



Praksisplan for almen praksis

2021

Indhold

1 INDLEDNING.....	3	6 STYRKE PROAKTIVT SAMARBEJDE OM LÆGEDÆKNINGEN.....	16
1.1 Baggrund og rammer for praksisplanen	3	6.1 Lægedækningssituationen i Nordjylland	16
1.2 Vision og pejlemærker.....	4	6.2 Kapacitetsstyring på almen praksis området.....	17
1.3 Opfølgning på praksisplanen	5	6.3 Rekruttering og fastholdelse i almen praksis.....	19
2 STYRKE NÆRE RELATIONER	6	6.4 Målgrupper	20
2.1 Almen praksis som tovholder for patienten	6	6.5 Beslutningskompetence på lægedæknings-området	23
2.2 Tværgående samarbejde mellem almen praksis, kommuner og hospitaler	6	Målsætninger	24
2.3 Særligt om samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	7	7 FORMALIA.....	25
2.4 Særligt om samarbejdet mellem almen praksis og hospitaler.....	8	7.1 Lovgivning og rammer for praksisplanen	25
2.5 Særligt om samarbejdet mellem almen praksis og den øvrige praksissektor.....	8	7.2 Sammenhæng til andre planer og aftaler	26
Målsætninger	8	7.3 Gyldighedsperiode.....	26
3 SIKRE MÅLRETTEDE INDSATSER TIL DE PATIENTER, DER HAR STØRST BEHOV	9	8 BILAG.....	27
3.1 Børn og unge med særlige udfordringer.....	9	Bilag 1: Uddrag fra Overenskomst om almen praksis (januar 2018). Kapitel V. Tilgængelighed og service	27
3.2 Borgere med psykisk sygdom	10	Bilag 2: Fora vedrørende kommunikation og samarbejde om lægedækningen	29
3.3 Borgere med kroniske sygdomme og/eller komplekse problemstillinger	10	Bilag 3: Regions- og kommuneprofiler vedrørende lægedækning.....	30
Målsætninger	11	Jammerbugt Kommune.....	36
4 UDVIKLE OG FASTHOLDE DEN FAGLIGE KVALITET.....	12	Brønderslev Kommune	40
4.1 Kvalitetsudvikling og patientinddragelse.....	12	Frederikshavn Kommune	44
4.2 Kvalitetsudvikling i kvalitetsklynger.....	12	Hjørring Kommune.....	49
4.3 Samarbejde om medicin håndtering.....	13	Læsø Kommune	54
Målsætninger	13	Mariagerfjord Kommune.....	58
5 SIKRE HURTIGERE OG NEMMERE ADGANG TIL ALMEN PRAKSIS FOR BORGEREN	14	Morsø Kommune	63
5.1 Telefonisk og elektronisk tilgængelighed	14	Rebild Kommune.....	67
5.2 Fysisk tilgængelighed	14	Thisted Kommune	71
5.3 Digitale løsninger	15	Vesthimmerlands Kommune	76
Målsætninger	15	Aalborg Kommune	80
		Bilag 4: Kapacitetsstyringsmodel for almen praksis	89
		Bilag 5: Uddannelsen i almen medicin	90

1. Indledning

Vi, Praksisplanudvalget i Region Nordjylland, præsenterer hermed den vedtagne praksisplan for almen praksis, som er gældende fra 2021. Praksisplanen er gældende for praktiserende læger med overenskomst, udbudsklinikker og regionsklinikker (i det kommende kaldet "almen praksis").

Praksisplanen skal medvirke til at sikre et fortsat velfungerende og nært samarbejde mellem kommuner, region og almen praksis, så vi i fællesskab kan håndtere de udfordringer og opgaver, som sundhedsvæsenet står overfor i den kommende planperiode. Alt med det formål at skabe det bedste sundhedstilbud for borgeren. Almen praksis skal således fungere som et attraktivt og tilgængeligt sundhedstilbud i lokalmiljøet og udgøre hjørnestenen i det danske sundhedsvæsen.

Det er således vores ønske, at praksisplanen skal være en politisk plan med klare målsætninger, der understøtter almen praksis som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenet står i de kommende år overfor en række udfordringer. Befolkningen lever længere, hvilket lægger et pres på hele sundhedsvæsenet. Det er samtidig en kendsgerning, at der bliver flere borgere med kroniske sygdomme. Der bliver stillet krav og forventninger fra borgerne til kvaliteten i sundhedsvæsenet, og nye teknologiske muligheder samt digitale løsninger opstår hele tiden.

Hospitalerne er i de senere år blevet mere specialiserede og endnu dygtigere til at behandle borgerne. Flere borgere udskrives hurtigere fra hospitalerne, der sker en højere grad af ambulant behandling frem for indlæggelse, ligesom en række behandlinger, som tidligere har foregået i hospitalsambulatorier, nu kan klares i borgerens eget hjem. Det betyder, at flere borgere skal have et tilbud i det nære sundhedsvæsen, dvs. i eget hjem, i kommunerne og hos almen praksis. Der sker således en konstant udvikling af opgaveløsningen mellem region, kommuner og almen praksis, hvorfor et nært

samarbejde er afgørende. Udfordringerne for sundhedsvæsenet i fremtiden bliver derfor at sikre en indsats af høj kvalitet til alle borgere i Nordjylland med udgangspunkt i den enkelte borgers behov og vilkår. Samtidig er det vigtigt, at vi udnytter de sundhedsfaglige ressourcer bedst muligt.

I fremtidens sundhedsvæsen skal almen praksis fortsat være borgernes primære kontakt og indgang til sundhedsvæsenet. Det er her, hvor borgeren frit kan henvende sig med sundheds- og helbredsmæssige spørgsmål. Den praktiserende læge har ofte et stort kendskab til sine patienter og vil oftest være den, der samler trådene og sikrer sammenhæng i borgernes sygdomsforløb. Almen praksis har derfor stor betydning for borgernes sundhed og for det sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

1.1 Baggrund og rammer for praksisplanen

Praksisplanudvalget udarbejder i hver valgperiode en praksisplan for almen praksis' opgavevaretagelse.

Sundhedsstyrelsens vejledning beskriver, at praksisplanen skal medvirke til at:

- Styrke almen praksis' samarbejde med kommunen og andre aktører omkring patientforløb, herunder sikring af sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet
- Styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til øvrige planer på sundhedsområdet
- Sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder, så alle borgere kan få et almen medicinsk tilbud

Praksisplanen har hovedfokus på almen praksis' rolle og samspil med hospitaler og kommuner, herunder hvordan vi i fællesskab bidrager til at styrke almen praksis som tovholder for borgeren. Praksisplanen omhandler herudover lægedækning og tilgængelighed til almen praksis.

1.2 Vision og pejlemærker

Der er en tæt sammenhæng mellem Sundhedsaftalen og praksisplanen, idet praksisplanen bidrager til Sundhedsaftalens gennemførelse på almen praksis området.

Den fælles vision for både Sundhedsaftalen og praksisplanen er, at:

Nordjyderne bliver sundere og oplever et sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen, der er til for dem.

Sundhedsaftalen arbejder hen mod visionen gennem fem politiske pejlemærker jævnfør figur 1. Sundhedsaftalen har derudover særligt fokus på følgende målgrupper:

- Børn og unge med særlige udfordringer
- Borgere med psykisk sygdom
- Borgere med kroniske sygdomme og/eller komplekse problemstillinger

På grund af den tætte sammenhæng mellem praksisplanen og Sundhedsaftalen, har praksisplanen fokus på tilsvarende målgrupper. Det er målgrupper, som vi i fællesskab ønsker en styrket indsats i forhold til. I Sundhedsaftalen er der indgået en række samarbejdsaftaler, som kan ses på regionens hjemmeside.

Praksisplanens pejlemærker er formuleret på baggrund af Sundhedsaftalens vision og pejlemærker, den indledende høring af almen praksis og regionens 11 kommuner samt nationale krav. De følgende pejlemærker danner rammen for arbejdet den kommende planperiode:

- **Styrke nære relationer**
- **Sikre målrettede indsatser til de patienter, der har størst behov**
- **Udvikle og fastholde den faglige kvalitet**
- **Sikre hurtigere og nemmere adgang til almen praksis**
- **Styrke proaktivt samarbejde om lægedækningen**

Vision: Nordjyderne bliver sundere og oplever et sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen, der er til for dem



Tabel 1: Illustration af den fælles vision for Sundhedsaftalen 2019 og praksisplanen samt Sundhedsaftalens pejlemærker og praksisplanens pejlemærker

De enkelte pejlemærker og målsætninger vil blive udfoldet i de kommende afsnit.

Praksisplanudvalget er ansvarlig for løbende opfølgning på pejlemærker og målsætninger i planperioden.

1.3 Opfølgning på praksisplanen

Det er vigtigt, at der i hele planperioden er fokus på gennemførelse af praksisplanens målsætninger. Det kræver et fortsat politisk fokus og samarbejde på administrativt plan med deltagelse fra kommuner, region og almen praksis. Der vil blive etableret en implementeringsgruppe i planperioden, som følger op på planens målsætninger i forhold til konkrete indsatser. Implementeringsgruppen vil på et af de førstkomende møder efter planens vedtagelse fremlægge et idékatalog over konkrete mulige indsatser. Konkrete indsatser, herunder implementering af initiativer fra Sundhedsaftalen, drøftes i Praksisplanudvalget og aftales mellem de enkelte parter.

På Praksisplanudvalgets møder vil der herudover løbende være temadrøftelser om de enkelte pejlemærker, hvilket skal bidrage til at fastholde sammenhængen mellem Sundhedsaftalen og praksisplanen. For at sikre implementering af praksisplanen drøfter Praksisplanudvalget en årlig status på arbejdet med aftalens pejlemærker og målsætninger. Der udarbejdes endvidere en midtvejsstatus, bl.a. via politiske dialogmøder med kommunale politikere fra de enkelte kommuner.

Patientinddragelsesudvalget vil blive inddraget i implementeringen af praksisplanen. Den konkrete inddragelse vil blive aftalt mellem Patientinddragelsesudvalget og Praksisplanudvalget.

Praksisplanens inddeling tager udgangspunkt i de enkelte pejlemærker. I hvert afsnit beskrives de enkelte pejlemærker og konkrete målsætninger nærmere, og hvad vi konkret vil fokusere på samt arbejde videre med i planperioden.

Første pejlemærke indeholder en beskrivelse af, hvordan vi styrker nære relationer mellem samarbejdspartnere samt styrker almen praksis' rolle som tovholder for patienten.

Andet pejlemærke indeholder en beskrivelse af, hvordan vi sikrer målrettede indsatser til de patienter, der har størst behov.

Tredje pejlemærke indeholder en beskrivelse af, hvordan vi vil udvikle og fastholde den faglige kvalitet i almen praksis.

Fjerde pejlemærke indeholder en beskrivelse af, hvordan vi vil sikre hurtigere og nemmere adgang til almen praksis for borgeren.

Femte pejlemærke indeholder en beskrivelse af, hvordan vi proaktivt vil styrke samarbejdet om lægedækningen samt en beskrivelse af den aktuelle lægekapa-citet. Pejlemærket indeholder endvidere en beskrivelse af den forventede udvikling i lægedækningen i planperioden samt planer for arbejdet med rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger.

Afslutningsvis findes formalia og bilag. I bilagene findes blandt andet konkrete initiativer vedrørende rekruttering mm.



2. Styrke nære relationer

Mange patientforløb går på tværs af almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen. Behandlingsforløbet skal være skræddersyet den enkelte patient og behandlingen skal tage udgangspunkt i patientens individuelle udfordringer og behov. Det gælder samtidig om at skabe et patientforløb, hvori patienten føler sig tryk og hørt, og hvor patienten og pårørende ikke er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patientens forløb.

Vi får fremover brug for et endnu tættere og velfungerende samarbejde mellem sektorerne. Vi skal være endnu bedre til at bygge bro, så patienten oplever et trykt og sammenhængende forløb mellem almen praksis, udbudsklinikker, regionsklinikker, kommuner, hospitaler og andre behandlings-tilbud.

Patienten skal føle sig tryk ved, at information overleveres ordentligt, og at de fagpersoner, der er involveret i patientens behandling, kommunikerer hensigtsmæssigt, hurtigt og nemt. Dette stiller krav til både kommuner, hospitaler og almen praksis. Vi skal se hinanden som medspillere og i fællesskab tænke klogt og innovativt, så vi fortsat kan have og udvikle et sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen.

2.1 Almen praksis som tovholder for patienten

Almen praksis er som udgangspunkt tovholder for patienten. Hovedparten af patienterne i almen praksis er årligt i kontakt med deres praktiserende læge, ligesom størstedelen af patienter, er tilmeldt den samme praksis i lang tid. Den praktiserende læge vil i mange tilfælde kende patienten og have en særlig viden om patientens sygdomshistorik.

Den praktiserende læge har en særlig rolle i forhold til at varetage opgaver relateret til tidlig opsporing, forebyggelse og opfølgning efter indlæggelse, men også i forhold til at se og reagere på ændringer i tilstanden for patienter i længerevarende behandlingsforløb.

Patientens primære indgang til sundhedsvæsenet er gennem almen praksis, og det er her, hvor alle patienter frit kan henvende sig med deres helbredsproblemer. Almen praksis vil også oftest være tovholder i patientens sygdomsforløb, og er den, der skaber overblik, koordination og sammenhæng i den samlede indsats for patienten. Tovholderrollen betyder, at almen praksis samler trådene og sikrer, at der er en sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger.

2.2 Tværgående samarbejde mellem almen praksis, kommuner og hospitaler

For at sikre at patienterne modtager et sammenhængende forløb, er der ofte behov for koordination og samarbejde på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Vi har fælles ansvar for at sikre, at ansvaret for patientens behandling og forløb ikke bliver uklart, og der opstår risiko for, at patienten falder mellem to stole.

Samarbejdet og koordinationen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis er vigtigt inden for en række områder. Vi har valgt at fremhæve det tværgående samarbejde, som gælder uanset patientgruppe, idet vi ved, at dette tema af og til skaber udfordringer og tvivl for de involverede aktører i patientens forløb.

Behandlingsansvar for patienten i forbindelse med sektorovergang

Behandlingen af patienter beror ofte på et samarbejde mellem læger på forskellige kompetenceniveauer og fra forskellige specialer. Patienter udredes og modtager behandling fra flere forskellige enheder, hvorfor ansvaret for patientens behandlingsforløb kan risikere at blive uklart – ikke kun for patienten og pårørende, men også for de sundhedsfaglige aktører.

Uklarheden omkring hvem der har ansvaret for patientens behandlingsforløb, opstår ofte i forbindelse med sektorovergange eller medicinordinationer. Når en patient overgår fra en sektor til en anden, skal det være klart for alle – patient, pårørende og den praktiserende læge – hvilket ansvar, der er overdraget og til hvem, og dermed også hvem, der kan kontaktes og hvordan, hvis der opstår problemer eller spørgsmål om behandlingsforløbet.

En tryk overgang ved udskrivelse til kommunerne

For de borgere, hvor en kommunal indsats skal iværksættes efter udskrivelse, er det vigtigt med en velkoordineret udskrivelse. Det er hospitalet, som i første omgang har ansvaret for, at der sker den nødvendige overlevering til kommunen og almen praksis. En epikrise og/eller behandlingsplan skal således være klar, når patienten udskrives til kommunen. En tryk overgang ved udskrivelse indebærer også, at udskrivende hospitalslæge sørger for, at medicinordination og recepter foreligger, så de er tilgængelige ved udskrivelsen, ligesom det Fælles Medicinkort (FMK) er ajourført. Herudover skal det være nemt og hurtigt for kommunens medarbejdere at få fat i udskrivende afdeling. Det gælder særligt i de tilfælde, hvor der er stor risiko for genindlæggelse, og hvor behandlingsansvaret for borgeren endnu ikke er overdraget til den praktiserende læge.

Opgaveoverdragelse

Afhensyn til patienternes tarv og i gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver og -tilrettelæggelse, er det vigtigt, at flytning af opgaver sker på aftalt og planlagt vis. Det kan eksempelvis ske via Sundhedsaftalen eller Overenskomst om almen praksis.

Ved større opgaveflytninger er det ligeledes væsentligt, at de nødvendige faglige kompetencer er til stede hos almen praksis, og ved behov, at den nødvendige kompetenceudvikling finder sted.

Vi er enige om, at der fortsat skal være plads til mindre justeringer i arbejdsdelingen, hvilket kan ske ved den løbende dialog i det daglige samarbejde mellem parterne, typisk ved brug af lokale praksiskonsulenter som mellemed.

Digitale muligheder

Digitalisering er en naturlig del af varetagelsen af opgaverne i sundhedsvæsenet. Vi er på mange områder kommet langt med at digitalisere kommunikation (f.eks. recepter og henvisninger) og arbejdsgange i sundhedsvæsenet. Herudover giver Sundhed.dk borgerne en samlet digital indgang til sundhedsvæsenet.

Vi er enige om vigtigheden af at afprøve og ibrugtage digitalt understøttede og telemedicinske løsninger i almen praksis. Vi ønsker et fokus på løsninger, der i flere kontekster (f.eks. på tværs af sektorer) kan skabe forbedrede patientforløb, lette arbejdsgangene samt øge tilgængeligheden og kvaliteten. Formålet skal være at skabe bedre sammenhæng i det enkelte patientforløb, herunder også på tværs af sektorer og behandlere. Samtidig skal digitale løsninger være med til at styrke samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis med henblik på sammenhængende patientforløb og koordinering af indsatsen for den enkelte patient.

Den praktiserende læge har en stor samarbejdsflade. Det forventes, at samarbejdet med patienter og samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet kan smidiggøres gennem anvendelsen af telemedicinske løsninger, såsom brugen af videokonference. Eksempelvis kan den praktiserende læge deltage i udskrivningskonferencer, patientkonsultationer, koordineringsmøder og lignende ved brugen af videokonference fremfor fysisk fremmøde.

2.3 Særligt om samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Almen praksis' kontakt til og samspil med kommunerne er omfattende og spænder vidt – eksempelvis fra samarbejde med det kommunale sundhedspersonale om ældre og sårbare patienter, det socialt-lægelige samarbejde på arbejdsmarkedsområdet til forebyggelse på børne- og ungeområdet.

I størstedelen af de nordjyske kommuner er der ansat kommunale praksiskonsulenter, som typisk er en praktiserende

læge fra lokalområdet. Disse fungerer som bindeled mellem den enkelte kommune og de lokale praktiserende læger, og understøtter samarbejdet, dialogen og implementeringen af diverse indsatsområder.

Et velfungerende samarbejde om patienter, koordinering af indsatser, gensidig informationsudveksling mv. kræver effektive og lettilgængelige måder at kommunikere på. Udover telefonisk kontakt er der mulighed for at sende mailkorrespondancer mellem kommuner og almen praksis. Det er vigtigt, at vi i kommunikationen har fokus på god gensidig tilgængelighed, kendskab til og respekt for hinandens arbejdsgange, og at henvendelser er relevante og med høj faglighed, præcision og kvalitet.

Det er væsentligt, at vi lærer af de gode erfaringer om øget gensidigt kendskab og tillid til hinanden, eksempelvis ordningen om faste læger på kommunens plejecentre. Målet med ordningen er blandt andet, at lægen yder sundhedsfaglig rådgivning til personale, at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og at forbedre medicin håndtering mv. Vi oplever, at når kommunens personale og den praktiserende læge kender hinanden og arbejder tæt sammen, giver det en bedre behandling af patienten og bidrager til en bedre udnyttelse af hinandens ressourcer. Tilsvarende gælder for samarbejdet mellem almen praksis og de kommunale akutsygeplejersker. Vi ønsker at styrke og udvikle dette område til gavn for de ældre og sårbare patienter.

Kommunalt-lægelige udvalg

En anden måde at sikre den gode dialog og det gode samarbejde mellem kommuner og almen praksis er via de lokale kommunalt-lægelige udvalg (KLU).

Kommunalt-lægelige udvalg (KLU) mellem kommunerne og de praktiserende læger

Alle kommuner skal i samarbejde med kommunens læger nedsætte et kommunalt-lægeligt udvalg (KLU) bestående af lokale praktiserende læger og repræsentanter for kommunen. KLU er et samarbejdsforum mellem de lokale praktiserende læger og kommunen. KLU sætter således rammen for dialog, information, kommunikation og koordinering mellem kommuner og almen praksis. Det kommunalt-lægelige udvalg behandler emner af fælles interesse med henblik på at styrke samarbejdet mellem de praktiserende læger og kommunen.

