepraksis i kommunen øst for Næstved, dels i Toksværd, dels i Tappernøje og dels nord for Næstved i Fensmark. Det er steder, hvor der fortsat er behov for praktiserende læger, idet kommunen også udbygger i disse retninger. Skulle der blive problemer med at fastholde disse tre praksis, kunne man forestille sig, at Tappernøje flyttede til Præstø eller Lundby – begge i Vordingborg kommune og Toksværd-lægen, Fensmark, til Næstved. Satellitpraksis kan være en mulighed.

Almen lægepraksis i Vordingborg kommune

pr. d. 8. februar 2008



● **Enkeltmandspraksis**

● **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

Dato for dataudtræk 8. feb. 2008

0 10,5 km

Vordingborg Kommune

Indbyggerantal: Ca. 47.000 indbyggere

Praktiserende speciallæger: 1 børnelæge, 1 gigtlæge, 1 dermatolog, 1 kirurg, 1 psykiater, 1 øjenlæge og 1 øre-, næse-, og halslæge.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen, samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	6
55-59:	12
50-54:	5
<50:	7
Delelæger:	3
Ubesatte ydernumre:	5

Vordingborg kommune består af godt 47.000 indbyggere. Den gennemsnitlige skattepligtige indkomst er lidt lav i forhold til Regionen, mange lægekontakter: 8,0 pr borger pr. år, også flere efterlønsmodtagere og pensionister end gennemsnittet.

En del af kommunen er Møn. Møn har været et af Regionens indsatsområder, idet der pludselig forsvandt en af øens sololæger og en læge fra en delepraksis. Situationen er nu ved at være afklaret, og der er ingen lægeløse patienter på Møn.

Herudover er der mindre lægehuse og solopraksis i Præstø og Lundby og i selve

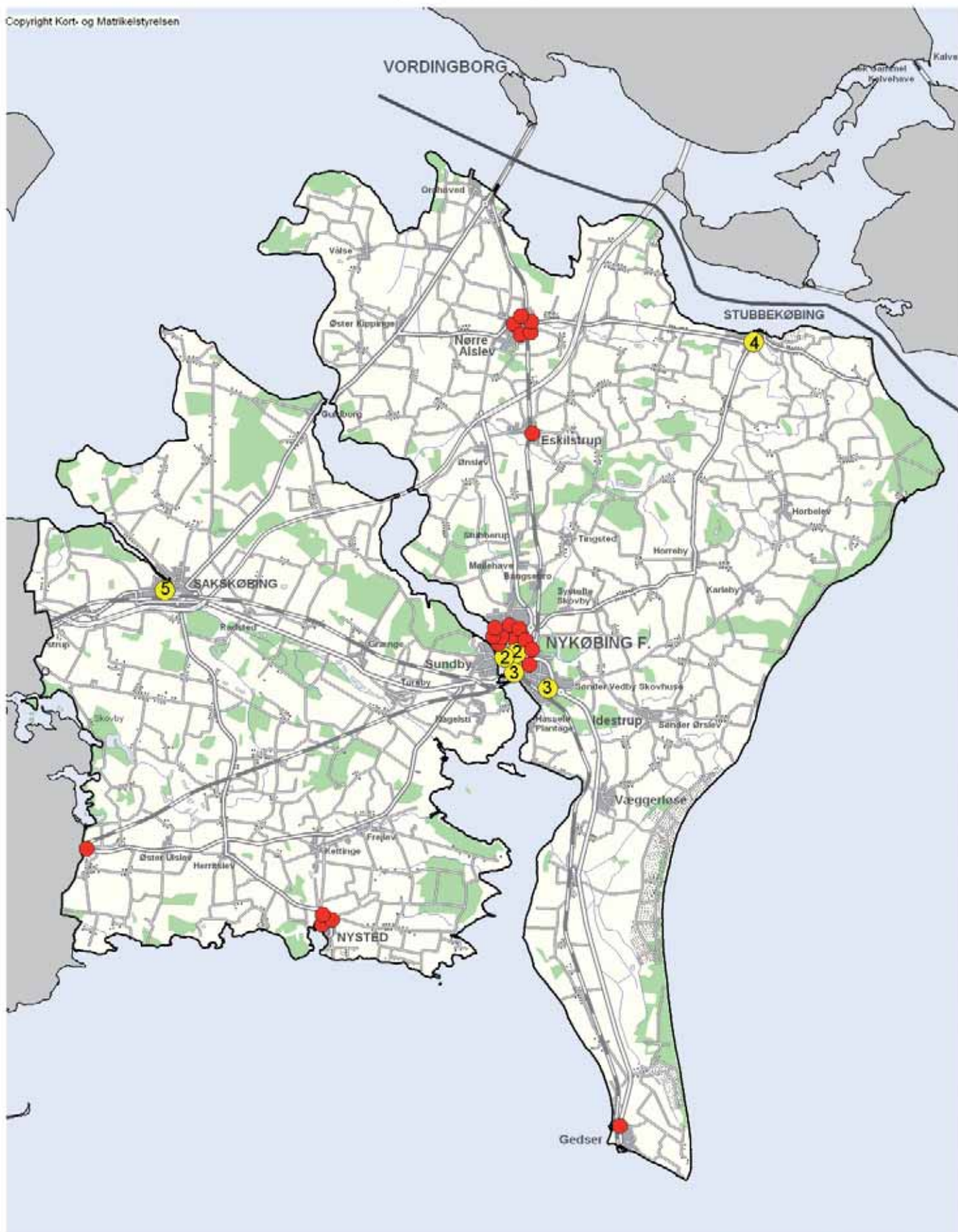
I Vordingborg har 5 læger etableret et lægecenter på Vordingborg Sygehus i en samarbejdspraksis. I byen er der også en 3-lægepraksis og et par sololæger. I Stensved er der en sololæge (landlæge) og i Langebæk et lægehus med 2 læger og tilladelse til delepraksis. I Vordingborg kommune har der i mange år ikke været sygehus, så man er traditionelt indstillet på også at passe en del arbejde, som andre steder passes af skadestue.