En udfordring ved den eksisterende KLU-samarbejdsmodel er, at almen praksis ofte har patienter bosiddende i flere forskellige kommuner, og derfor har den praktiserende læge ikke tilstrækkeligt kendskab til alle de kommunale sundhedstilbud, der måtte være for patienten. Der er tilsvarende udfordringer i forhold til regions- og udbudsklinikker, da de ikke er tilknyttet KLU samarbejdet.

2.4 Særligt om samarbejdet mellem almen praksis og hospitaler

Samarbejdet mellem almen praksis og de nordjyske hospitaler handler helt grundlæggende om, hvordan vi sammen sikrer den gode overgang for patienten. Det gælder både overgangen fra almen praksis til hospitaler og fra hospitaler til almen praksis. Det handler dog også om at bidrage til, at der er tæt dialog og god gensidig tilgængelighed mellem hospitaler og almen praksis om den enkelte patient, f.eks. med det formål at undgå en henvisning eller indlæggelse.

Henvisninger

Når almen praksis henviser borgere til videre behandling i det øvrige sundhedsvæsen, er det vigtigt, at henvisningerne sendes på det rigtige tidspunkt, med tilstrækkelig information og via hurtige og tilgængelige henvisningsveje. Gennem visitation bidrager almen praksis til at sikre en effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Det er væsentligt, at almen praksis' rolle understøttes, f.eks. via pakkeforløb, diagnostiske centre, central visitation, forløbsbeskrivelser mm., så henvisning til sekundær sektor foregår til rette sted og på rette tidspunkt. Det er endvidere vigtigt, at afvisninger af henvisninger er fagligt velbegrundede over for den praktiserende læge.

Henvisning til de rette tilbud forudsætter kendskab til aktuelle tilbud. Samtidig er det nødvendigt, at almen praksis især kender forløbsprogrammernes sundhedsfaglige indhold, anbefalinger og tilbud til den enkelte patient.

Epikriser

Epikrisen er den skriftlige overlevering af oplysninger fra en læge til en anden læge, enten ved patientens udskrivelse eller ved anden afslutning af et behandlingsforløb. Epikrisen er således et væsentligt kommunikationsværktøj til at sikre, at den nødvendige viden om patientens behandling, forløb og eventuel opfølgning videregives til almen praksis.

Epikrisen bør være kortfattet, overskuelig og være målrettet almen praksis. Det er samtidig vigtigt, at den sendes hurtigt og følger den, til hver tid, gældende samarbejdsaf tale. Epikrisen er et væsentligt arbejdsredskab og medvirker til at sikre, at patienten får en sammenhængende og sikker behandling samt den nødvendige opfølgning. Epikrisevejledningen fra 2019 samt farvemarkering af epikriser er med til at understøtte dette.

Let adgang til specialistrådgivning

I det nære sundhedsvæsen er der fokus på, at sundhedsopgaverne skal løses så tæt på borgeren som muligt, herunder at almen praksis er i stand til at færdigudrede og færdigbehandle så mange patienter som muligt. For at sikre de rette kompetencer hos almen praksis til at varetage denne opgave

er det afgørende, at hospitalerne sikrer, at der er let adgang til specialistrådgivning fra hospitalerne til almen praksis. Ved faglig sparring og konkret rådgivning og vejledning med hospitalslægerne, kan den praktiserende læge medvirke til at udrede og behandle patienterne i almen praksis fremfor at skulle henvise til hospitalsbehandling eller indlæggelse.

2.5 Særligt om samarbejdet mellem almen praksis og den øvrige praksissektor

Almen praksis er ligeledes oftest patientens indgang til behandling i den øvrige praksissektor. Det gælder for henvisninger til praktiserende psykologer, kiropaktorer, fodterapeuter, fysioterapeuter og praktiserende speciallæger.

For at sikre det optimale tværsektorielle samarbejde og et sammenhængende forløb for patienten er det vigtigt at styrke kvaliteten af kommunikationen mellem almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren. Samarbejde og kommunikation er særligt vigtigt, når patienten har et forløb, som kræver en tværgående indsats. Som ved andre henvisninger fra almen praksis, er det vigtigt, at henvisninger indeholder tilstrækkelig og relevant information og tilsvarende har almen praksis behov for en tilbagemelding i form af korte, præcise epikriser eller notater.

Det er af væsentlig betydning, at almen praksis har kendskab til hvilke tilbud, henvisningskriterier og pakkeforløb de enkelte behandlere i praksissektoren omfatter. På www.sundhed.dk kan almen praksis blandt andet finde informationer om henvisning til behandlere i praksissektoren, samt om hvilke grupper der er tilskudsberettigede.

Målsætninger

Ud fra pejlemærket om at styrke nære relationer vil vi arbejde med at:

- Skabe mere tydelighed omkring, hvem der har behandlingsansvaret for patienten i forbindelse med sektorovergange.
- Styrke kendskabet og samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og hospitaler.
- Styrke og lette kommunikationen mellem hospitaler, kommuner, almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren f.eks. ved hjælp af digitale løsninger.

3. Sikre målrettede indsatser til de patienter, der har størst behov

Der er lige adgang for alle borgere til almen praksis, men der er stor forskel på den enkelte borgers brug af sundhedsvæsenets ydelser og effekten af behandlingen. Nogle borgere har mange ressourcer og et stærkt netværk, der gør dem i stand til at tage hånd om egen sundhed og sygdom. Andre borgere har færre ressourcer og et begrænset netværk, hvilket kan medføre et større behov for støtte. Andre igen har vanskeligt ved at forstå den vejledning de sundhedsprofessionelle giver, og har derfor også svært ved at handle derefter. Særligt i forhold til sårbare patientgrupper er det vigtigt, at den praktiserende læge som den professionelle part formår at tilpasse sin kommunikation, så den bliver klar og letforståelig for patienten.

Den samme ydelse giver forskelligt udbytte, og derfor skal vi behandle borgerne forskelligt og tage udgangspunkt i de ressourcer borgeren har. Endvidere har vi et fælles ansvar for, at de mest udsatte og syge patienters sygdomme opdages tidligt, og at de på lige fod med andre patienter modtager den rette behandling.

I dette afsnit er vi særligt opmærksomme på målgrupperne, som er prioriteret i Sundhedsaftalen 2019:

- Børn og unge med særlige udfordringer
- Borgere med psykisk sygdom
- Borgere med kroniske sygdomme og/eller komplekse problemstillinger

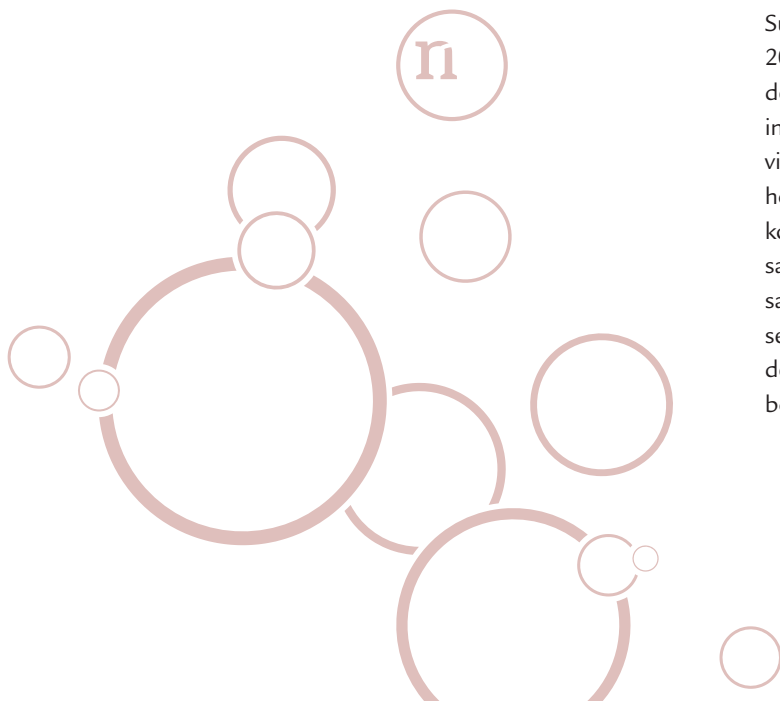
3.1 Børn og unge med særlige udfordringer

Ulighed i sundhed grundlægges tidligt i barndommen og i ungdomsårene. Derfor er der indgået en række samarbejdsaftaler i regi af Sundhedsaftalen, der fokuserer på at sikre, at børn og unge får en god start i livet. Det handler om aftaler, der både har et generelt sigte og aftaler, der er målrettet sårbare grupper. Vi er enige om fortsat at samarbejde om brugen og udviklingen af disse aftaler. Det gælder blandt andet i forhold til videreudviklingen og forbedringen af den elektroniske kommunikation mellem almen praksis, kommunerne (herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) og psykiatrien på børne- og ungeområdet.

Almen praksis' nære kendskab til borgerne og deres familiers situation medfører, at almen praksis har gode forudsætninger for at identificere de forhold, som kræver en indsats fra en eller flere sektorer. Almen praksis møder de gravide, og ser fødselsbørnene til helbredsundersøgelser og vaccinationer. Deltagelsen i disse undersøgelser har betydning for barnet senere i livet. Derfor finder vi det væsentligt at samarbejde om, at forældre kommer til forebyggende børneundersøgelser med deres børn, og at vi er opmærksomme på, ved behov, at henvise den gravide til forebyggende foranstaltninger.

For at sikre at barnet er i trivsel og udvikler sig aldersvarende, har vi et fælles fokus på samarbejde og kommunikation mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje. Dette gælder særligt ved overgangen fra børneundersøgelser hos almen praksis til undersøgelser ved skolesundhedsplejen.

Sundhedsprofilundersøgelser og børnesundhedsprofilen fra 2017 viser, at et stigende antal børn og unge ikke trives, og at de har udfordringer med den mentale sundhed. Her er en tidlig indsats ligeledes påkrævet for, at disse udfordringer ikke skal udvikle sig til psykiatriske problemstillinger. Vi finder derfor et behov for et tæt og fleksibelt samarbejde mellem praksissektoren, kommunerne (herunder Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) samt psykiatrien i forhold til at sikre en tidlig og målrettet indsats for børn og unge, der har særlige udfordringer. Dette skal ses i sammenhæng med Sundhedsaftalen 2019, hvor der ligeledes er målsætning om at sikre en tidlig opsporing og indsats for børn og unge med dårlig mental sundhed.



3.2 Borgere med psykisk sygdom

Borgere med psykiske lidelser har højere risiko for somatisk sygdom, højere forekomst af selvmord og uhensigtsmæssig livsstil i form af eksempelvis misbrug. Det er derfor borgere, som vi skal være opmærksomme på at forbedre samarbejdet om.

Udviklingen i antallet af borgere med psykisk sygdom er stigende. Tal fra Sundhedsprofilen 2017 viser, at andelen i Nordjylland er steget fra 7,4% til 9,5 % i perioden fra 2014 til 2017. Størstedelen af alle henvendelser om psykisk mistrivsel sker gennem almen praksis. Det er derfor vigtigt, at almen praksis har viden om de tilgængelige tilbud samt relevante behandlingsmuligheder til disse borgere med henblik på, at patienten kan rådgives herom.

Samarbejdet på tværs af det psykiatriske område er afgørende for at give borgere med psykisk sygdom koordineret og målrettet behandling samt støtte. Det er et samarbejde med udfordringer, hvor almen praksis blandt andet oplever, at henvisninger til psykiatrien i nogle tilfælde afvises. Herudover er der i nogle tilfælde forskellige opfattelser af, hvornår en patient er færdigbehandlet. De alment praktiserende læger kan med fordel gøre brug af muligheden for rådgivning og sparring fra Psykiatrien med henblik på, at patienten hurtigst muligt kommer i den rette behandling.

Det er en fælles interesse, at almen praksis i Region Nordjylland har et godt kendskab til henvisningskriterierne til psykologbehandling, praktiserende speciallæger i psykiatri og hospitalspsykiatrien. Derfor vil vi i planperioden videreudvikle den tilgængelige information målrettet de praktiserende læger.

Det er også en fælles interesse, at de patienter med behov, som er inden for målgruppen, henvises til de praktiserende psykologer. Vi vil arbejde videre med at opsamle viden med henblik på at udvikle og styrke kvaliteten i henvisningsmønstrene. Vi har ligeledes et fælles ønske om, at privatpraktiserende psykiatere i højere grad involveres som en integreret

del af det samlede sundhedstilbud til psykiatriske borgere i Region Nordjylland. Regionen har derfor iværksat en række initiativer for at udvide og udvikle samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og de praktiserende psykiatere, men også med sundhedsvæsenets øvrige aktører. Vi finder det væsentligt, at der løbende følges op på disse indsatser og eventuelle kommende indsatser på området.

I planperioden arbejder vi videre med at understøtte de initiativer, der er igangsat i regi af Sundhedsaftalen, herunder eksempelvis tilbud om forebyggelse til borgere med psykiske lidelser.

3.3 Borgere med kroniske sygdomme og/eller komplekse problemstillinger

Mange kroniske sygdomme kan forebygges. En tidlig forebyggende indsats og eventuel behandling kan sikre, at kroniske sygdomme forbliver velregulerede, og dermed mindskes konsekvenserne af den kroniske sygdom for den enkelte. Der er imidlertid også en social skævhed i forekomsten af kroniske sygdomme, som er vigtig at have fokus på.

Almen praksis har en nøgleposition i forhold til tidlig opsporing af sygdomstegn hos borgeren, og dermed mulighed for at sætte tidligt ind ved at motivere til forebyggende tiltag og eventuel behandling. Den praktiserende læge har derfor mulighed for at identificere de borgere, der er meget sårbare, viser tidlig tegn på sygdom eller ikke profiterer tilstrækkeligt af et behandlingstilbud.

Den nationale sundhedsprofil 2017 viser:

- At 78,8 % af borgerne har været hos egen læge indenfor de seneste 12 måneder
- At andelen af dagligrygere som har modtaget råd om rygestop er 33,7 % for kvinder og 38,7 % for mænd

Almen praksis skal i samarbejde med de øvrige sundhedsaktører arbejde på at identificere borgere med særlige behov samt i højere grad henvise til kommunale tilbud. Vi skal samarbejde om at sikre differentierede indsatser, så de patienter, der har behov for yderligere støtte i behandlingen, får det. Samtidigt skal de borgere, der i højere grad kan tage ansvar for egen behandling, have den mulighed.

Gennem de seneste år er der sket en udvikling, hvor borgere med behov for indlæggelser generelt er indlagt i kortere tid end tidligere og en større del af opfølgningen, både efter indlæggelser og i ambulante forløb, er lagt ud i almen praksis. Det gælder eksempelvis opfølgningen af borgere med KOL og/eller diabetes type 2. Denne udvikling medfører et behov for øget samarbejde særligt i forhold til borgere med gentagne indlæggelser, længerevarende sygdom og de mest sårbare patientgrupper. Vi har en fælles interesse i, at kommunikation og samarbejde mellem kommune, hospital og almen praksis omkring borgere med kroniske sygdomme og/eller komplekse problemstillinger løbende udvikles og forbedres.

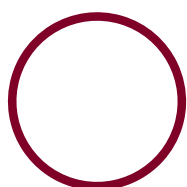
Der er lavet en aftale mellem PLO, Region Nordjylland og de nordjyske kommuner om, at borgere kan tilbydes opfølgende hjemmebesøg, hvor den praktiserende læge og hjemmesyge-

plejersken i fællesskab følger op på borgere udskrevet fra hospital. Det opfølgende besøg er med henblik på nedbringelse af antallet af genindlæggelser og dermed bedre livskvalitet for borgere. Det opfølgende hjemmebesøg giver den praktiserende læge lejlighed til at følge op på og koordinere indsatsen efter en indlæggelse for de svageste borgere. Vi er enige om, at der er behov for at øge brugen af opfølgende hjemmebesøg.

Målsætninger

Ud fra pejlemærket om at styrke målrettede indsatser til de patienter, der har størst behov, vil vi:

- Arbejde med at identificere børn og unge med trivselsudfordringer samt styrke samarbejdet omkring dem.
- Forbedre kommunikationen mellem almen praksis, kommunerne (herunder PPR) og psykiatrien.
- Arbejde med at skabe bedre og mere sammenhængende forløb for sårbare borgere herunder borgere med psykiske og/eller kroniske sygdomme.
- Arbejde med at øge brugen af de opfølgende hjemmebesøg.



4. Udvikle og fastholde den faglige kvalitet

Høj faglig kvalitet kræver vedvarende udvikling af kvalitetsarbejdet med udgangspunkt i borgernes behov. Kvalitetsudvikling i almen praksis er en integreret del af det daglige arbejde i praksis. Det sker blandt andet gennem arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser. Formålet med at rapportere utilsigtede hændelser er at forbedre patientsikkerheden og understøtte en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet, hvor der læres af de utilsigtede hændelser, der bliver begået.

Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland (Nord-KAP) har en række tilbud, som stilles til rådighed for de praktiserende læger og klinikpersonalet. Nord-KAP's opgave er overordnet set at skabe rammerne for, at almen praksis kan levere den bedste kvalitet i patientbehandlingen. Det sker blandt andet gennem tilbud om organisationsudvikling, projektledelse samt efteruddannelse og udvikling af faglig kvalitet i almen praksis' ydelser.

Vi skal bygge videre på dette arbejde med at levere løsninger af høj kvalitet. Vi vil derfor arbejde med patientinddragelse, kvalitetsudvikling samt styrke samarbejdet om medicin-håndtering, hvor sygdomsudviklingen i befolkningen stiller stigende krav til sundhedsvæsenet.

4.1 Kvalitetsudvikling og patientinddragelse

Patienten og pårørende skal i videst muligt omfang opleves som en ressource i sundhedsvæsenet og inddrages i eget udrednings- og behandlingsforløb. Vi ved nemlig, at de patienter, der er godt informerede og medbestemmende i eget forløb, i højere grad er motiverede for at følge en behandlingsplan og er mere tilfredse med behandlingen.

De bedste patientforløb opnås ofte, når borgernes og de pårørendes perspektiver inddrages i behandlingen, og når borgerne støttes i at tage beslutninger om egen sundhed. Borgerne skal opleve, at vi arbejder for at sætte deres ressourcer i spil og understøtter deres mestringsevne og egenomsorg. På den måde understøtter vi borgerne og deres pårørende i at være aktive samarbejdspartnere, og vi skaber i fællesskab den bedste kvalitet i behandlingen.

Patientinddragelse skal udgøre et element i den løbende kvalitetsudvikling i almen praksis. I Sundhedsaftalen 2019 er det aftalt, at der skal videreudvikles på en handleplan for borger- og patientinddragelse. Dette arbejde danner grundlag for arbejdet med patientinddragelse på tværs af sundhedsvæsenet, og herunder almen praksis. I Sundhedsaftalen arbejdes der ligeledes ud fra fælles tværsektorielle principper for det gode patientforløb, hvor der er fokus på at styrke den faglige kontinuitet, sikre klart ansvar for patientens forløb på tværs af sektorer samt inddragelse af patienter og pårørende. Derudover anvender almen praksis løbende data fra patienttilfredshedsundersøgelser i den enkelte praksis for at styrke kvaliteten af sundhedstilbuddet og den oplevede kvalitet blandt patienterne.

4.2 Kvalitetsudvikling i kvalitetsklynger

I Region Nordjylland er der etableret kvalitetsklynger blandt de praktiserende læger. Kvalitetsklyngerne udgør faglige fællesskaber, hvor flere praktiserende læger forholder sig til egne kvalitetsdata, inspirerer hinanden og drøfter sammenhænge og mulige indsatser, der vil understøtte en kvalitetsudvikling.

Kvalitetsklyngerne er et væsentligt grundlag for arbejdet med kvalitet i almen praksis. Det er samtidig vigtigt, at kvalitetsarbejdet i klyngerne ses i sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Kvalitetsklyngerne kan således arbejde med kvalitets- og sundhedsdata i en meget bred forstand. Vi vil derfor tilskynde, at kvalitetsklyngernes arbejde med kvalitetsudvikling, med udgangspunkt i de enkelte klyngers behov, også har et bredt sigte om at skabe bedre patientforløb på tværs af det samlede sundhedsvæsen.

4.3 Samarbejde om medicinhandling

Det Fælles Medicinkort (FMK) er en elektronisk database, hvor alt borgerens receptpligtige medicin er registreret. Et stigende antal borgere har behov for hjælp til medicinhandling. Det medfører en fælles udfordring i at sikre den bedst mulige koordinering omkring borgernes medicin.

FMK er med til at styrke sikkerheden om medicinhandling og dermed øge kvaliteten af behandlingen. Sikker medicinhandling er en væsentlig kvalitet i samarbejdet om patientforløb mellem almen praksis, kommuner og hospitaler.

Almen praksis samarbejder tæt med kommunalt personale, hospitaler, ambulatorier og praktiserende speciallæger om patienternes medicinhandling. For at sikre gode forløb med høj patientsikkerhed og rationel brug af medicin er der behov for at styrke dette samarbejde på medicinområdet.

For at sikre at FMK afspejler borgerens aktuelle medicin, er det afgørende, at den læge, der ordinerer medicin, altid sørger for, at det registreres i medicinkortet. Ved at markere medicinkortet som ajourført viser lægen den næste behandling, at medicinkortet afspejler patientens aktuelle og planlagte medicin på ajourføringstidspunktet og ikke indeholder åbenlyse fejl. Dette er således med til at mindske risikoen for fejlmedicinering, særligt i sektorovergange, idet alle ser det samme, hvorved ingen informationer går tabt.

De praktiserende læger er forpligtet til at ajourføre FMK i forbindelse med årskontroller og opfølgende sygebesøg. Af hensyn til patientforløb opfordres de praktiserende læger til også at ajourføre FMK, når de er bekendt med, at andre i sundhedsvæsenet vil få behov for at iagttage patientens medicinering, f.eks. når patienten modtager hjælp fra hjemme-sygeplejen eller ved henvisning til hospital eller speciallæge.

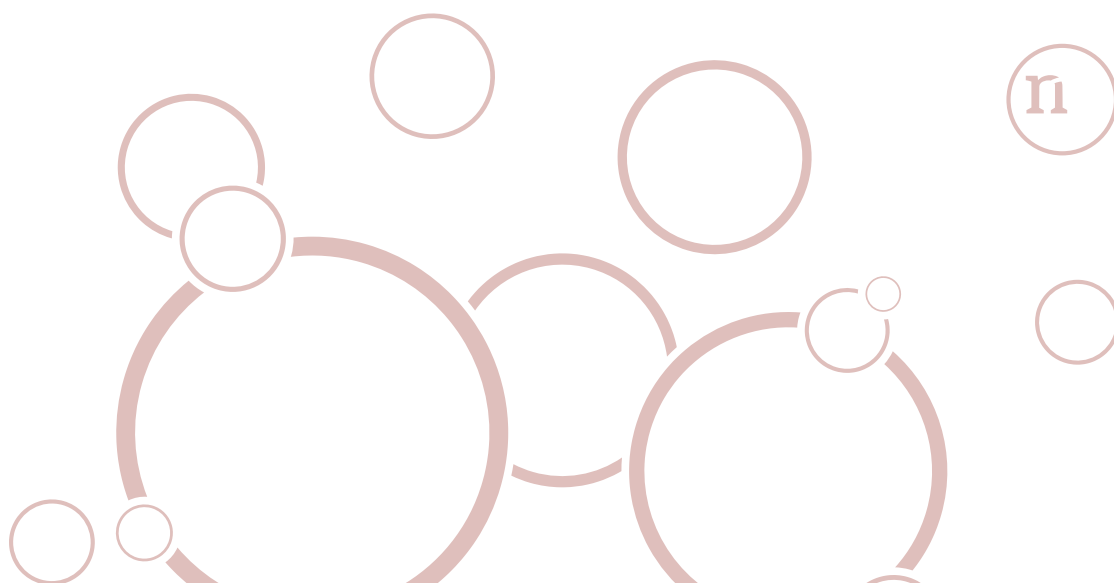
FMK er et redskab til at forebygge utilsigtede hændelser i medicinhandlingen. En af de centrale målsætninger med FMK er, at løsningen øger det samlede overblik over patientens lægeordnede medicin. Forudsætningen for at FMK øger patientsikkerheden og kvaliteten er, at oplysningerne på medicinkortet afspejler den medicin, patienten reelt anvender, og at FMK er fuldt implementeret og anvendes korrekt. Medicinhandling omfatter også håndkøbsmedicin. Hvis lægen mener, der er indikation for behandling med ikke receptpligtig medicin, skal lægen ordinere det i FMK. Der er stadig behov for at forbedre brugen af FMK, herunder sikring af at oplysningerne i FMK altid er retvisende og opdaterede. Vi er enige om at fortsætte dette forbedringsarbejde.

Dosisdispenseret medicin er medicin, som er pakket i doser til den enkelte borger for en bestemt periode. Det er et tilbud til borgere, der formodes at være i en stabil medicinsk behandling. Borgeren kan anmode lægen om at få dosisdispenseret medicin. Det er lægen, der vurderer, hvorvidt en borger skal have dosisdispenseret medicin. Dosisdispensering er et udviklingsområde, der skal samtænkes med øvrige teknologiske løsninger for medicinhandling.

Målsætninger

Ud fra pejlemærket om at udvikle og fastholde den faglige kvalitet vil vi:

- Videreudvikle patient- og pårørendeinddragelse i udviklingen af almen praksis.
- Medvirke til at kvalitetsklyngernes arbejde har et bredt perspektiv på sammenhængende patientforløb af høj kvalitet.
- Arbejde med at forbedre medicinhandling, herunder optimering af brug af Det Fælles Medicinkort (FMK) samt dosisdispensering og øvrige teknologiske løsninger for medicinhandling.



5. Sikre hurtigere og nemmere adgang til almen praksis for borgeren

Borgerne skal have mulighed for hurtigt og nemt at komme i kontakt med deres praktiserende læge. Tilgængelighed handler både om borgerens og samarbejdspartneres muligheder for at komme i kontakt med almen praksis. I dette afsnit fokuseres der kun på tilgængeligheden for borgeren.

Almen praksis er borgerens tovholder og den primære indgang til sundhedsvæsenet. Det gælder både for akutte og ikke-akutte problemstillinger. Det gælder også i de situationer, hvor pårørende eller sundhedspersonale henvender sig på vegne af en borger, der ikke selv er i stand til at henvende sig til lægen. Vi vil fortsat prioritere den fysiske, telefoniske og elektroniske tilgængelighed til almen praksis. Herudover har den digitale udvikling gjort, at der er opstået nye muligheder for kontakten mellem borgeren og almen praksis.

Der henvises til bilag 1 vedrørende Overenskomst om almen praksis' bestemmelser om tilgængelighed og service.

5.1 Telefonisk og elektronisk tilgængelighed

Det er afgørende for almen praksis' funktion som borgernes primære kontakt til sundhedsvæsenet, at borgeren let kan komme i telefonisk og elektronisk kontakt med almen praksis. Telefonisk kontakt er fortsat den typiske måde, borgerne henvender sig til almen praksis, men brugen af elektroniske konsultationer har gennem en årrække været stigende. Det er derfor vigtigt, at almen praksis løbende har fokus på at prioritere og eventuelt forbedre den telefoniske og elektronisk tilgængelighed til klinikken. Der er stor forskel på, hvordan den enkelte klinik har organiseret sig, tilrettelagt arbejdsgange og hvilke tekniske løsninger, der anvendes. Disse er forhold, der alle kan have betydning for den telefoniske og elektroniske tilgængelighed.

Praktiserende læger der ønsker at forbedre arbejdsgangene i klinikken, herunder tilgængeligheden, kan søge vejledning hos Nord-POL (Nordjylland - Praksis Organisation og Ledelse) eller tage emnet op i samarbejdsfora med andre praktiserende læger.

Telefonisk tilgængelighed

- Lægen eller lægens personale skal kunne træffes telefonisk i hele dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes.
- Den praktiserende læge er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser.

Kilde: Overenskomst for almen praksis 2018.

Elektronisk tilgængelighed

- Borgeren skal kunne bestille tid på klinikens hjemmeside
- Den praktiserende læge skal tilbyde elektronisk receptfornyelse og e-konsultation
- Denne form for konsultation anvendes til enkle og konkrete forespørgsler

Kilde: Overenskomst om almen praksis 2018.

5.2 Fysisk tilgængelighed

De fysiske forhold i almen praksis er som udgangspunkt meget forskellige. Nogle klinikker er eksempelvis placeret i storbyområder, hvor pladsen kan være begrænset og adgangsforholdene udfordret, mens andre klinikker er placeret i landområder, hvor andre vilkår kan gøre sig gældende. Vi finder det væsentligt, at almen praksis inden for de givne rammer tilgodeser hensyn til fysisk tilgængelighed for alle borgere eventuelt i samarbejde med kommuner eller region.

Fysisk tilgængelighed

- Borgerne skal sædvanligvis kunne få en konsultation inden for fem hverdage
- Ved akut opstået behov skal borgeren kunne få lægehjælp inden kl. 16.00 samme dag
- Mindst én gang om ugen skal almen praksis tilbyde konsultation efter kl. 16.00
- Den praktiserende læge skal aflægge sygebesøg i dagtiden, hvis der er lægefagligt behov
- Den praktiserende læge skal tilstræbe, at konsultationslokalerne er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicappede toiletter samt handicapparkering nær klinikken.

Kilde: Overenskomst om almen praksis 2018.

I Region Nordjylland er der handicapvenlige adgangsforhold i langt de fleste lægepraksis, men med variationer på tværs af de enkelte kommuner. Den kommune, der har den laveste handicapvenlige adgang, er Aalborg Kommune. Her er der handicapvenlig adgang til ca. 57 % af klinikkerne i kommunen. I de øvrige kommuner er der handicapvenlige adgangsforhold i minimum 90 % af klinikkerne.

Tabel 1: Andelen af praksis med handicapvenlige adgangsforhold

Kommune	Procentandel praksis med handicapvenlige adgangsforhold
Morsø	100
Thisted	94
Brønderslev	90
Frederikshavn	100
Vesthimmerland	100
Læsø	100
Rebild	100
Mariagerfjord	100
Jammerbugt	100
Aalborg	57
Hjørring	95

Kilde: Notus Regional, januar 2020.

Opgørelsen viser, at der i nogle egne af regionen er plads til forbedringer af den fysiske tilgængelighed til almen praksis. Det er vigtigt, at de praktiserende læger har fokus på gode adgangsforhold og faciliteter for alle borgere.

Ved ansøgninger om praksisflytninger er det et kriterie, at der flyttes til konsultationslokaler, der er tilgængelige for bevægelseshæmmede, at der er handicappede toiletfaciliteter samt adgang til handicapparkering i nærheden af praksis.

5.3 Digitale løsninger

Digitale løsninger har et potentiale som et effektivt kommunikationsredskab mellem almen praksis og borgeren. Det kan eksempelvis være videokonsultation og appen "Min Læge". Denne app samler oplysninger fra egen læge og sikrer, at patienter nemmere kan komme i kontakt med egen læge og få adgang til en række oplysninger om blandt andet aftaler, henvisninger og vaccinationer. Borgeren har desuden mulighed for at tilgå oplysninger vedrørende egne sundhedsoplysninger på Sundhed.dk. Det er vigtigt, at borgerne har kendskab til de digitale løsninger. Udviklingen af brug af digitale løsninger skal ske under hensyntagen til borgere, der ikke har mulighed for at anvende digitale løsninger

Målsætninger

Ud fra pejlemærket om at sikre hurtigere og nemmere adgang til almen praksis vil vi:

- Arbejde for at sikre god tilgængelighed til almen praksis og skabe lige adgang for alle borgere.
- Afprøve og udbrede digitale løsninger i almen praksis med henblik på at fremme borgerens tilgængelighed til almen praksis.

6. Styrke proaktivt samarbejde om lægedækningen

I de kommende år arbejder vi fortsat med at sikre nordjyderne en god lægedækning. Praksisplanen udmønter grundlaget for arbejdet med lægedækning. Regionen har det overordnede ansvar for at sikre lægedækning til borgerne, og dette arbejde sker i et tæt samarbejde med almen praksis og de nordjyske kommuner. Pejlemærket omhandler, hvordan vi i fællesskab sikrer tilstrækkelig kapacitet i almen praksis i hele regionen på både kortere og længere sigt. Det omfatter endvidere planlægning af lægedækning samt rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger.

6.1 Lægedækningssituationen i Nordjylland

Region Nordjylland, de nordjyske kommuner og PLO-Nordjylland samarbejder kontinuerligt om, at lægedækningen så vidt muligt sikres via praktiserende læger med ydernummer. Lægedækningsløsninger via praktiserende læger med ydernummer er første prioritet. Vi arbejder målrettet med at sikre tilstrækkelig lægedækning i hele regionen. Lægedækningen sikres med udgangspunkt i et samarbejde mellem region, almen praksis og kommuner gennem drøftelse og beslutningstagen i Praksisplanudvalget. Alle borgere i regionen er tilknyttet en lægeklinik, og i langt de fleste tilfælde er dette hos en praktiserende læge med ydernummer (overenskomstløsning). I den forbindelse skal det nævnes, at en praktiserende læge kan eje op til seks ydernumre. Regionen har oprettet udbuds- og regionsklinikker, hvor det ikke har været muligt at sikre lægedækningen i henhold til overenskomsten.

Region Nordjylland har fået dispensation fra Sundhedslovens bestemmelser, så der kan etableres regionsklinikker uden forudgående udbud i Hjørring Kommune, Morsø Kommune, Thisted Kommune, Jammerbugt Kommune og Vesthimmerlands Kommune.

FAKTABOKS OM LÆGEDÆKNING I NORDJYLLAND (pr. 1. oktober 2019)

Aktuelt fordeler borgere sig således på de forskellige kliniktyper:

- Ca. 90,4 % af borgere har egen praktiserende læge i henhold til overenskomsten
- Ca. 5,8 % af borgerne har læge i en privat lægeklinik (udbudsklinikker)
- Ca. 3,8 % af borgerne har læge i regionsklinikker

Kilde: Notus Regional.

De praktiserende læger med ydernummer køber og sælger deres praksis på almindelige markedsvilkår og kan som udgangspunkt nedsætte sig, hvor de finder det hensigtsmæssigt, hvis de har et ydernummer i det pågældende område. En læge som tildeles et ydernummer har retten til at videresælge ydernummeret til en anden læge, som opfylder overenskomstens bestemmelser.

Indimellem opstår der situationer, hvor lægen ikke kan få solgt sin praksis, eller hvor det på anden måde kan forudses, at der er risiko for, at borgerne kan komme til at stå uden læge. Regionen arbejder tæt sammen med PLO-Nordjylland og kommunerne om at finde løsninger på lægedækningsudfordringer. Hvis det ikke lykkes at løse lægedækningsudfordringerne via overenskomstløsninger, er det i sidste ende regionens ansvar at sikre lægedækning til alle borgere i regionen.



Fordeling af praksis og kapaciteter på praksistyper

Pr. 1. november 2019 er der i Region Nordjylland 330 besatte kapaciteter i almen praksis fordelt på 160 praksis (bilag 3). Praksis er fordelt på solopraksis, kompagniskabspraksis, delepraksis, licensklinik, udbudsklinik og regionsklinik. Fordelingen af praksis og kapaciteter ses af bilag 3.

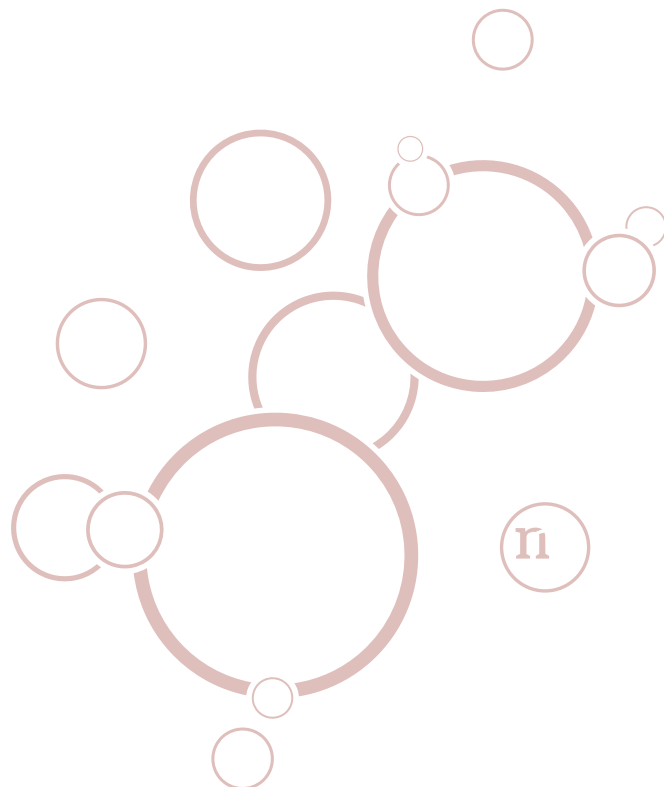
Læge- og sundhedshuse

Region Nordjylland og flere kommuner har i de seneste år fokuseret på etablering af læge- og sundhedshuse med henblik på at afhjælpe lægedækningsudfordringer. Læge- og sundhedshuse kan bidrage til at rekruttere læger til især de lægedæknings-truede områder i regionen. De kan således være et væsentligt element i forhold til at sikre rekruttering og fastholdelse af alment praktiserende læger. Etablering og drift af læge- og sundhedshuse kan endvidere understøtte det nære sundhedsvæsen og muligheden for at levere sundhedsydelser tæt på borgerne i et samarbejde med almen praksis og kommunerne. Flere kommuner har med opbakning fra almen praksis og regionen ansøgt om midler til etablering af nye læge- og sundhedshuse via de centralt afsatte puljer. For at sikre en overordnet retning for drift og udvikling af sundhedshuse i Region Nordjylland har regionen vedtaget fem principper for den regionale indsats på området. Et af disse principper er at sundhedshuse – nuværende og kommende – skal bidrage til at rekruttere læger til især de lægedækningstruede områder af regionen.

Vi vil fremadrettet samarbejde om, at læge- og sundhedshuse er med til at sikre en god lægedækning i Region Nordjylland.

Definition af læge- og sundhedshus

Læge- og sundhedshuse findes i forskellige typer, og der er ikke en entydig definition af, hvad et læge- og sundhedshus skal indeholde. I denne praksisplan defineres læge- og sundhedshuse som en fysisk lokation, der er etableret med henblik på at samle én eller flere praktiserende læger sammen med regionale og/eller kommunale sundhedstilbud. Læge- og sundhedshuse er dermed et fysisk udgangspunkt for et samarbejde mellem kommune, region, almen praksis og andre sundhedstilbud. I forbindelse med oprettelse af læge- og sundhedshuse vil der være en regional og/eller kommunal økonomisk involvering.



Læge- og sundhedshuse er en måde at sikre de fysiske rammer til at drive almen praksis. Generelt set er der behov for, at der er lokaler til rådighed til de læger, klinikpersonale og uddannelseslæger, der er nødvendige for at sikre kapaciteten i almen praksis. Dette kan ske i et samarbejde mellem almen praksis, kommuner og regionen.

6.2 Kapacitetsstyring på almen praksis området

Kommuneprofiler

Som en del af praksisplanen er der udviklet kommuneprofiler, som er et vejledende redskab i forbindelse med at sikre lægedækning i regionen (bilag 3). Det overordnede formål med kommuneprofilerne er at beskrive den nuværende kapacitet samt praksisstrukturen i hver enkelt kommune. Hver profil indeholder en beskrivelse af antal praksis, fordeling på praksistype, antal læger, antal patienter, patienter pr. kapacitet, aktive kapaciteter samt disponerede kapaciteter. Kommune-profilerne indeholder endvidere en beskrivelse af lægernes alder samt befolkningsgrundlaget, herunder forventet udvikling i antal og aldersfordeling. Hver kommuneprofil omfatter en vurdering af lægedækningen og den fremtidige lægedækningsstruktur i den enkelte kommune.