P.t. er der ingen ledige praksis i området, men lægerne er som andre steder ikke helt unge mere og man må forudse problemer med rekruttering af nye læger. I Lundby er der for nylig været et generationsskifte, således at dette område må formodes ikke at give problemer fremover. Øst for Vordingborg kan der blive problemer med rekruttering, hvis ikke disse praksis kan afhændes til yngre læger. Alternativet kunne være at praksis i Stensved søgte mod Vordingborg og i Langebæk mod Præstø og dette måske kunne gøre rekruttering af yngre læger eller fastholdelse af ældre læger nemmere. Satellitpraksis kan være en mulighed.

Almen lægepraksis i Guldborgsund kommune

pr. d. 8. februar 2008

Copyright Kort- og Matrikelstyrelsen



- **Enkeltmandspraksis**
- **Kompaniskabspraksis** (Tallet i cirklen angiver fuldtidslæger i praksis)

0 11,0 km

Guldborgsund Kommune

Indbyggerantal: Ca. 64.000 indbyggere

Sygehus og skadestue i Nykøbing F.

Praktiserende speciallæger: 2 gynækologer, 1 dermatolog, 1 neurolog, 1 ortopædkirurg, 1 psykiater, 1 øjenlæge, 2 øre-, næse-, halslæger.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen, samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	13
55-59:	11
50-54:	10
<50:	8
Delelæger:	1
Ubesatte ydernumre:	2

Guldborgsund Kommune er den 5. største kommune i Regionen med en andel af >60 årige, som er relativ stor. Den gennemsnitlige indkomst er relativt lav og der er en ret stor andel af borgere på efterløn og pension. Gennemsnitligt antal af kontakter til læge pr. borger er lidt større end i gennemsnit i Regionen, nemlig 7,5.

I Guldborgsund Kommune er lægerne hovedsageligt samlet i Nykøbing Falster, Saksøbing, Nr. Alslev, Stubbekøbing og Nysted. Herudover sololæger (landlæger) i Eskilstrup, Gedser og Øster Ulslev.

Guldborgsund Kommune er et område, hvor der må antages at blive lægedækningsproblemer indenfor de næste par år. Det har været vanskeligt at få tiltrukket læger til Nykøbing F., selv om det er en stor by med mulighed for beskæftigelse for lægens partner og gode muligheder for uddannelse til børn i familien. Der er p.t. ikke behov for dannelse af større lægecentre i området. Der må siges at være en passende blanding af store lægehuse, mindre lægehuse og sololæger.