Lægedækningsområder

Hver kommune i regionen er inddelt i et antal lægedækningsområder. Inddelingen af lægedækningsområder i de enkelte kommuner fremgår af bilag 3. Lægedækningsområderne afgrænser de områder, hvor lægepraksis placeres. Lægekapa- citet placeret i et bestemt lægedækningsområde kan ikke uden godkendelse flyttes til et andet lægedækningsområde. Det overordnede formål med inddelingen af lægedæknings- områder er at sikre borgerne tilstrækkelig lægedækning i hele regionen.

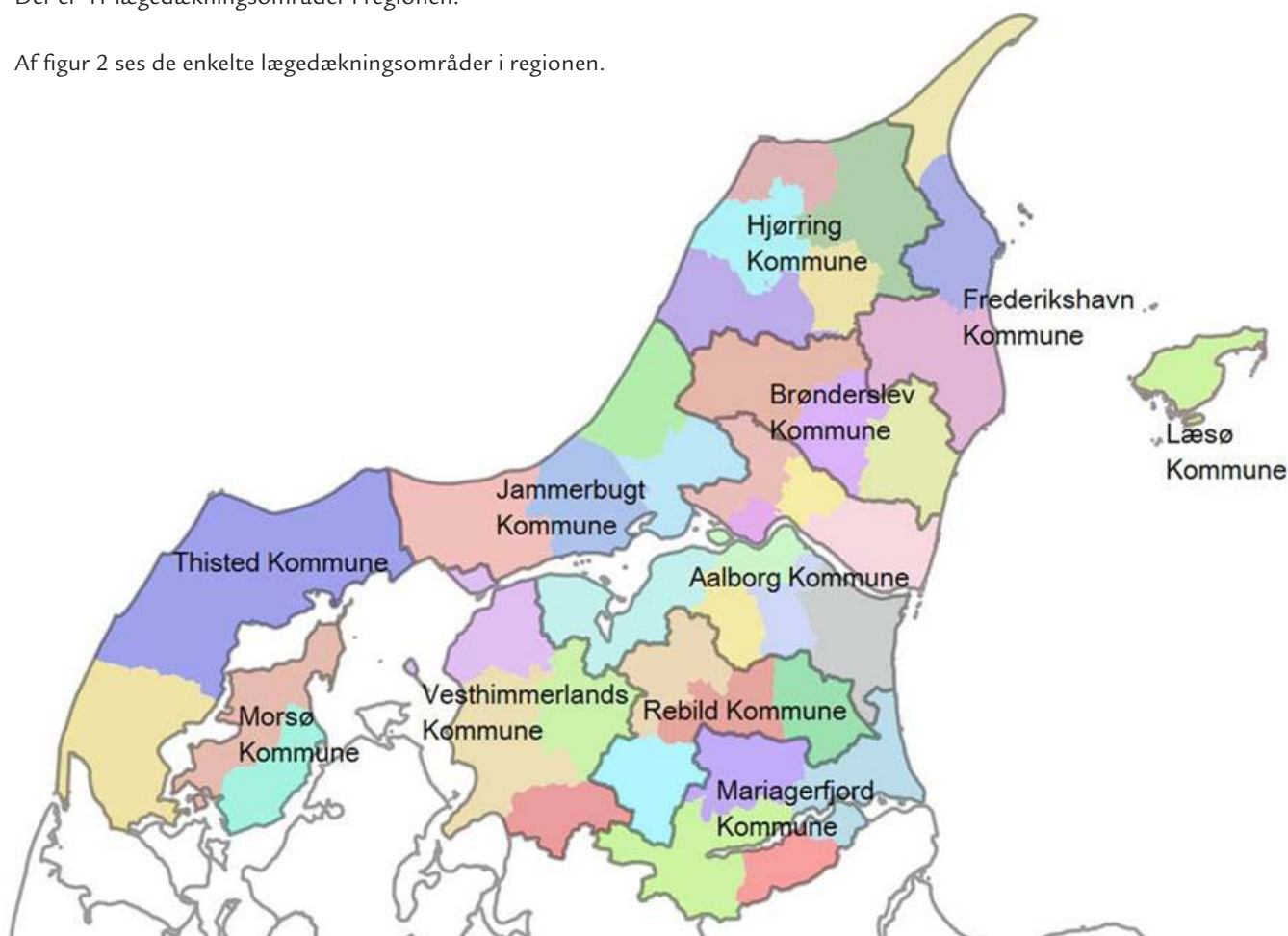
Lægedækningsområderne er afgrænset af kommunegrænser, således et lægedækningsområde aldrig går på tværs af disse. I hvert lægedækningsområde er der en hovedby, som læge- dækningsområdet er navngivet efter. Hovedbyen er grundlag for udregning af borgernes afstand til lægen i de enkelte læ- gedækningsområder, da det er borgerens afstand til hoved- byen, der definerer afstanden.

Der er 41 lægedækningsområder i regionen.

Af figur 2 ses de enkelte lægedækningsområder i regionen.

Vi vil fremadrettet sikre en hensigtsmæssig kapacitetsforde- ling i hele regionen. Da lægedækning er et område, som hele tiden udvikler sig, tager kapacitetsstyringen udgangspunkt i en dynamisk model, hvor kapaciteten løbende kan udvides og indskrænkes afhængigt af behovet i det pågældende om- råde. Kapacitetsstyringsmodellen fremgår af bilag 4.

For at sikre borgerne i regionen et nært lægetilbud inden for en rimelig afstand, er det nødvendigt, at der er et passende antal kapaciteter i de enkelte lægedækningsområder. Er der for få kapaciteter, er der risiko for, at borgeren i området ikke kan få et nært lægetilbud. Det skal bemærkes, at selvom der er tilstrækkeligt med kapaciteter, er der stadig risiko for, at nogle borgere får langt til nærmeste lægetilbud, hvis ka-



Figur 2: Kort over regionens inddeling i lægedækningsområder.

paciteterne centrerer på få matrikler. Er der for mange kapaciteter, er der risiko for, at denne kapacitet kunne gøre større gavn i et andet lægedækningsområde. Lægedækningsområderne er derfor med til at sikre en jævn fordeling af læger i hele regionen, således at for mange læger ikke nedsætter sig i få større byer.

Planlægningen af kapaciteter tager udgangspunkt i patientpopulationen og lægedækningssituationen i det pågældende område. Der er derfor ikke tilknyttet et specifikt antal kapaciteter til de enkelte lægedækningsområder.

Vi vurderer løbende, hvorvidt der er behov for at indskrænke eller udvide antallet af kapaciteter i et lægedækningsområde. Denne vurdering bliver foretaget med afsæt i forskellige parametre, der beskriver patientpopulationen og lægedækningssituationen i det pågældende område.

Vi arbejder på at opnå den bedst mulige lægedækning, og er derfor indstillet på at samarbejde omkring konkrete situationer, hvor der er behov for at udvise fleksibilitet i lægedækningen. Vi vil fortsat arbejde for, at lægerne nedsætter sig i de områder, hvor behovet er størst.

6.3 Rekruttering og fastholdelse i almen praksis

I den kommende planperiode vil vi yderligere fortsætte med at yde en aktiv rekrutterings- og fastholdelsesindsats, hvor vi bidrager til, at yngre læger søger ud i almen praksis, og at ældre læger finder det attraktivt at udskyde deres planer om ophør. Vi anser det derfor fortsat som væsentligt at skabe attraktive forhold, som ikke alene bidrager til rekruttering af nye læger, men ligeledes til fastholdelse af eksisterende læger.

For at sikre at alle borgere også i fremtiden har let og lige adgang til almen praksis, skal der tages højde for afgang og tilgang af læger. Tallene viser, at vi i de kommende år vil se en stigning i antallet af nyuddannede praktiserende læger i Nordjylland, og statistik fra tidligere år viser, at langt størstedelen nedsætter sig som praktiserende læge her i regionen.

Vi har gennem de seneste år iværksat og understøttet en række indsatser for at fremme rekrutteringen af praktiserende læger til regionen. Vi gør løbende status på lægedækningen med henblik på at være klar til at håndtere ophørsvarsler, befolkningstilvækst og ændringer i demografiske forhold mv. Det betyder, at vi løbende holder os opdaterede på f.eks. antallet af sikrede pr. praksis, lægernes alder og om der er særlige lokale forhold, der skal tages hensyn til. Rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger sker i tæt samarbejde mellem regionen, PLO-Nordjylland og kommunerne.

Som eksempler på tiltag kan nævnes dialog med praktiserende læger vedrørende praksisdrift, organisering samt ophør. Herudover arrangeres der kurser om blandt andet etablering af almen praksis, lederudviklingsforløb samt kurser med fokus på praksisrelevante emner. Der ydes endvidere konsulentbistand til udvikling af almen praksis i den enkelte klinik, herunder ledelses- og organisationsudvikling. Dette kunne f.eks. være gennem højere grad af inddragelse af klinikpersonale. Der arbejdes endvidere med rekruttering gennem kampagner, dialog med læger under uddannelse samt med læger, der overvejer at flytte til Region Nordjylland. I regi af Nord-KAP er der en række initiativer, som både direkte og indirekte har et rekrutterings- og fastholdelsesmæssigt sigte. Det drejer sig om både kvalitetsarbejdet generelt, understøttelse af kvalitetsklynger, efteruddannelse og diverse initiativer.

Der er områder i regionen, hvor det er svært at rekruttere og fastholde læger. Vi har en målsætning om at gå proaktivt ind i denne udfordring og sammen udtænke muligheder for, hvordan vi fremadrettet kan styrke lægedækningen i alle dele af regionen.

Både Region Nordjylland, PLO Nordjylland og de nordjyske kommuner har gode erfaringer med arbejdet med rekruttering og fastholdelse af speciallæger, som der kan bygges videre på i den kommende praksisplanperiode. Det er i den forbindelse væsentligt, at gode erfaringer med rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer deles mellem parterne.

6.4 Målgrupper

At sikre nordjyderne en tilstrækkelig lægedækning kræver, at vi arbejder med rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger lige fra kommende praktiserende læger under uddannelsen til erfarne praktiserende læger. At blive praktiserende læge er et arbejde, der strækker sig over mange år. I praksis kan det tage fra seks år og opefter fra de studerende er færdige på universitetet og har aflagt lægeløftet til, de er uddannede speciallæger i almen medicin. Det samlede uddannelsesforløb ses i figur 3 nedenfor.

Af tabel 2 fremgår det, at det forventes, at i alt 104 læger vil få speciallægeanerkendelse i almen medicin i Region Nordjylland frem mod 2023. I Region Nordjylland nedsætter ca. 85-90% af de færdiguddannede speciallæger sig som praktiserende læger i regionen. De sidste ca. 10-15% nedsætter sig i andre regioner, og/eller beskæftiger sig inden for andre specialer enten i eller uden for Region Nordjylland.

Målsætningen om at samarbejde proaktivt med lægedækning kræver, at der tages hensyn til de forskellige dele af uddannelsen samt forholdene for de eksisterende praktiserende læger. På den baggrund inddeles rekrutteringsindsatsen efter følgende målgrupper:

- 1) Medicinstuderende og læger i klinisk basisuddannelse (KBU)
- 2) Læger i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger
- 3) Færdiguddannede speciallæger i almen medicin

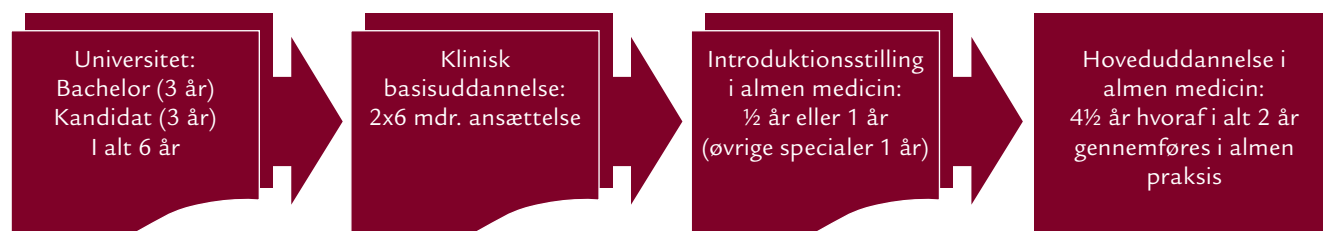
Nedenstående oplystes de forskellige indsatser fordelt på målgrupperne.

Tabel 2: Forventede antal speciallæger i almen medicin 2019 – 2022

År	Antal forventede færdig almen medicinere
2020	30
2021	22
2022	18
2023	34

Kilde: Data vedrørende aktuelt besatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin i Region Nordjylland, Mennesker & Organisation, Region Nordjylland.

Figur 3: En praktiserende læges samlede uddannelsesforløb



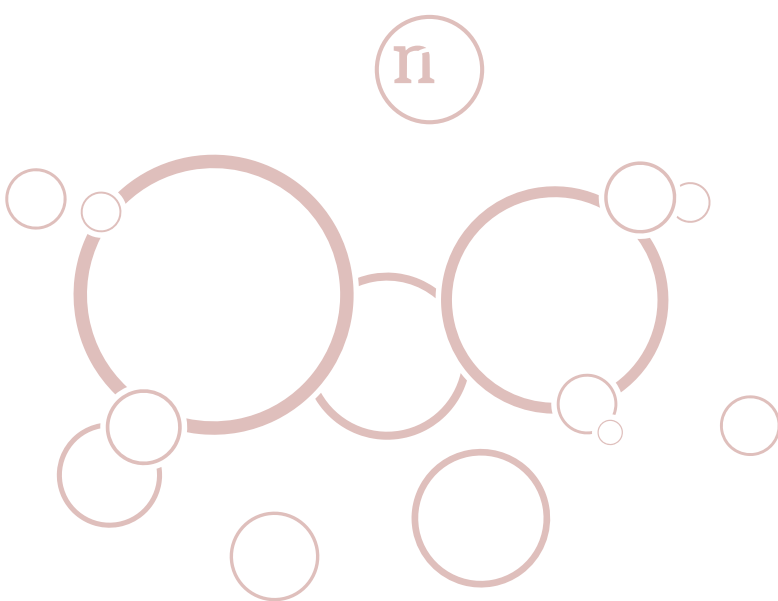
Medicinstuderende og læger i klinisk basisuddannelse (KBU)

Medicinstuderende og læger i klinisk basisuddannelse kan være uafklarede med, hvilket lægespeciale de skal vælge. Her er der i høj grad mulighed for at påvirke deres valg ved at vise dem, hvorfor almen medicin er et spændende speciale.

Medicinstuderende fra Aalborg Universitet er i klinikophold i almen praksis i samlet set tre uger i løbet af deres uddannelse, og her er det vigtigt, at de får en god oplevelse. At give en god oplevelse kan handle om alt fra de faglige problemstillinger og det kollegiale miljø til mulighederne for transport til og fra arbejdsstedet. I flere tilfælde har klinikophold medført, at medicinstuderende har fået ansættelse i almen praksis og senere vælger almen praksis som lægespeciale.

Læger i klinisk basisuddannelse tildeles et lodtrækningsnummer, der afgør, hvor i landet de skal gennemføre den kliniske basisuddannelse. Den klinisk basisuddannelse består af to gange seks måneders ansættelse og gennemføres efter bestået medicinstudie. Målet er, at alle læger i klinisk basisuddannelse skal have seks måneders ansættelse i almen praksis. Informationer om antal besatte KBU-forløb nationalt og i de enkelte regioner fremgår af bilag 5.

Vi vil arbejde for at gøre specialet almen medicin attraktivt og sikre gode praksisophold i hele regionen med særligt fokus på regionens yderområder. Dette kan blandt andet være med til at sikre en senere nedsættelse i regionens yderområder.



Hvad gør vi allerede ift. medicinstuderende og læger i Klinisk Basis Uddannelse?

- Der gennemføres et pilotprojekt fra 2018-2022 med sammenhængende uddannelsesforløb i specialerne almen medicin, kirurgi og psykiatri. Efter gennemførelse af de første fire ansøgningsrunder har der været 17 ansøgere og 17 stillinger er blevet besat.
- Siden 2013 er der gennemført sommerpraktik i almen praksis i Nordjylland, fortrinsvis i praksis beliggende i yderområder. Dette med henblik på at styrke interessen for det alment medicinske speciale hos de kommende læger og samtidig fremme interessen for og kendskabet til praksis i Region Nordjylland.
- På Aalborg Universitet afholdes den afsluttende eksamen for de medicinstuderende i et lægehus, hvor de studerende eksamineres i en konsultation med en patient.
- Der afholdes informationsmøder for 12. semesters medicinstuderende, hvor de har mulighed for at få svar på de spørgsmål, de måtte have til deres kommende uddannelsesforløb. Arrangementerne medvirker til at klæde de studerende bedre på til at træffe beslutning om, hvor i landet de ønsker at gennemføre den kliniske basisuddannelse.
- Fire kursusdage målrettet kliniske basislæger i almen praksis. Kurset omhandler blandt andet gynækologi, børn, psykiatri, diabetes og bevægeapparatet, som alle er emner, der er relevante for yngre læger under deres første praksisansættelse.
- Rekrutteringsarrangementer i de nordjyske kommuner, hvor hovedformålet er rekruttering til specialet almen medicin.
- Regionen har ansat fire almen medicinske uddannelseskoordinatorer og fire yngre almen medicinske uddannelseskoordinatorer. Gruppen har til opgave at sikre og udvikle kvalitet i den lægelige videreuddannelse inden for praksisområdet. Uddannelseskoordinatorerne har opgaver i relation til de uddannelsessøgende yngre læger, sparring med tutorlæger og vejledere på hospitalsafdelingerne.
- Der arbejdes med initiativer, der kan forbedre rekruttering og fastholdelse af KBU-læger. Herunder blandt andet:
 - Den regionale administration deltager på informationsarrangementer for kommende basislæger på universiteterne i Aalborg, Århus, Odense og København.
 - Når basislægerne ansættes, modtager de besked om, hvor de kan finde oplysninger omkring gode vilkår blandt andet i form af kurser og lægeboliger mv.
 - En relevant person fra administrationen er begyndt at indgå i hospitalernes intro til nye medarbejdere ifm. at der starter nye KBU hold.

Læger i introduktions- og hoveduddannelsesstillinger

I modsætning til KBU-stillingerne vælger lægerne selv, hvor i landet samt inden for hvilke specialer de vil søge introduktionsstillinger. Det betyder også, at introduktionsstillingerne i almen medicin i Nordjylland er vigtige at promovere over for nyuddannede læger, fordi stillingerne deler opmærksomheden med introduktionsstillinger inden for alle de øvrige specialer og på tværs af regionsgrænser.

Det er væsentligt, at det gøres attraktivt for lægerne at søge introduktions- og hoveduddannelsesstillinger i regionens yderområder. Ofte vil lægerne være ansatte i disse stillinger i nogle afgørende år, hvor mange enten har fået børn eller overvejer at stifte familie. Derfor skal arbejdet med at gøre introduktions- og hoveduddannelsesstillinger i almen medicin attraktive have et helhedsperspektiv, hvor både muligheder for arbejdsliv og familieliv er i fokus samtidig med, at der skabes gode rammer for fagligt og kollegialt sammenhold.

I Region Nordjylland er der et stigende antal godkendte tutorpraksis fordelt i hele regionen. Antallet af yngre læger, der skal gennemføre en ansættelse i almen praksis, er stigende, dels fordi der kommer flere KBU-læger, og dels fordi en større andel af KBU-lægerne skal have seks måneders ansættelse i almen praksis. Det lægger pres på den fysiske kapacitet i almen praksis. Tilsvarende er søgningen til det alment medicinske speciale stigende i Region Nordjylland, hvorfor der er brug for et stort antal tutorpraksis nu og i fremtiden. Ifølge Overenskomst om almen praksis må der kun være én uddannelseslæge for hver praktiserende læge, der er godkendt som tutor. Denne regel er begrænsende i forhold til at imødekomme det stigende antal uddannelseslæger. Vi ønsker derfor, at begrænsningen i overenskomsten adresseres centralt mellem overenskomstens parter.

I den almen medicinske speciallægeuddannelse indgår i alt 2,5 års ansættelse på forskellige hospitalsafdelinger samt i Psykiatrien. Hospitalsansættelserne finder sted ved Regionshospitalet Nordjylland, Aalborg Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital, Thisted. Denne geografiske spredning er med til at sikre, at lægerne allerede under uddannelsen får en tilknytning til det område, hvor hospitalsansættelsen gennemføres, hvilket gør det lettere at fastholde lægerne i området efter endt speciallægeuddannelse. Vi ønsker at støtte, at uddannelsen fortsat skal finde sted på de tre hospitalsmatrikler.

Information om antal dimensionerede (opslåede), besatte introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger samt antal færdiguddannede speciallæger i almen medicin i Region Nordjylland fremgår af bilag 5.

Hvad gør vi allerede ift. introduktionslæger og/eller hoveduddannelseslæger i almen medicin?

- Der er kontakt til samtlige uddannelseslæger, som er i den sidste del af hoveduddannelsesforløbet med henblik på at tilbyde rådgivning i forhold til afklaring af muligheder for nedsættelse i Region Nordjylland.
- Uddannelseslægerne har mulighed for selv at finde en godkendt uddannelsespraksis, hvor uddannelsesstillingen kan gennemføres. Den udbredte grad af medbestemmelse er med til at sikre et godt match mellem uddannelseslæge og praksis/den praktiserende læge med gode uddannelsesforløb til følge.
- Kursus i etablering af almen praksis til læger som er eller planlægger at nedsætte sig som praktiserende læger i regionen.
- Kursus i lederudviklingsforløb til uddannelseslæger, der er i den sidste del af hoveduddannelsesforløbet eller læger, der er blevet speciallæger inden for de seneste fem år. Der arbejdes med visioner for den pågældende praksis, ledelsesopgaver i klinikken, personligt lederskab og praksisudvikling.
- Vi har en stand på Lægedage, som afholdes årligt. Formålet er at synliggøre mulighederne som alment praktiserende læge i Nordjylland.

Speciallæger i almen medicin

Speciallæger i almen medicin er en bred målgruppe, da den både inkluderer helt nyuddannede speciallæger i almen medicin, som muligvis ikke er klar til at købe en praksis, og speciallæger, der har haft praksis i mange år og muligvis overvejer, hvornår de skal trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Det er for denne målgruppe derfor vigtigt både at tænke i rekruttering og fastholdelse.

I forbindelse med den årlige lægedækningsberegning besvarer de praktiserende læger en række spørgsmål, herunder om der i praksis er planer om delvis eller fuldstændig praksisophør inden for de kommende tre år. Hvis praksis svarer bekræftende på disse spørgsmål vil regionen eller PLO-Nordjylland kontakte praksis med henblik på dialog omkring ønsker og muligheder for fremtiden. Udover at drøfte mulighederne for praksissalg eller salg af en del af praksis er det oplagt at drøfte mulighederne for fastholdelse af den praktiserende læge - enten i den eksisterende praksis eller et andet sted i regionen. I denne sammenhæng er det ligeledes relevant at drøfte, om mulighederne for ydernummer på licens kan fastholde lægen i en ikke nærmere defineret tidsperiode, idet ydernummer på licens i et vist omfang giver mulighed for aflastning af lægen.

Hvad gør vi allerede ift. speciallæger i almen medicin?

- Tilbud i regi af Nord-KAP, som blandt andet omhandler udvikling af faglig kvalitet i almen praksis samt samarbejdet mellem almen praksis, hospitalerne og kommunerne.
- Der pågår et tæt samarbejde mellem PLO-Nordjylland, regionen og den enkelte kommune med henblik på at synliggøre muligheder for nedsættelse. Herunder kontakt til enkeltlæger, som viser interesse for at påbegynde arbejde i regionen, eller fastholde deres arbejde i regionen. Herudover rådgives om udbuds- og regionsklinikker, hvis der vises interesse herfor. Det er tanken, at nuværende og kommende praktiserende læger skal have nem adgang til et samlet overblik over informationer om ledige ydernumre og hvilke praksis, der er til salg i regionen.
- I Nord-KAP findes enheden Ledelse og organisationsudvikling (Nord-POL). Nord-POL tilbyder individuel konsulentbistand til alle regionens lægepraksis, som planlægges i tæt samarbejde med klinikken. Temaet for en ydelse kan bl.a. være strategi, organisationsudvikling eller ledelse. Tilbuddet er både rettet mod eksisterende lægepraksis og nystartede praksis.
- Der er mulighed for etablering af licensklinikker, hvilket kan medvirke til at fastholde læger i de områder af regionen, hvor der er udfordringer med at sikre lægedækningen på almindelige overenskomstmæssige vilkår.

Licensklinikker

Muligheden for etablering af licensklinikker kan medvirke til at tiltrække unge læger og fastholde ældre læger i de områder af regionen, hvor der er udfordringer med at sikre lægedækningen på almindelige overenskomstmæssige vilkår. Ved en licensklinik forstås en klinik, hvor den praktiserende læge arbejder under overenskomsten, men hvor regionen bistår lægen med lokaler, personale og IT. Dette betaler lægen et administrationsbidrag for. I en licensklinik tildeles en læge et ydernummer personligt uden mulighed for videresalg. Muligheden betegnes ”ydernummer på licens”. Regionen kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen.

Licensklinikker kan desuden give plads til uddannelseslæger, når der aktuelt skal etableres flere uddannelsesstillinger i det alment medicinske speciale. Region Nordjylland vil sammen med PLO-Nordjylland gå i konkret dialog med en speciallæge i almen medicin, når og hvis der ytres ønske om at drive en licensklinik.

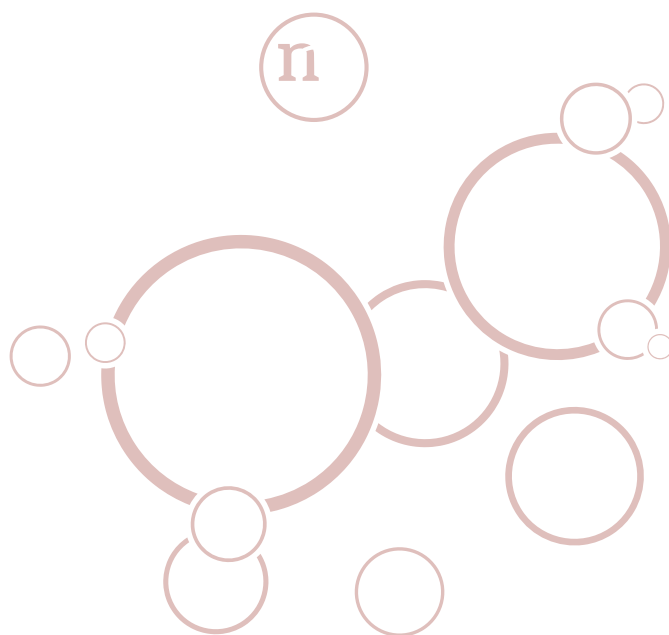
Vi vil i fællesskab arbejde for at fremme muligheden for at arbejde i klinikker på licens, såfremt lægedækningssituationen i området tilsiger det.

6.5 Beslutningskompetence på lægedækningsområdet

I henhold til Sundhedsloven er det regionens forpligtigelse at sikre praktiserende læger til alle borgere. Regionen har endvidere den endelige kompetence til at træffe beslutninger om handlende antal og placering af lægekapaciteter. Regionens beslutninger skal være i overensstemmelse med Praksisplanudvalgets rammer og principper for den strategiske udvikling af lægedækningen.

Region Nordjylland godkendte i december 2018 en strategi for lægedækning på almen praksis området, som definerer Region Nordjyllands administrative grundlag i forhold til at sikre lægedækning. Strategien beskriver de redskaber og initiativer, der bringes i anvendelse med henblik på at sikre lægedækningen for alle borgere i regionen. Dette med henblik på at skabe en attraktiv almen praksis, hvor hensynet til borgerne, nærhed i sundhedstilbud samt en hensigtsmæssig udnyttelse af lægekapaciteten er i fokus.

Strategien indeholder følgende hovedområder: Lægedækning på kort og længere sigt samt kapacitetsstyring på almen praksis området. Disse områder skal hver især bidrage til at sikre en god og kontinuerlig lægedækning til borgerne i Region Nordjylland.



Lægedækning

Lægedækningen sikres i udgangspunktet i et samarbejde mellem region, kommuner og PLO-Nordjylland. Overenskomstløsninger med praktiserende læger med ydernummer prioriteres først. Lægedækningen sikres inden for de gældende lovgivnings- og overenskomstmæssige rammer.

Indimellem opstår der situationer, hvor lægen ikke får solgt sin praksis, eller hvor det på anden måde kan forudses, at der er risiko for, at borgerne kan komme til at stå uden læge. I disse situationer er det regionens ansvar at sikre forsat lægedækning for de pågældende borgere. Det er således i sidste ende Region Nordjylland, som varetager myndighedsforpligtelsen om at tilvejebringe tilbud om behandling hos alment praktiserende læger. Regionen har mulighed for at etablere udbuds- og regionsklinikker, hvis lægedækningen i et område ikke kan sikres ved at en praktiserende læge overtager en ledig eller ny kapacitet i et område.

Kapacitetsstyring på almen praksis området

I forbindelse med de enkeltes klinikkers drift, har de mulighed for at ansøge om forskellige forhold, som henhører under Sundhedsloven og Overenskomst om almen praksis.

Følgende ansøgninger behandles i Samarbejdsudvalget for almen læger:

- Ansøgninger om delepraksis.
- Ansøgninger om generationsskifteaftaler.
- Ansøgninger om nedsat patienttal.
- Ansøgninger om selektiv lukning.

Samarbejdsudvalget kan kun træffe afgørelser i enighed. I andre tilfælde skal sagen forelægges Landssamarbejdsudvalget.

Følgende ansøgninger behandles af regionen:

- Ansøgninger vedrørende praksisflytninger inden for lægedækningsområder.

I henhold til overenskomsten, skal regionen godkende flytninger, som ikke ændrer på forudsætningerne for praksisplanen eller er i strid med denne. Regionen kan godkende andre flytninger, hvis der forelægger særlige omstændigheder.

Følgende sager behandles i Praksisplanudvalget:

- Sager vedrørende flytning af ydernumre på tværs af lægedækningsområder.
- Sager vedrørende oprettelse og indskrænkning af ydernumre.

I sager hvor der ikke kan opnås enighed i Praksisplanudvalget, ligger den endelige kompetence hos Regionsrådet.

Målsætninger

Ud fra pejlemærket om proaktivt at styrke samarbejdet om lægedækningen vil vi:

- Samarbejde proaktivt om at sikre lægedækningsløsninger, herunder muligheden for licensklinikker. Lægedækningsløsninger via praktiserende læger med ydernumre er første prioritet.
- Arbejde aktivt med at skabe læringsrige og positive klinikophold og ansættelse under uddannelse i almen praksis.
- Arbejde aktivt med at rekruttere og fastholde speciallæger i almen medicin i et samarbejde mellem kommuner, regionen og PLO-Nordjylland.



7. Formalia

7.1 Lovgivning og rammer for praksisplanen

Ifølge lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang skal der i hver region nedsættes et Praksisplanudvalg. Praksisplanudvalget er et stående udvalg, der består af fem medlemmer udpeget blandt kommunalbestyrelsesmedlemmer fra kommunerne i regionen (repræsenterer alle regionens kommuner), tre medlemmer fra Regionsrådet og tre medlemmer udpeget blandt alment praktiserende læger.

Følgende lovgrundlag mv. lægger til grund for praksisplanen:

- Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, Sundhedsstyrelsen 20. december 2013
- Bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis
- Aftale om almen praksis af 14. september 2017
- Overenskomst om almen praksis, januar 2018
- Bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
- Lovbekendtgørelse nr. 995 af 14. juni 2018 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
- Bekendtgørelse nr. 1501 af 13. december 2018 om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren
- Medicinhåndtering – Styrelsen for Patientsikkerhed, november 2019.

Praksisplanudvalget er ansvarlig for, mindst én gang i hver valgperiode, at udarbejde og revidere regionens praksisplan samt forestå arbejdet med de aftalte indsatser i planperioden. Praksisplanen skal udgøre en del af regionens samlede sundhedsplan og fungere som et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og praktiserende læger med henblik på at understøtte almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Gældende bekendtgørelse (BEK nr. 256 af 19. marts 2014) samt vejledning (Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, 2013) fastsætter formål, rammer og kompetencer i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen. Ifølge vejledningen skal praksisplanen beskrive de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis

kan bidrage til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne, herunder at almen praksis er organiseret, dimensioneret og kvalificeret til at indgå i et samarbejde med de øvrige aktører på sundhedsområdet. Praksisplanen skal således medvirke til at:

- Styrke almen praksis' samarbejde med kommunerne og andre aktører omkring patientforløb, herunder sikring af sundhedsaftalens gennemførelse på praksisområdet.
- Styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til de øvrige planer på sundhedsområdet.
- Sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder så alle borgere kan få et alment medicinsk tilbud.

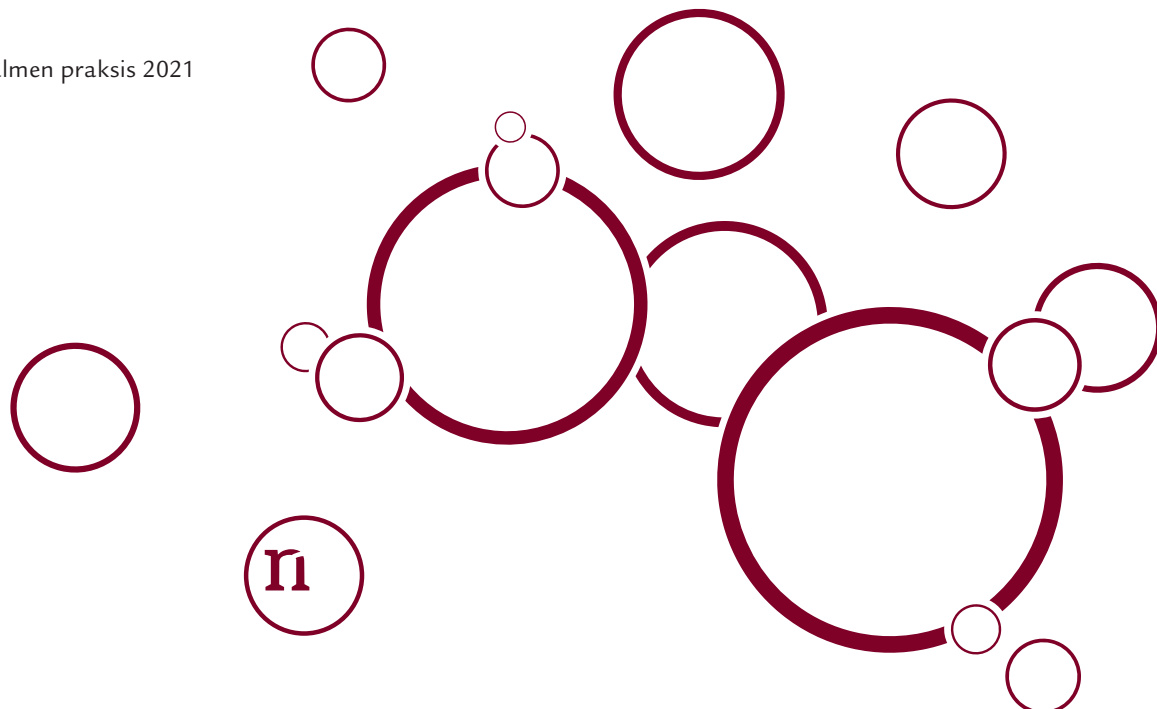
Før påbegyndelsen af udarbejdelsen af en ny praksisplan skal der ifølge vejledningen ske en høring af almen praksis og kommunerne i regionen. Disse høringer er foretaget fra november 2018 til januar 2019.

Derudover skal patienter og pårørendes viden, præferencer og ressourcer inddrages i den overordnede planlægning af almen praksis, herunder også Patientinddragelsesudvalget.

Praksisplanen for almen praksis skal inden vedtagelse forelægges Patientinddragelsesudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget. Sundhedskoordinationsudvalget vurderer løbende udkast til praksisplanen og kan komme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhængen i indsatsen mellem hospitaler, praksissektor og kommunale tilbud. Praksisplanen er sendt i høring ved følgende høringsparter:

- Alment praktiserende læger, der yder vederlagsfri behandling til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1
- Praktiserende Lægers Organisation Nordjylland (PLO)
- Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS)
- alles Lægehus
- Nordic Medicare
- Kommunerne i Region Nordjylland
- De Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU)
- Sundhedskoordinationsudvalget i Region Nordjylland
- Patientinddragelsesudvalget i Region Nordjylland
- Samarbejdsudvalg for almen læger, Region Nordjylland
- Region Nordjylland

Praksisplanen skal inden den endelige vedtagelse forelægges for Sundhedsstyrelsen, som yder rådgivning vedrørende praksisplanens udformning og indhold.



7.2 Sammenhæng til andre planer og aftaler

Udover sammenhængen til Sundhedsaftalen, har praksisplanen ligeledes sammenhæng til andre planer og aftaler på sundhedsområdet i Region Nordjylland.

Region Nordjyllands Sundhedsplan

Regionens Sundhedsplan beskriver, hvordan sundhedsvæsenet er organiseret, og hvilke planer der er på området. Sundhedsplanen har en sammenhæng til praksisplanen, idet Sundhedsplanen indeholder en vision om, at borgeren skal opleve kvalitet og sammenhæng i sektorovergangene mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Region Nordjylland har ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling i almen praksis, og praksisplanen er i den forbindelse en del af regionens sundhedsplan, og skal ses i sammenhæng med denne.

Overenskomst om almen praksis 2018

Overenskomst om almen praksis er en aftale, der beskriver vilkår, rammebetingelser, kvalitetsmål mv. for almen praksis. Overenskomsten er indgået mellem PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Overenskomsten har derfor betydning for, hvilke opgaver, det kan forventes, at almen praksis varetager i forhold til praksisplanens målsætninger. Overenskomsten har særligt fokus på sårbare borgere og borgere med kronisk sygdom. Disse målgrupper er der ligeledes et særligt fokus på i praksisplanen, hvilket styrker sammenhængen mellem overenskomst om almen praksis og denne praksisplan.

Lokalaftaler for almen praksis

Region Nordjylland, PLO-Nordjylland og eventuelt kommunerne kan indgå lokale aftaler, som supplerer overenskomstens bestemmelser. Der er indgået en række aftaler mellem enkelte praktiserende læger og region/kommune. Disse aftaler kan f.eks. laves i forbindelse med rekrutteringstiltag i områder med manglende lægedækning. Praksisplanudvalget arbejder med forskellige lokalaftaler, som beskriver, hvilke opgaver, udover overenskomsten, Praksisplanudvalget er blevet enige om, at almen praksis skal udføre og prioritere. Der er sammenhæng mellem lokalaftalerne og praksisplanen, idet praksisplanens målsætninger understøtter disse.

Øvrige praksisplaner

Der er en tæt sammenhæng mellem denne praksisplan og praksisplanerne på andre overenskomstområder, idet samtlige områder indgår i et samlet sundhedsvæsen, hvor de i fællesskab skal samarbejde om den enkelte borger. Som eksempler herpå kan praksisplanen for psykologområdet nævnes, da planen beskriver, at der er i planperioden, f.eks. gennem mere detaljerede oplysninger om henvisningskriterierne til psykologbehandling, vil blive videreudviklet på den tilgængelige information målrettet praktiserende læger på Sundhed.dk. Denne indsats skal bidrage til at sikre, at almen praksis har mulighed for at få et godt kendskab til overenskomstens anvendelsesområde. Herudover sætter både praksisplanen for psykologområdet, praksisplanen for kiropraktik og praksisplanen for fodterapi fokus på, at kommunikationen til almen praksis styrkes, f.eks. gennem et fokus på korrekt og tilstrækkelig anvendelse af epikriser.

7.3 Gyldighedsperiode

Praksisplanen er gyldig fra 2021. Varigheden af gyldighedsperioden er frem til godkendelse af en ny eller revideret praksisplan.

8. Bilag

Bilagsoversigt

Bilag 1: Uddrag fra Overenskomst om almen praksis (januar 2018). Kapitel V. Tilgængelighed og service.

Bilag 2: Fora vedrørende kommunikation og samarbejde om lægedækningen.

Bilag 3: Regions- og kommune profiler vedrørende lægedækning.

Bilag 4: Kapacitetsstyringsmodel.

Bilag 5: Uddannelsen i Almen medicin.

Bilag 1: Uddrag fra Overenskomst om almen praksis (januar 2018).