De 3 landlæge-praksis ligger i passende afstand fra større byer. Men bliver der problemer med lægedækningen i disse områder, vil de kunne indpasses i allerede tilstedeværende lægehuse i hhv. Nr. Alslev og Nykøbing F. evt. med mulighed for satellitpraksis de pågældende steder.

Lolland Kommune

Indbyggerantal: Ca. 49.000

Sygehus og skadestue i Nakskov

Praktiserende speciallæger: 1 dermatolog, 1 kirurg, 1 psykiater, 1 urinvejskirurg, 2 øjenlæger, 2 øre-, næse-, halslæge.

Herudover findes der kiropraktorer og fysioterapeuter i kommunen samt kommunens hjemmepleje.

Almen praktiserende læger

> 60 år:	13
55-59:	10
50-54:	4
<50:	3
Delelæger:	4
Ubesatte ydernumre:	6

Hertil kommer 2 ø-læger på Femø og Fejø.

Vurdering af lægedækningen

Befolkningen fordeler sig med flest borgere i Nakskov, Maribo og Rødby, men herudover bor der mange i mindre landsbyer og spredt i området, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt at tænke i flere centre, hvor Nakskov og Maribo vurderes at være særlig vigtige. Med de store afstande, der er i kommunen, vil en del af befolkningen få mere end 15 km til læge. Da der samtidig er mange lægekontakter pr. borger og mange pensionister, som ofte er mere syge end den øvrige befolkning, og som kan have besvær med at bevæge sig omkring, synes det nødvendigt med en vis spredning af læger i området.

I Rødby er der aktuelt problemer, idet det dels er svært at få læger til Rødby, dels er der mange turister (Lalandia). På Nordvestlolland er der et mindre (3 læger) lægehus i Horslunde. Hertil kommer et par sololæger (landlæger) i Søllested og Stokkemarke. Disse kunne tænkes ind i lægecentre i hhv. Nakskov og Maribo. Endvidere findes 2 ø-lægepraksis på hhv. Fejø og Femø. Hvis det ikke skulle lykkes at rekruttere lægerne i de mindre landsbyer og på øerne, kan der eventuelt visse steder oprettes såkaldte "satellitpraksis". Dvs. at de betjenes af læger fra nærliggende større lægecentre.

Det er vurderingen, at lægedækningsituationen i kommunen er alvorlig grundet de mange ældre læger og problemerne med at rekruttere nye læger til området. Der er allerede nu mangel på læger, idet der mangler læger i Horslunde, Søllested, Ravnsborg-Højreby, Maribo og Rødby.

Lægerne har undersøgt lægedækningen (Vestlolland, hvor der er 20 læger ved udgangen af 2007). I 2011 vil der være 8 læger tilbage, i 2014 er der 2 tilbage og i 2017 forlader sidste læge området – under forudsætning af, at der ikke kommer nye læger til.

Alt i alt er problemerne meget store i Lolland kommune.