Kapitel V. Tilgængelighed og service

Overenskomstens § 45

Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden

Konsultation

Stk. 1.

a. Lægen holder mandag til fredag hver dag konsultation uden tidsbestilling (åben konsultation) og/eller konsultation med tidsbestilling.

b. Lægen skal mindst 1 gang pr. uge have konsultation efter kl. 16. Konsultation efter kl. 16 er fortrinsvis en service for patienter, hvis arbejde forhindrer dem i at benytte konsultationen i dagtiden. Hvis lægen kun har sen konsultation én gang om ugen, må dette ikke være om mandagen. Åben konsultation må gerne være sammenfaldende med den sene konsultationstid. Dagkonsultationen kan bortfalde den dag, lægen eventuelt har sen åbningstid. Lægen kan endvidere give mulighed for ikke akutte konsultationer på andre tidspunkter til almindelig dagtidshonorering.

c. Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at patienter sædvanligvis kan få konsultation senest 5. hverdag efter tidsbestillingen.

d. Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag hos egen læge eller en anden navngiven stedfortrædende praktiserende læge, som lægen har indgået aftale med.

e. Hvis en læge i sin sene konsultationstid efter kl. 16 søges af en patient, der ikke er tilmeldt lægen, men har et akut behandlingsbehov, der ikke kan afvises, er lægen berettiget til at udfærdige regning på et vagthonorar. Ved ikke-akutte tilfælde henvises patienten til egen læge.

Tilrettelæggelse af lægebetjeningen i dagtiden

Telefoniske henvendelser

Stk. 2.

a. Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i hele dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle.

b. Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning. Lægen kan give mulighed for telefoniske henvendelser på andre tidspunkter.

c. Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.

d. Læger der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller klinikpersonalet.

Elektronisk kommunikation

Stk. 3.

a. Lægen skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse og e-konsultation.

b. Ved e-konsultationer skal der være tale om enkle, konkrete forespørgsler af ikke-hastende karakter, som ikke kræver supplerende spørgsmål fra lægens side. E-konsultation omfatter også svar på laboratorieundersøgelser, der sendes efter aftale med patienten.

c. Der honoreres ikke for lægens svar på patientens eventuelle supplerende spørgsmål eller for lægens afvisning af patientens anmodning om e-konsultation. Der honoreres heller ikke for tidsbestilling eller receptfornyelse.

Sygebesøg

Stk. 3.

a. Lægen er forpligtet til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg hos egne tilmeldte patienter, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg, jf. § 43, stk. 1

b. Lægen skal køre sygebesøg uanset afstand fra patientens bopæl/opholdssted til lægens konsultationssted, jf. dog d) og g).

c. Sygebesøgsforpligtelsen gælder til patientens faste bopæl (folkeregisteradresse) eller ophold på kommunal akutfunktion eller aflastningsplads.

d. Lægen kan ved konkret aftale med stedlig læge lade denne løse sygebesøgsopgaven udover 5/15 km.

e. Besøg aflægges som udgangspunkt ikke uden aftale.

f. Lægen skal i sin vurdering af, om et sygebesøg er nødvendigt, tillægge det betydning, såfremt patienten er bevægelseshæmmet.

g. Hvor det ikke er muligt for egen læge eller stedlig læge at foretage sygebesøget som følge af stor geografisk afstand væsentligt ud over 5/15 km. mellem egen læge og patient samtidigt med ekstraordinært arbejdspress, eller i andre ekstraordinære situationer hos såvel egen læge som stedlig læge hvor der må tages væsentlige hensyn til øvrige patienter, sikrer egen læge, at borgerens behov varetages på anden vis.

h. Lægen er forpligtet til at registrere ikke udførte sygebesøg.

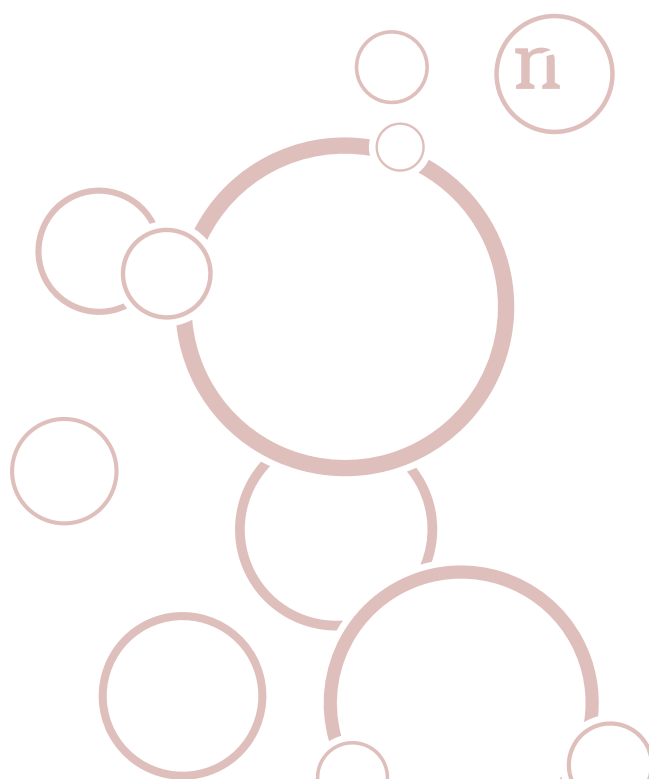
Tilgængelighed og service § 41 Praksisdeklarationer

Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patienten blandt andet ved lægevalg, udarbejdes for hver praksis en praksisdeklaration som offentliggøres på den fælles offentlige sundhedsportal, sundhed.dk.

Blandt de oplysninger, lægen skal registrere vedr. sin tilgængelighed i sin praksisdeklaration er:

- Hvorvidt der er ansat klinikpersonale og i så fald, hvilke funktioner klinikpersonalet varetager
- At praksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende elektronisk kommunikation
- Hvornår lægen kan træffes med henblik på telefonkonsultation
- Om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter tilgodeser bevægelseshæmmede patienter
- Om praksis er åben eller lukket for tilgang
- Oplysning om ferie og fravær, som rækker ud over tre på hinanden følgende hverdage, samt oplysninger om stedfortræders navn, telefonnummer og eventuel hjemmeside.

De oplysninger, der fremgår af lægernes praksisdeklarationer på sundhed.dk vil i planperioden udgøre grundlaget for en undersøgelse af tilgængeligheden til almen praksis, herunder også almen praksis' benyttelse af klinikpersonale.



Bilag 2: Fora vedrørende kommunikation og samarbejde om lægedækningen

Region Nordjylland, de nordjyske kommuner og almen praksis er løbende i tæt samarbejde vedrørende lægedækningen i Region Nordjylland. Samarbejdet finder sted i fora på forskellige niveauer af forskellig karakter. Nedenfor er de fora hvor der samarbejdes om lægedækningen oplistet.

Politisk niveau

Samarbejdsudvalg for almen læger

Samarbejdsudvalget for Almen læger består af fem repræsentanter fra PLO-N, to fra kommunerne og fire fra regionen. Derudover deltager administrative repræsentanter fra Lægeforeningens sekretariat i Nordjylland, administrative repræsentanter fra kommunerne, samt administrative repræsentanter fra Region Nordjylland på møderne. Udvalget vejleder med hensyn til forståelsen og praktisering af Overenskomsten om almen praksis bestemmelser. Herudover har Samarbejdsudvalget udarbejdet en drejebog for kommunikation ved praksisophør og akutte praksisændringer for praktiserende læger. Drejebogen har til formål at beskrive, hvordan både kommuner, PLO-Nordjylland og regionen sammen kan sikre en god kommunikation i disse situationer. Drejebogen er tænkt som et hjælpeværktøj til lægerne ved akutte praksisændringer og praksisophør, hvor lægen ikke kan få solgt sin praksis.

Praksisplanudvalget

Praksisplanudvalget består af tre repræsentanter fra PLO-Nordjylland, fem fra kommunerne og tre fra regionen. Derudover deltager administrative repræsentanter fra Lægeforeningens sekretariat i Nordjylland, administrative repræsentanter fra kommunerne, samt administrative repræsentanter fra Region Nordjylland på møderne. Praksisplanudvalget er ansvarlig for udarbejdelse og revidering af praksisplanen, og udvalget skal forestå det kontinuerlige arbejde med de aftalte indsatser i planperioden. Praksisplanen udarbejdes med afsæt i bl.a. Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner. Efter aftale i praksisplanudvalget behandles særlige emner. Der udarbejdes ved behov tematiserede dagsordener med emner inden for udvalgets opgaveområde. Praksisplanudvalget inddrager den nødvendige fagkundskab, bl.a. gennem rådgivning fra fagpersoner, der repræsenterer almen praksis.

Administrativt niveau

Den Administrative Forhandlingsgruppe

Den Administrative Forhandlingsgruppe er nedsat under Praksisplanudvalget og består af medlemmer fra de nordjyske kommuner, PLO-N og regionen. Den Administrative Forhandlingsgruppe drøfter og udarbejder aftaler som vedrører anvendelse af de lægelige ressourcer, og den økonomi der knytter sig hertil. De aftaler som bliver udarbejdet, bliver fremlagt Praksisplanudvalget til endelig godkendelse.

Udvidet Task Force

Udvidet Task Force består af administrative repræsentanter fra PLO-N, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat og Region Nordjylland. Møderne er tænkt som arbejds møder, hvor konkrete udfordringer og problemstillinger vedrørende lægedækning bliver drøftet. Den aktuelle lægedækningssituation fylder meget, hvorfor konkrete udfordringer og løsninger bliver drøftet og iværksat, hvis dette er muligt.

Møder mellem regionen og kommunernes Borgerservice

Den regionale administration er ca. halvårligt vært for et møde med samtlige Borgerservice i de nordjyske kommuner. Borgerservice har myndighedsansvaret vedrørende lægevalg, hvorfor der her er en stor snitflade til regionens arbejde med lægedækning. På mødet drøftes de udfordringer der opleves på området, og derigennem findes der løsninger for, hvordan området fremadrettet kan administreres mest hensigtsmæssigt. Derudover fungerer mødet også som orientering til Borgerservice omkring den aktuelle lægedækningssituation i Nordjylland, samt hvad der ellers rører sig på området.

Løbende kommunikation

Praksisophør

Når en praktiserende læge varsler ophør overfor regionen, igangsættes en fast procedure som skal sikre, at alle relevante parter er orienterede om situationen og den videre proces. Den praktiserende læge skal varsle ophør seks måneder før vedkommende agter at stoppe, men det er først fire måneder før, at ophøret er endeligt, og dispositionsretten over ydernummeret overgår til regionen, medmindre andet aftales med lægen. I hele ophørsperioden drøftes det konkrete ophør med PLO-N og det fælleskommunale Sundhedssekretariat (Udvidet Task Force), herunder om patienterne eventuelt kan fordeles til omkringliggende praksis. Hvis ikke dette er muligt, igangsætter regionen en annoncering på almindelig overenskomstmæssige vilkår. Når der annonceres ydnumre, henvises der til en kommunal kontaktperson i materialet til eventuelt interesserede læger. Borgerservice og sundhedsdirektøren i den pågældende kommune orienteres om ophøret og annonceringen. Ved endt annoncering orienteres Borgerservice og sundhedsdirektøren om udfaldet af annonceringen og den fremadrettede proces.

Praksisændringer

Som en del af den regionale administrations faste procedure, orienteres kommunernes Borgerservice og PLO-Nordjylland ligeledes, når der sker ændringer i praksis. Dette gælder både ændringer såsom praksishandler og indtrædelse af ny læge, men også ændringer af en mere rutinemæssig karakter, som når en praksis ændrer sin åbne/lukke status, i forhold til tilgang af nye patienter.

Bilag 3: Regions- og kommune profiler vedrørende lægedækning

Indledning

Som en del af praksisplanen for almen praksis er der udviklet kommune profiler, som er et vejledende redskab i forbindelse med at sikre lægedækning i regionen. Det overordnede formål med kommune profilerne er at beskrive den nuværende kapacitet (lægekapacitet) samt praksisstrukturen i hver enkelt kommune. Hver profil indeholder en beskrivelse af antal praksis, fordeling på praksistype, antal læger, antal patienter, patienter pr. kapacitet, aktive kapaciteter samt disponerede kapaciteter. Kommune profilerne indeholder endvidere en beskrivelse af lægernes alder samt befolkningsgrundlaget. Hver kommune profil omfatter en vurdering af lægedækningen og den fremtidige lægedækningsstruktur i den enkelte kommune.

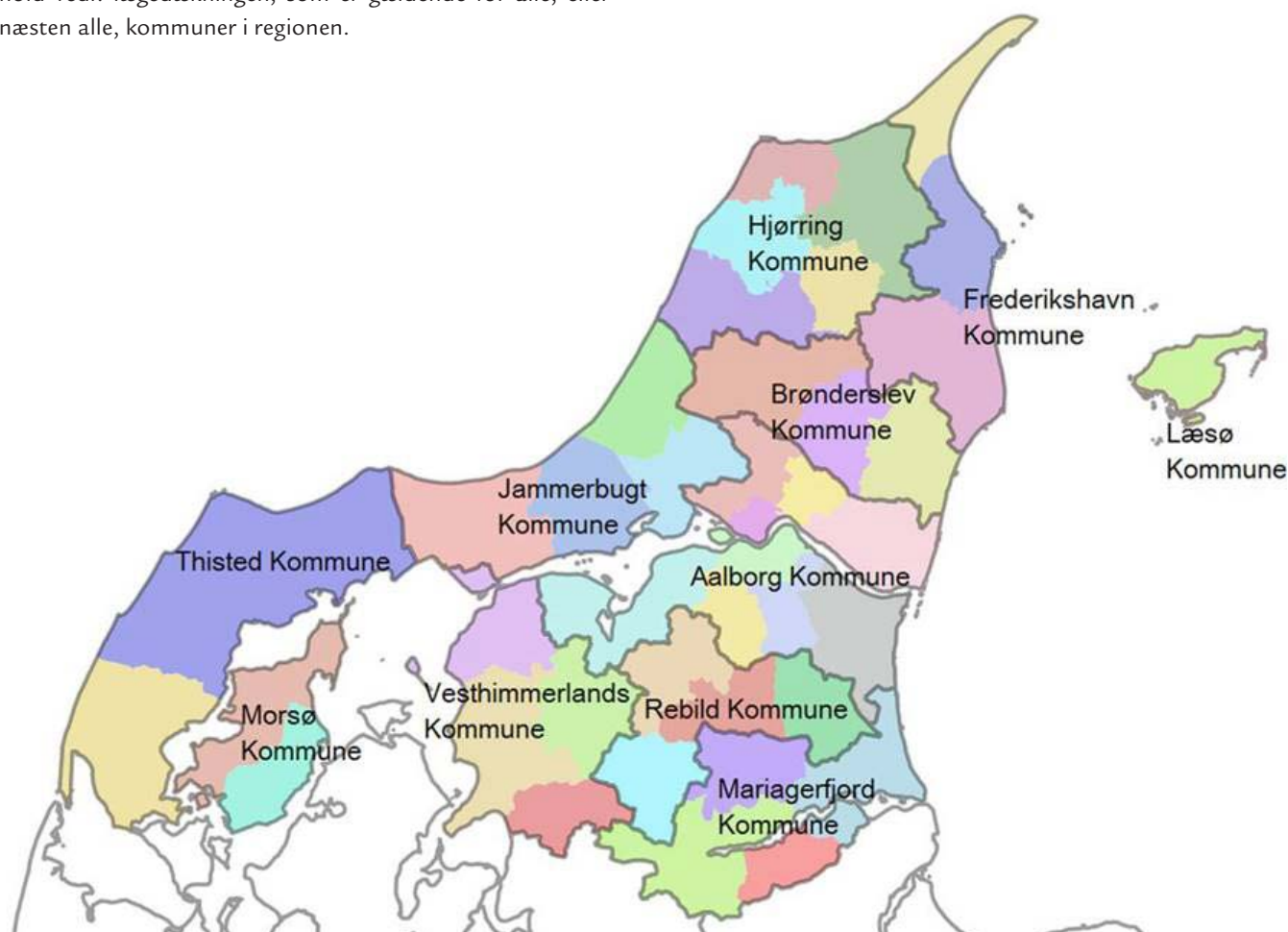
Indledningsvist beskrives grundlaget for inddelingen af lægedækningsområder. Herefter følger en kort beskrivelse af datagrundlaget, hvorefter der gives en forklaring på de forskellige begreber, der anvendes i kommune profilerne. Inden selve kommune profilerne beskrives en række generelle forhold vedr. lægedækningen, som er gældende for alle, eller næsten alle, kommuner i regionen.

Lægedækningsområder

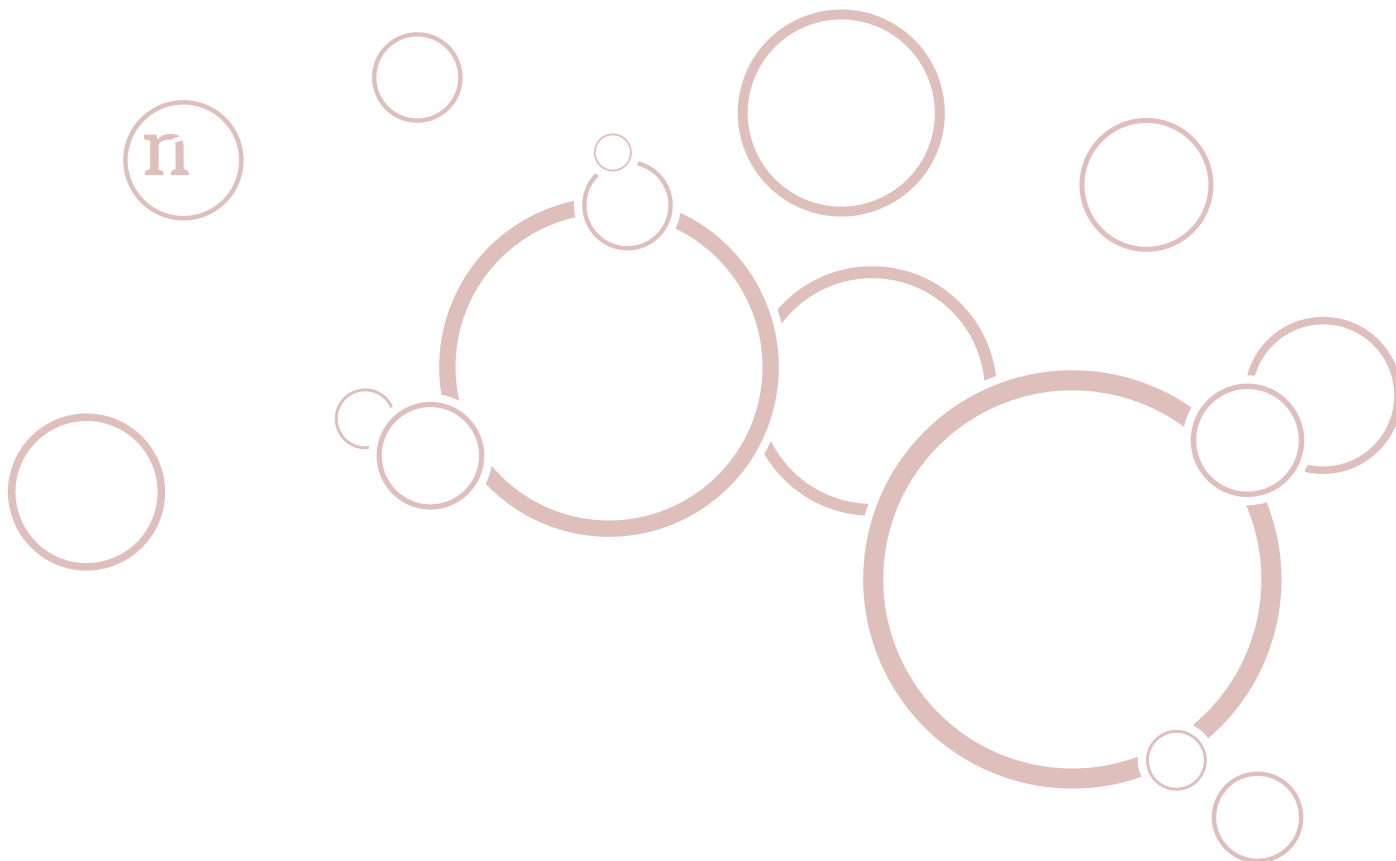
Hver kommune i regionen er inddelt i et antal lægedækningsområder. Lægedækningsområderne afgrænser de områder, hvor lægepraksis placeres. Lægekapacitet placeret i et bestemt lægedækningsområde kan ikke uden regionens godkendelse flyttes til et andet lægedækningsområde. Det overordnede formål med inddelingen af lægedækningsområder er at sikre borgerne tilstrækkelig lægedækning i hele regionen.

Lægedækningsområderne er afgrænset af kommunegrænser, således et lægedækningsområde ikke går på tværs af disse. Inden for kommunerne er de enkelte lægedækningsområder afgrænset på sogneniveau, således, at et lægedækningsområde består af en række sogne.

I hvert lægedækningsområde er der en hovedby, som lægedækningsområdet er navngivet efter. Hovedbyen er grundlag for udregning af borgernes afstand til lægen i de enkelte lægedækningsområder, da det er borgerens afstand til hovedbyen, der definerer afstanden. Metoden for afgrænsning af lægedækningsområder inden for hver kommune har udgangspunkt i den kommunale planlægning og hvilke byer i kommunen, der af kommunen betragtes som hovedbyer.



Figur 1: Kort over regionens inddeling i lægedækningsområder. Farverne angiver alene grænserne for lægedækningsområderne.



For at sikre balance mellem muligheden for at etablere lægepraksis med flere læger (eller at flere læger kan nedsætte sig forskelligt i et område), og at borgerne samtidig ikke skal have for stor afstand fra bopæl til den tilmeldte praktiserende læge, arbejdes der for lægedækningsområder med:

1. En minimumsgrænse på et kommunalt opland på minimum 4.800 indbyggere svarende til et typisk behov på tre kapaciteter.
2. Et mål om kortest mulig afstand for borgerne til centrum af hovedbyen. Der skal som udgangspunkt højst være 15 kilometer fra borgerens bopæl og til centrum af hovedbyen.

Ud fra denne metode er der defineret 41 lægedækningsområder i regionen med mellem 1 til 9 lægedækningsområder i hver kommune. Lægedækningsområderne ses på en regional oversigt i nedenstående figur 1.

Der kan tages stilling til eventuelle ændringer af lægedækningsområderne i planperioden, hvis der opstår behov herfor.

Kapacitetsstyringen (og dermed antallet af kapaciteter inden for det enkelte lægedækningsområde) vil tage udgangspunkt i en model, hvor kapaciteten løbende kan udvides og indskrænkes afhængigt af behovet i det pågældende område.

Datagrundlag

Data der danner grundlag for tabellerne i kommuneprofilerne er trukket af den regionale administration i perioden december 2019 til januar 2020. Der er tale om et omfattende materiale, hvorfor der er behov for nogle bemærkninger hertil.

Data er trukket på følgende datoer:

- Data vedr. indbyggere/borger i Region Nordjylland er opgjort pr. 31. juli 2019.
- Antallet af ydelser, der er forbrugt, er for en 12-måneders periode fra 1. august 2018 til 31. juli 2019.
- Opgørelsen af lægepraksis – herunder antallet af kapaciteter og patienttal er – er pr. 15. januar 2020.

Fælles for data er, at der er tale om et øjebliksbillede. Dette er især relevant for opgørelsen af lægepraksis, da antallet af kapaciteter og patienttal kan skifte hurtigt fra måned til måned.

Begrebsliste

Kommuneprofilerne indeholder en række oplysninger, primært i form af tabeller. Nedenstående Tabel 1 definerer nogle centrale begreber, som indgår i de forskellige tabeller samt teksten.

Tabel 1:

Begreb	Definition
Kapacitet	Indenfor Overenskomsten for almen praksis anvendes begrebet kapacitet. En kapacitet kan i grove træk defineres som en fuldtidslægestilling. En lægepraksis kan have én eller flere kapaciteter.
Aktiv kapacitet	Aktiv kapacitet er kapacitet, der er i brug, og hvor en læge arbejder i denne. Den tæller dermed ift., hvor mange patienter praksis som minimum skal have åbent for. Lægen eller lægepraksissen ejer den aktive kapacitet, og den kan derfor ikke umiddelbart tages tilbage af regionen.
Disponibel kapacitet	En disponibel kapacitet, er en kapacitet, som en lægepraksis råder over, men som ikke er aktiv. Dvs. at den ikke tæller med ift. hvor mange patienter praksis som minimum skal have åbent for. Praksis kan disponere over en kapacitet i en angivet tidsperiode, og så længe den ikke er aktiv, ejer praksis således ikke kapaciteten.
1.600 patienter pr. kapacitet (Minimumstallet)	I henhold til Overenskomsten for almen praksis har en praksis, der har minimum 1600 patienter tilmeldt pr. lægekapacitet, ret til straks at få lukket for tilgang. 1.600 patienter pr. kapacitet angives derfor som minimumstallet for, hvor mange patienter der kan være tilmeldt en praksis. Flere lægepraksis ønsker at have mere end 1.600 patienter pr. kapacitet. Antallet af patienter, som den enkelte lægepraksis ønsker, afhænger af mange forhold, herunder organisering, arbejdstid, mængden af hjælpepersonale osv. En lægepraksis kan have op til 2.700 patienter pr. kapacitet, men kan efter tilladelse have åbent for flere end dette. En lægepraksis kan ligeledes efter ansøgning få tilladelse til at have lukket for tilgang af patienter under 1.600 på baggrund af nogle fastsatte kriterier.
Antal kapaciteter ved 1.600 indbyggere pr. kapacitet	I Tabel 2 i kommuneprofilerne er der lavet en beregning på antal kapaciteter ved 1.600 indbyggere pr. kapacitet. Denne kolonne viser det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt: • at alle indbyggere i området skulle have læge i området, • at der var tilmeldt præcist 1.600 patienter pr. kapacitet. • Praksis kun havde patienter tilmeldt fra lægedækningsområdet Kolonnen viser således - i sammenhæng med kolonnen "<i>Nuværende antal aktive kapaciteter</i>" noget om, hvorvidt den aktive kapacitet hos praksis beliggende i lægedækningsområdet alene kan dække antallet af indbyggere i området. Der er kun tale om et vejledende tal, da antallet af patienter en praksis kan have tilmeldt pr. kapacitet er afhængig af mange faktorer. Praksis kan derfor have mere end 1.600 patienter pr. kapacitet. Samtidig er det ikke nødvendigvis alle borgere i et lægedækningsområde, der ønsker at have praksis inden for området. Det kan skyldes, at der er en praksis i et andet lægedækningsområde, som ligger tættere på borgerens bopæl, at borgeren ønsker læge tæt på sin arbejdsplads, at borgeren har beholdt en læge ved flytning eller andet.

Begreb	Definition
Ydernummer	Et ydernummer er et unikt nummer, som anvendes af den enkelte praksis til at afregne med regionen. En praksis med flere kapaciteter har kun ét afregningsydernummer. En praksis med én kapacitet har ligeledes ét afregningsydernummer.
Indbyggere	Indbyggere er i dette materiale antal borgere, der har bopæl i det konkrete område (f.eks. lægedækningsområde, kommune, region). Der er således tale om borgere med læge både i og uden for området.
Patienter	Patienter er i dette materiale patienter, der er tilmeldt en praksis, som er beliggende i det konkrete område (f.eks. lægedækningsområde, kommune, region). Der er således tale om alle patienter tilmeldt praksis, uanset deres bopæl.
Ydelser og kontaktydelser	I dette datamateriale er "Ydelser" alle former for ydelser i almen praksis (konsultationer, sygebesøg, tillægsydelser m.v.). Kørsel er ikke medtaget. "Kontaktydelser" er alle former for kontaktydelser i almen praksis (konsultationer, sygebesøg, graviditetsundersøgelser, børneundersøgelser m.v.). I Tabel 2 i kommuneprofilerne, er data angivet som det gennemsnitlige antal ydelser/kontaktydelser, som indbyggeren i det pågældende lægedækningsområde har haft hos en alment praktiserende læge i perioden fra 1. august 2018 til 31. juli 2019. Antallet af ydelser/kontaktydelser er hos samtlige praktiserende læger, og således ikke nødvendigvis den læge som indbyggeren er tilmeldt.

Generelle bemærkninger vedrørende kommuneprofiler og lægedækning

Som nævnt omfatter kommuneprofilerne en vurdering af lægedækningen og den fremtidige lægedækningsstruktur i den enkelte kommune. Af kommuneprofilerne fremgår det, at der er nogle opmærksomhedspunkter ift. lægedækningen og den fremtidige lægedækningsstruktur, som er gældende for de fleste kommuner i regionen. Disse nævnes i dette afsnit fremfor under de enkelte kommuner, da det er generelle opmærksomhedspunkter.

Kapaciteter i de enkelte lægedækningsområder

Et væsentligt opmærksomhedspunkt ift. antallet af kapaciteter i det enkelte lægedækningsområde sammenlignet med indbyggertallene i disse er, at borgere ikke nødvendigvis har læge i det lægedækningsområde, de selv har bopæl i. Dette kan have mange årsager: Det kan skyldes, at der er en praksis i et andet lægedækningsområde, som ligger tættere på borgerens bopæl, at borgeren ønsker læge tæt på sin arbejdsplads, at borgeren har beholdt en læge ved flytning eller andet. At antallet af indbyggere i et lægedækningsområde er højere end den lægekapacitet, der er i området, er således ikke nødvendigvis en udfordring. I mange af de lægedækningsområder, hvor en betydelig del af indbyggerne har læge i et andet lægedækningsområde, er der tale om, at indbyggerne har læge i en praksis, der er beliggende i umiddelbart geografisk nærhed af lægedækningsområdet.

Stigning i antal ældre borgere

Generelt ses der i samtlige kommuner en stigning i antallet af ældre borgere, hvilket også er en national tendens. Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvor meget den ældre befolkning vokser, men det er en generel udfordring, som er gældende for alle i større eller mindre grad. Generelt er der en sammenhæng mellem alder og forbrug af praktiserende læge. Derfor kan en stigning i den ældre befolkning medføre et øget pres på almen praksis, hvorfor der fremadrettet vil være opmærksomhed på dette i vurderingen af behovet for kapacitet i de enkelte lægedækningsområder.

Turister

Region Nordjylland tiltrækker hvert år mange turister. Disse er fordelt over hele regionen, men der er steder, hvor turisterne især er koncentreret. Det gælder særligt sommerhusområder, hvor turister kan udgøre en stor andel af befolkningstallet i perioder. Dette kræver opmærksomhed i forhold til vurderingen af behov for kapacitet i de lægedækningsområder, hvor der er særligt mange turister ift. normalt indbyggertal.

Læger over 60 år

Det er også en generel tendens i de fleste nordjyske kommuner, at der er en del praktiserende læger over 60 år. Disse læger vil forventeligt inden for en overskuelig tidshorisont vælge at gå på pension. Dog ses der også en del læger der vælger

at blive på arbejdsmarkedet en del år efter at de er fyldt 60 år. I de fleste tilfælde er det ikke en udfordring når læger går på pension, idet praksis eller praksisandel overdrages til en anden læge via en almindelig praksishandel. I andre tilfælde drives praksis videre af de tilbageværende læger i kompagniskabet eller patienterne overtages af omkringliggende læger.

Lægedækningstruede områder

Som del af Overenskomsten for almen praksis 2018 er en række områder i regionen udpeget som lægedækningstruede. Der er to definitioner, som tjener forskellige roller, og derfor ikke er identiske. De to definitioner er:

1. En definition i forbindelse med differentiering af basishonoraret. Denne er fastlagt på nationalt niveau og låst fast i en treårig periode.

2. En definition i forbindelse med tiltag vedrørende lægedækning i overenskomsten. Denne er fastlagt af Praksisplanudvalget og opdateres særskilt efter beslutning i Praksisplanudvalget.

Beregningen af lægedækningstruede områder som defineret af Praksisplanudvalget sker ud fra en model med en række indikatorer. Genberegningen gennemføres årligt, men med mulighed for – i særlige tilfælde - kvartalsvist at tage specifikke lægedækningsområders status op. Der er mulighed for at supplere med viden om bl.a. kommende ophørsvarsler, fremtidige nedsættelser, praksishandler osv.

Den seneste fordeling af lægedækningstruede områder fremgår af nedenstående tabel.

Lægedækningstruede områder pr. juni 2020 (Grøn - ikke lægedækningstruet. Orange - lægedækningstruet).

Lægedækningsområde	Beregning 2019	Beregning 2020	Antal kapaciteter i henhold til Praksisplanen
Gandrup			5
Klarup			3
Mariager			4
Støvring			8
Terndrup			3
Vodskov			4
Hadsund			6
Vrå			8
Aalborg			94
Hobro			12
Nibe			7
Svenstrup			7
Aars			9
Arden			4
Storvorde			4
Aalestrup			3
Skørping*			3
Sæby*			9
Brønderslev *			8
Nørager			2
Tårs			1
Løgstør			6

Lægedækningsområde	Beregning 2019	Beregning 2020	Antal kapaciteter i henhold til Praksisplanen
Erslev			8
Sindal			4
Læsø			2
Hjørring			22
Pandrup			6
Thisted			19
Frederikshavn			19
Hurup			9
Brovst			5
Dronninglund			6
Nykøbing Mors			5
Farsø			5
Fjerritslev			5
Hirtshals			6
Hjallerup			5
Skagen			7
Aabybro			7
Sulsted			4

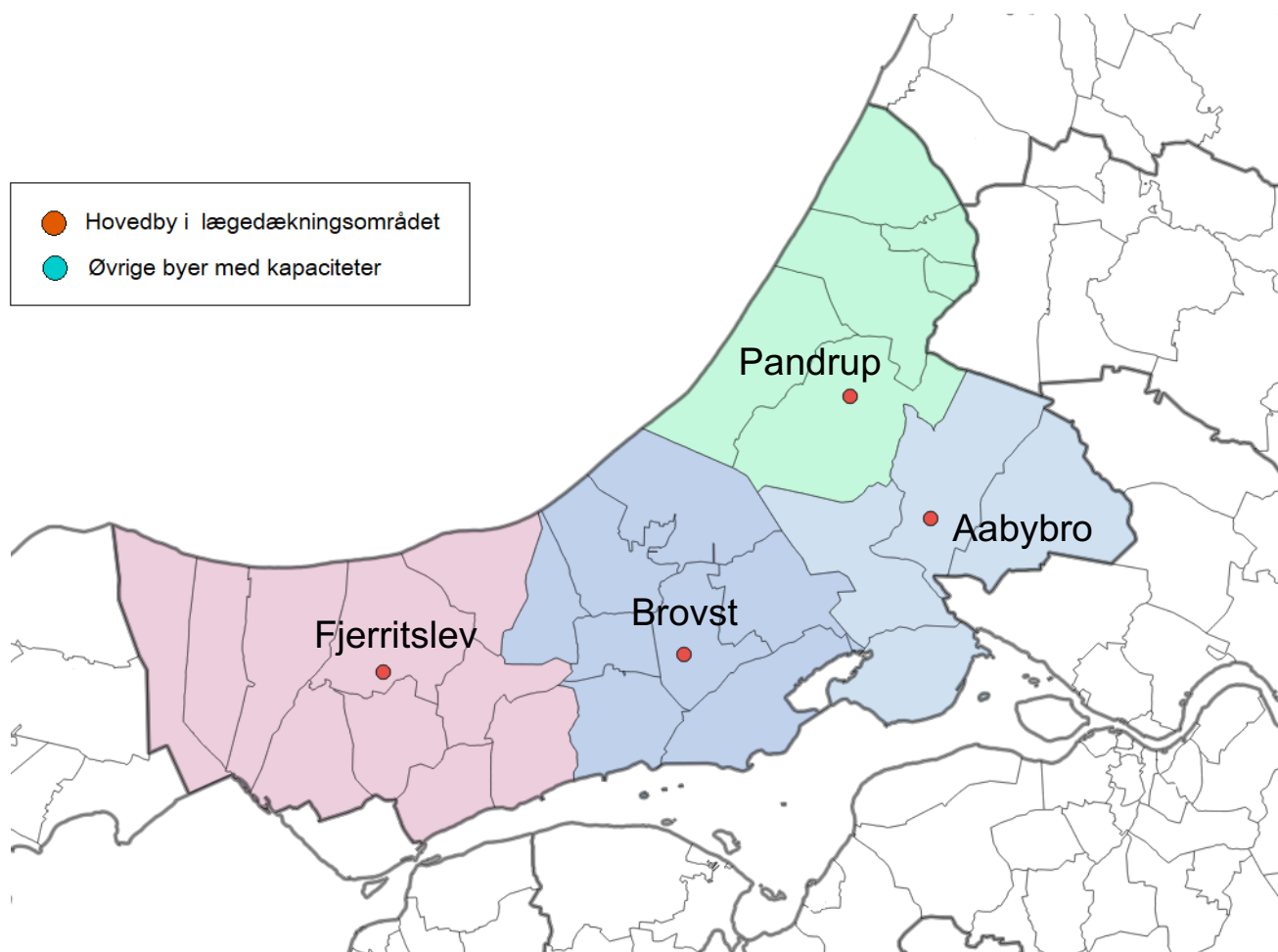
**I henhold til modellen skulle disse områder overgå til at være ikke lægedækningstruede. De er dog fastholdt som lægedækningstruede på baggrund af en konkret vurdering. Årsagen hertil er, at klinikker i de tre områder disponerer over kapaciteter, der endnu ikke er taget i brug. Sekretariatene følger løbende op på, hvornår kapaciteterne tages i brug.*

Jammerbugt Kommune

I Jammerbugt Kommune er der fire lægedækningsområder: Brovst, Fjerritslev, Pandrup og Aabybro. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.

En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret

som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.



Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Brovst	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Fjerritslev	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Pandrup	99,75%	0,25%	0,00%	0,00%
Aabybro	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

I Jammerbugt Kommune er der i alt 18 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa- citet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet

Lægedæknings- område	Nuværende antal aktive kapaci- teter	Antal kapaci- teter ved 1.600 indbyggere pr. kapacitet	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Brovst	4	4,8	8,7	3,7	1.933
Fjerritslev	3	4,9	9,0	3,9	2.627
Pandrup	6	6,4	9,3	4,3	1.700
Aabybro	5	7,9	8,2	3,6	2.518
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Jammerbugt Kommune

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Brovst	4	2.027	Kristof Zbroja	Brovst	1	2.399
			alles Lægehus Brovst	Brovst	3	1.903
Fjerritslev	3	2.111	Dit Lægehus Fjerritslev	Fjerritslev	3	2.111
Pandrup	6	1.585	Lægerne i Pandrup	Pandrup	1	2.512
			Nordic Medicare Lægeklinik Pandrup	Pandrup	5	1.399
Aabybro	5	1.713	Lægerne Postvænget 1, Åbybro	Aabybro	4	1.728
			Lægerne Søparken	Aabybro	1	1.652

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Jammerbugt Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Jammerbugt Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Jammerbugt Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Jammerbugt Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Antal patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	7	11	18	32.513	1.806	1
Kompagniskabspraksis	1	4	4	6.913	1.728	0
Enkeltmandspraksis	3	5	5	11.243	2.248	0
Delepraksis	1	2	1	1.652	1.652	1
Regionsklinikker	0	-	0	0	0	0
Udbudsklinikker	2	-	8	12.705	1.588	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk februar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Jammerbugt Kommune

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	0	4	3	1	0
Procentvis fordeling	-	50,0%	37,5%	12,5%	-

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2019

Anmærkning: Lægernes alder i udbuds-, regionsklinikker samt tre ansatte i én enkeltmandspraksis er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Jammerbugt Kommune fordelt på aldersgrupper

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	6.340	6.215	-2%	6.585	4%
15-24 år	3.882	3.751	-3%	3.433	-12%
25-34 år	3.774	4.001	6%	3.855	2%
35- 44 år	4.303	4.112	-4%	4.617	7%
45-54 år	5.332	4.873	-9%	4.311	-19%
55-59 år	2.867	2.737	-5%	2.485	-13%
60-64 år	2.603	2.834	9%	2.734	5%
65-69 år	2.682	2.558	-5%	2.802	4%
70-75 år	3.182	2.939	-8%	2.845	-12%
Over 75 år	3.484	4.537	30%	5.122	47%
Total	38.449	38.557	0%	38.789	1%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Jammerbugt Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Jammerbugt Kommune
 Brovst, Fjerritslev, Pandrup, Aabybro (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Når der ses på indbyggere pr. kapacitet kan der rettes opmærksomhed mod Fjerritslev og Aabybro. Det skal i den forbindelse bemærkes, at mange borgere i kommunen bliver betjent af lægehuse, der er beliggende i nabokommuner, men som ligger tæt på grænsen til Jammerbugt Kommune. Størstedelen af borgere, der ikke har læge i kommunen, har læge i lægedækningsområdet Vrå (Hjørring Kommune), Aalborg og Sulsted (Aalborg Kommune) samt Løgstør (Vesthimmerlands Kommune).