Bilag 3

Kommunale lokalplaner i forhold til almen praksis

Kommune	Restriktioner i forhold til almen lægepraksis i lokalplaner
Roskilde	I Roskilde bymidte fastlægger lokalplanerne, at der ikke må være liberale erhverv (hertil hører lægehuse) i stueetagen i hovedstrøgene, men gerne i sidegaderne. Der har været planer om at etablere et lægehuse centralt i bymidten bag hovedgaden, og derudover har der været henvendelser om at opføre lægehuse udenfor bymidten.
Kalundborg	Kalundborg Kommune, praktiserende læger og Region Sjælland har allerede afholdt indledende møde vedrørende mulighederne for indretning af lægehus til ca. 6 læger i etplans bygning på Kalundborg Sygehus.
Lejre	I Lejre Kommune er det kun i Hvalsø, at der er en lokalplan, der forhindrer liberalt erhverv (herunder lægepraksis) i stueetagen i bymidten.
Sorø	<p>I Sorø Kommune er der en lokalplan, der forhindrer etablering af klinikker i hovedgaden (Storgade). Lokalplanen udlægger stueetagen til butikker og de øvrige etager til beboelse.</p> <p>Af lokalplanens anvendelsesbestemmelser fremgår, at stueetagen kun må anvendes til detailhandel, samt at 1.-3. sal og tagetagerne på bebyggelsen i hovedgaden kun må anvendes til boligformål (§ 3.2). En lokalplans formåls- og anvendelsesbestemmelser fastlægger planens overordnede principper, og ifølge planlovens § 19, stk. 1, kan kommunen kun dispensere fra en lokalplan, hvis dispensationen ikke er i strid med principperne i planen. Sorø Kommune har derfor ikke lov hjemmel til at dispensere fra lokalplanen til etablering af en lægepraksis.</p> <p>Lokalplanen gælder imidlertid kun selve randbebyggelsen. Der findes en lignende lokalplan for "Holberg Arkaden" (center). Her kan der dog etableres klinikker på 1. sal.</p> <p>Det vil dog være muligt at etablere klinik i de dele af randbebyggelsen, der i dag anvendes til liberale erhverv. Der kan også etableres klinikker i baghusene til hovedgaden med adgang fra parkeringspladserne.</p> <p>I den øvrige bymidte er der ikke nogen planmæssige forhindringer for etableringer af klinikker.</p>
Odsherred	<p>Der er ikke nogen begrænsninger for etablering af klinikker i bymidte o.lign.</p> <p>Lægepraksis (4 læger) flytter ind på lejebasis i det kommunalt ejede sundhedscenter.</p>
Lolland	Rekrutteringsvanskeligheder på lægeområdet er her så store, at vi ikke indledningsvis vil lægge planhindringer for klinikker bestemte steder. Vi har dog etableret 8.000 m ² Sundhedscenter med lægeklinikker m.v. i Maribo (der er plads til flere sundhedsaktører) og er ved at realisere tilsvarende planer i Nakskov. Det er dermed vor forventning, at regionale initiativer på området vil blive koordineret på kommuneniveau.
Ringsted	<p>Har haft et praktisk samarbejde i forhold til placering af lægepraksis (4 læger) i stueplan i bymidten.</p> <p>Man forventer tillige at placere kommunens livsstilstilbud i samme lokaliteter.</p>

Næstved

I Næstved er der generelt mulighed for at placere lægeklinikker i de centrale byområder og i lokalcentre. Vi har generelt forsøgt at indtænke det ved planlægning for nye byområder og ved omdannelse af byområder fx ved omdannelse af Næstved Kaserne.

Det er dog således at i den centrale del af Næstved Bymidte, det der i lokalplanen er udlagt som handeleggader, er der krav om, at der skal være butikker i stueetagen mod gaden, af hensyn til at styrke detailhandelen mest muligt. Dog kan der etableres indgange til klinikker, som så fx er beliggende i sidehuse eller lignende. Men det er altså kun den mest centrale del af bymidten, hvor der stadig vil være mulighed for at placere klinikker i stueetagen og tæt på offentlig transport rigtig mange steder i og omkring bymidten. Det er ikke noget, der i praksis har været oplevet som et problem.

Holbæk

I Holbæk og i enkelte centerbyer (i bymidter) er muligheden for etablering af lægeklinikker reguleret, således at klinikker ikke må placeres i gadeplan (men på 1. eller 2. sal samt i sidebygninger).

I lokalområderne Mørkøv, Knabstrup, Bybjerg, Udby, Hagested, Gislinge, Kundby, Tuse, Undløse, Regstrup, Ugerløse og Kr. Eskilstrup er der ingen bindinger for så vidt angår etablering af lægeklinikker i bymidten.

Køge

Køge har fx i rammelokalplan for bykernen (Køge bymidte) begrænset visse typer af liberalt erhverv for at fastholde butiksfunktioner i bykernens hovedstrøg. Eksempel: under anvendelsesbestemmelserne:

§ 3.5.4

I forhusbebyggelsens stueetage langs Vestergade, Brogade, Torvet, Nørregade og Jernbanegade må der **ikke** indrettes kontor (som fx forsikringsvirksomhed, tegnestue, mægler, advokat, klinik eller bank).

I Borup er centerområdets bygningsanvendelse inddelt i delområder I-III, hvor der i et af delområderne må indrettes klinikker o.lign. i stueetagen. I de andre er de henvist til de øvrige etager.

I Borup ligger der i øvrigt på Hovedgaden et lægehus i stueetagen overfor stationen med tilknyttet apotek.

Med hensyn til fremtidige lokalplaner vil det være fornuftigt nok at kunne indrette fx sundhedscentre i stueetagen, blot ikke lige på hovedstrøget. Tilgængelighed for alle er allerede et opmærksomhedspunkt uanset transportform.

Vordingborg

I Vordingborg og Præstø er det ikke muligt at etablere klinikker, kontorer etc. i stueplan.

I Stege er der i størstedelen af centrum ikke lokalplanlagt, og her vil det være muligt at etablere klinikker i stueplan.

Guldborgsund

I Saksøbing, Stubbekøbing, Nørre Alslev og Eskilstrup er der ikke noget, der forhindrer at en lægeklinik kan etablere sig i stueplan. Det er dog ikke hele bymidten i disse byer, der er lokalplanlagt.

I Nykøbing Falster er der restriktioner på nogle af lokalplanerne omkring gågade og torv. Her står at "klinikker, banker og forsikringselskaber o.lign." ikke kan etablere sig i stueetagen. Ellers er der ikke noget til hinder for en sådan placering i den øvrige del af bymidten. Der ligger lægeklinikker i gadeplan i andre dele af bymidten. Med god adgang til offentlig transport og mulighed for handicap adgang.

I Nysted er der en enkelt lokalplan, der bestemmer, at der kun må etableres forretninger og værksteder i en del af hovedgaden.

Der er ikke formuleret en generel politik for, hvordan kommunen vil behandle emnet i fremtidige lokalplaner. Hvordan kommunen stiller sig til placering af klinikker/lægecentre /sundhedscentre er et spørgsmål, der bl.a. kan tages op i forbindelse med den kommende kommuneplan.

Slagelse

Slagelse bymidte er omfattet af en lokalplan i henhold til hvilken, der i et relativt begrænset område af Slagelse bymidte ikke kan etableres liberale erhverv, herunder lægepraksis i stueetagerne. Der kan imidlertid godt i fx bygninger, som ikke grænser ud til hovedstrøg eller i nære områder til bymidten, etableres lægepraksis i bebyggelsens stueetage.

Hvad angår Korsør ligger der tilsvarende regler for visse dele af de helt centrale områder (Citykareen, del af Algade og Nygade), hvorimod der også her i de tilgrænsende områder kan etableres lægepraksis.

Hvad angår Skælskør gælder der tilsvarende regler for de helt centrale områder, hvorimod der også her i de tilgrænsende områder kan etableres lægepraksis.

Herudover kan det oplyses, at der for nyligt har været henvendelse fra et konsulentfirma med henblik på etablering af lægehuse henholdsvis i Slagelse og Korsør. Kommunen har overfor denne henvendelse anvist forskellige arealer bl.a. i byernes periferi. Efterfølgende har begge konsulentfirmaer haft kontakt til en række af de praktiserende læger, holdt møder med dem for ligesom at undersøge behovet for etablering af denne type lægehuse.

Stevns

I Stevns Kommune findes lægehuse i Hårlev, Store Heddinge og Strøby Egede.

I Hårlev på adressen Bredgade 2A, i Store Heddinge på adressen Ved Rådhuset 2, og i Strøby Egede på adressen Strøby Egede Center 15. Alle steder er centralt beliggende i byområdet.

I lokalplanerne for Hårlev og Strøby Egede er der ingen restriktioner.

I lokalplan for Store Heddinge Bycenter er der i butiksgaderne indført restriktioner. Men der ligger et lægehus ved siden af rådhuset.

Greve

Greve Kommune har 4 bymidter. I de to - Karlslunde og Greve - er der restriktioner om, at liberalt erhverv, herunder lægeklinikker, ikke må placeres i stueetagen. I de andre - Hundige og Tune - er der ikke.

Greve Kommune er i gang med planlægning for udvikling af både Greve bymidte og et nyt bydelscenter i Karlslunde. I den sammenhæng vil vi tage med, at der skal sikres mulighed for lægehuse mv.

Region Sjælland
Alléen 15
4180 Sorø
Telefon 7015 5000

www.regionsjaelland.dk
E-post regionsjaelland@regionsjaelland.dk