Lægebetjeningen bliver i høj grad dækket af udbudsklinikker, hvor to ud af syv lægepraksis er drevet som udbudsklinikker. Det betyder, at op mod hver tredje borger bliver betjent af læger i udbudsklinikker.

Der ses en høj procentandel af læger i aldersgruppen 40-49 år. Denne statistik viser alene læger uden for udbudsklinikker.

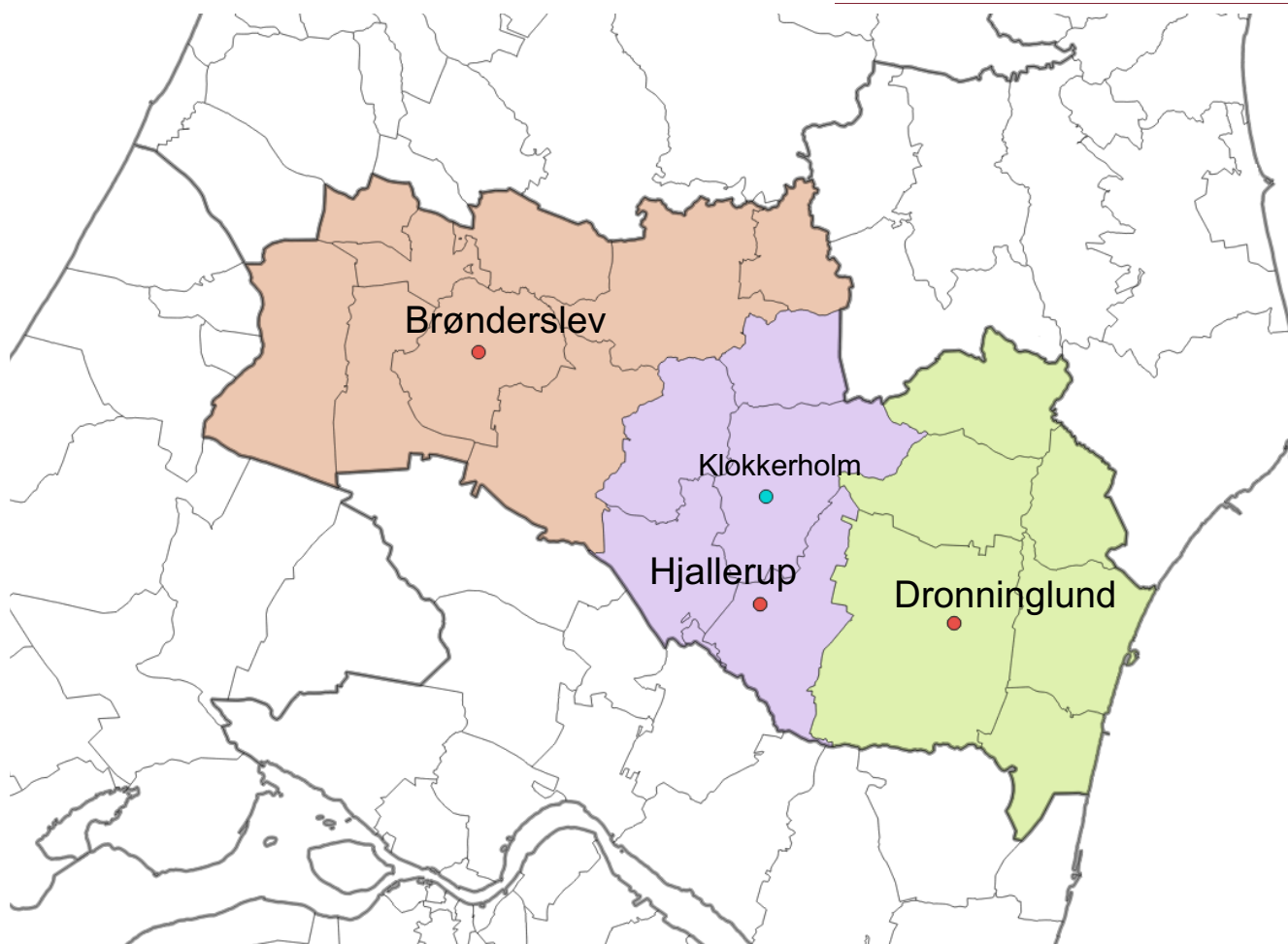
Der er etableret et læge- og sundhedshus i henholdsvis Pandrup og Brovst.

Fremtidig struktur

Der bør være fokus på at sikre lægedækning i alle lægedækningsområder for at sikre at kapaciteten mest hensigtsmæssigt er fordelt i hele kommunen. Udgangspunktet er, at placeringen sker i hovedbyerne. Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.

Brønderslev Kommune

I Brønderslev Kommune er der tre lægedækningsområder: Brønderslev, Dronninglund og Hjallerup. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne

by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Brønderslev	99,8%	0,2%	0,0%	0,0%
Dronninglund	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hjallerup	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

I Brønderslev Kommune er der i alt 15 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa- citet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet

Lægedæknings- område	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaci- teter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Brønderslev	7	12,3	11,6	4,5	2.819
Dronninglund	4	5,7	9,0	3,9	2.284
Hjallerup	4	4,7	9,8	4,1	1.868
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Brønderslev Kommune

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Brønderslev	7	2.391	Wiebke Otten	Brønderslev	1	1.719
			Kenny Birk Bøtcher	Brønderslev	1	2.726
			Cathrine Johannessen	Brønderslev	1	1.577
			Anette A. Vittrup	Brønderslev	1	734
			Lægehuset Brønderslev	Brønderslev	2	3.888
			Christian Vejlø	Brønderslev	1	2.206
Dronninglund	4	1.823	alles Lægehus Dronninglund	Dronninglund	1	2.417
			Lægehuset Dronninglund	Dronninglund	3	1.625
Hjallerup	4	1.828	Lægerne i Hjallerup	Hjallerup	3	1.601
			Lægehuset Klokkeholm	Klokkeholm	1	2.508

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Brønderslev Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Brønderslev Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Brønderslev Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Brønderslev Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Antal patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	10	14	15	31.342	2.089	5
Kompagniskabspraksis	2	6	6	9.679	1.613	0
Enkeltmandspraksis	7	8	8	19.246	2.405	5
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	0	-	0	0	0	0
Udbudsklinikker	1	-	1	2.417	2.417	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget

Tabel 5: Lægernes alder i Brønderslev Kommune

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	2	7	3	2	0
Procentvis fordeling	14,3%	50,0%	21,4%	14,3%	-

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Lægens alder i udbudsklinikken er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Brønderslev Kommune fordelt på aldersgrupper

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	6.441	6.353	-1%	6.805	6%
15-24 år	3.752	3.799	1%	3.480	-7%
25-34 år	3.816	4.091	7%	3.941	3%
35-44 år	4.280	4.129	-4%	4.650	9%
45-54 år	5.104	4.823	-6%	4.379	-14%
55-59 år	2.637	2.600	-1%	2.445	-7%
60-64 år	2.319	2.537	9%	2.513	8%
65-69 år	2.184	2.196	1%	2.415	11%
70-75 år	2.559	2.397	-6%	2.458	-4%
Over 75 år	3.353	4.015	20%	4.400	31%
Total	36.445	36.940	1%	37.486	3%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Brønderslev Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Brønderslev Kommune

Brønderslev, Dronninglund, Hjallerup (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Kommunen har et højt antal indbyggere pr. kapacitet. Især lægedækningsområde Brønderslev ligger et stykke over regionsgennemsnittet. Antallet af ydelser pr. indbygger i Brønderslev ligger ligeledes over regionsgennemsnittet. I forhold til Brønderslev skal det bemærkes, at mange borgere i kommunen bliver betjent af lægehuse, der er beliggende i nabokommuner, men som ligger tæt på grænsen til Brønderslev Kommune. Størstedelen af borgere, der ikke har læge i kommunen, har læge i lægedækningsområdet Vrå (Hjørring Kommune) samt Aalborg, Sulsted og Gandrup (Aalborg Kommune).

Antallet af ydelser pr. indbygger i Brønderslev Kommune ligger over regionsgennemsnittet.

Der er en udbudsklinik placeret i Dronninglund, som drives af Alles Lægehuse.

Der er et læge- og sundhedshus i Brønderslev by, som består af fire enkeltmandspraksis.

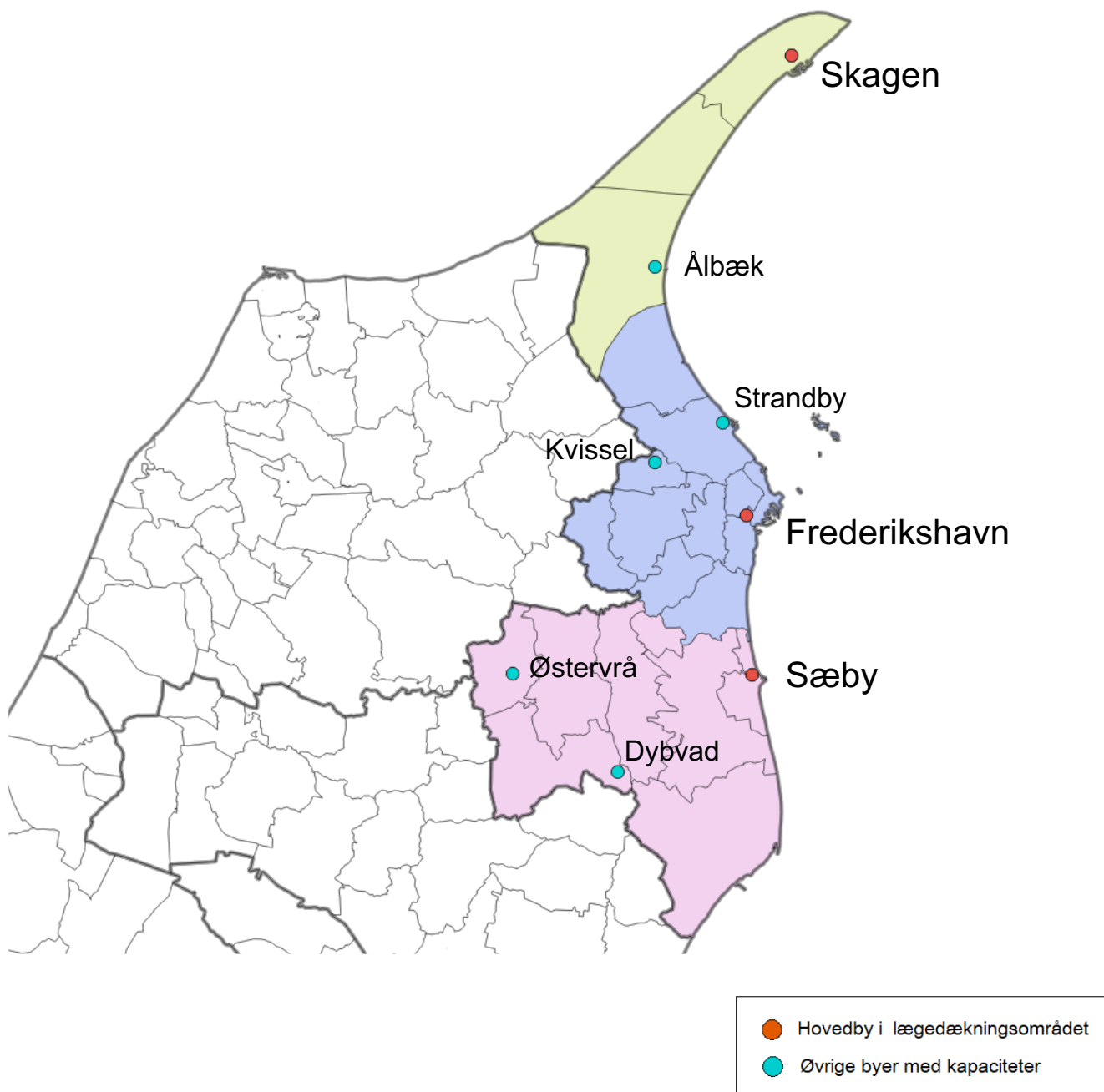
Fremtidig struktur

Der er på nuværende tidspunkt lægepraksis i Hjallerup, Klokkeholm, Dronninglund og Brønderslev. Ved placering af fremtidig lægekapacitet kan der ses på, hvorvidt placering kan ske i oplandsbyerne.

Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.

Frederikshavn Kommune

I Frederikshavn Kommune er der tre lægedækningsområder: Frederikshavn, Skagen og Sæby. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

Tabel 1: Borgernes afstand til centrum til hovedbyen i lægedækningsområdet

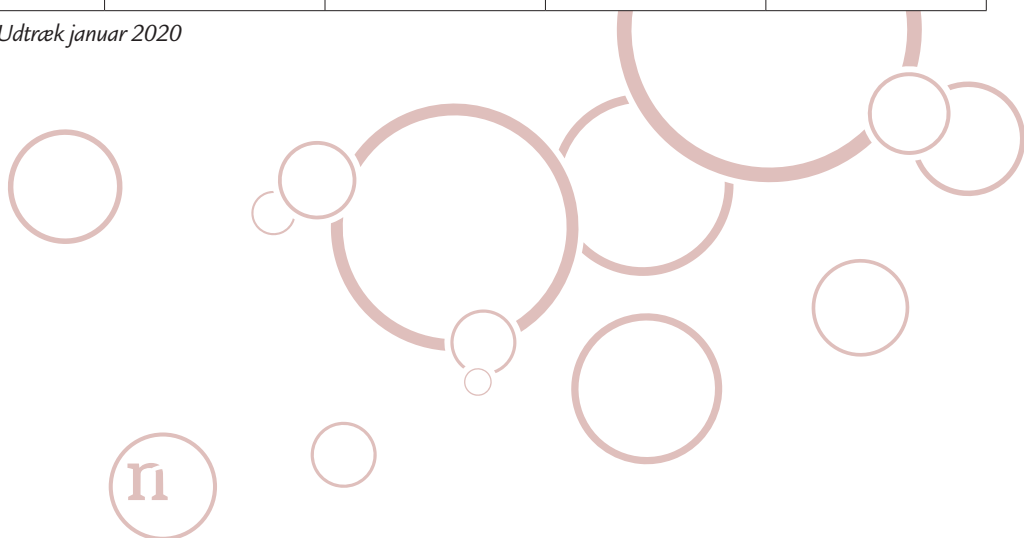
Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Frederikshavn	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Skagen	82,7%	16,6%	0,7%	0,0%
Sæby	87,1%	12,9%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet

Lægedækningsområde	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaciteter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Frederikshavn	19	20,7	10,4	4,3	1.741
Skagen	6	6,1	10,7	5,0	1.963
Sæby	10	10,5	10,0	4,1	1.683
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020



I Frederikshavn Kommune er der i alt 35 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i

disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa-
citet, der er beliggende i det enkelte lægedæknings-
område.

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Frederikshavn Kommune

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Frederikshavn	19	1.744	Lægerne Kirkepladsen 1 C	Frederikshavn	4	1.799
			Lægehuset i Kvissel*	Kvissel	2	1.230
			Lægerne Asylgade / Jacob Randrup	Frederikshavn	1	1.492
			Lægerne Asylgade / Mads Søndergaard	Frederikshavn	1	1.727
			Lægerne Asylgade / Charlotte Brun	Frederikshavn	1	1.795
			Lægeklinikken Frederikshavn	Frederikshavn	5	1.595
			Lægerne Asylgade / Vesna Djordjevic	Frederikshavn	1	1.732
			alles Lægehus Frederikshavn	Frederikshavn	2	2.694
			H. C. Astrup**	Frederikshavn	1	1.616
			Finn Thue Torp Aps	Strandby	1	1.761
Skagen	6	1.710	Lægerne Skovbrynet 1	Skagen	3	1.719
			Karsten Ewald og Jette Kinch	Skagen	2	1.476
			Flemming Lyng	Ålbæk	1	2.152
Sæby	10	1.787	Lægehuset Sæbygårdvej	Sæby	4	1.301
			Lægerne Aahaven	Sæby	3	1.583
			Lægerne Chrestensmindevej	Sæby	1	2.000
			Østervrå Lægeklinik	Østervrå	1	3.190
			Lægerne i Dybvad	Dybvad	1	2.726

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

* Praksis ophørte den 31. marts 2020

** Praksis ophørte den 30. september 2020

*** Lægeklinikken Sæby Sundhedscenter åbnede den 1. september 2020

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Frederikshavn Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Frederikshavn Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Frederikshavn Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Frederikshavn Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktiv kapaciteter	Patienter pr. kapacitet Aktive kapaciteter	Antal patienter	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	18	34	35	1.751	61.272	2
Kompagniskabspraksis	5	14	14	1.466	20.523	1
Enkeltmandspraksis	10	10	10	2.019	20.191	0
Delepraksis	1	5	4	1.799	7.194	0
Regionsklinikker	0	-	0	0	0	0
Udbudsklinikker	1	-	2	2.694	5.388	0
Licensklinikker	1	5	5	1.595	7.976	1

Kilde: Notus Regional. Udtræk december 2019

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Frederikshavn Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	2	7	11	9	5
Procentvis fordeling	5,9%	20,6%	32,4%	26,5%	15%

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2019

Anmærkning: Lægernes alder i udbudsklinikken er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Frederikshavn Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	8.490	8.138	-4%	8.392	-1%
15-24 år	5.881	5.562	-5%	5.084	-14%
25-34 år	5.601	5.811	4%	5.532	-1%
35- 44 år	6.262	6.053	-3%	6.549	5%
45-54 år	8.439	7.355	-13%	6.627	-21%
55-59 år	4.751	4.609	-3%	3.926	-17%
60-64 år	4.500	4.710	5%	4.596	2%
65-69 år	4.194	4.352	4%	4.588	9%
70-75 år	5.346	4.785	-10%	4.947	-7%
Over 75 år	6.399	8.061	26%	8.873	39%
Total	59.863	59.436	-1%	59.114	-1%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Frederikshavn Kommune fordelt på aldersgrupper angivet

Lægedækningsområder i Frederikshavn Kommune

Skagen, Frederikshavn og Sæby (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Der er særlig opmærksomhed på lægedækningsområde Skagen i forhold til Ålbæk, og den fremtidige lægedækning i området. Der er på nuværende tidspunkt en solopraksis i Ålbæk. Hvis praksis ikke fortsættes i samme lokalområde, når den nuværende læge ophører, vil der være langt til nærmeste lægetilbud (over 20 km) for nogle af de patienter, der i dag er tilknyttet praksis.

Der er ligeledes opmærksomhed på Sæby, hvor Østervrå Lægeklinik dækker et område langt fra hovedbyen.

Der er både en udbuds- og en licensklinik i lægedækningsområdet Frederikshavn. Desuden er der en forholdsvis høj andel af ældre praktiserende læger over 60 år.

Antallet af ydelser pr. indbygger i Frederikshavn Kommune ligger over regionsgennemsnittet.

I Sæby er der etableret et læge- og sundhedshus. Desuden er licensklinikken placeret i lokaler på hospitalet i Frederikshavn.

Fremtidig struktur

Der bør være særlig opmærksomhed på lægedækningsområdet Skagen, da hovedbyen ikke kan dække hele området rent geografisk. Der kan være en bekymring for rekrutteringsudfordringer i kommunen generelt særligt set i lyset af aldersfordelingen af de praktiserende læger. Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.



Hjørring Kommune

I Hjørring Kommune er der fem lægedækningsområder: Hirtshals, Hjørring; Sindal, Tårs og Vrå. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne

by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet.

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Hirtshals	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hjørring	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sindal	99,8%	0,2%	0,0%	0,0%
Tårs	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Vrå	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

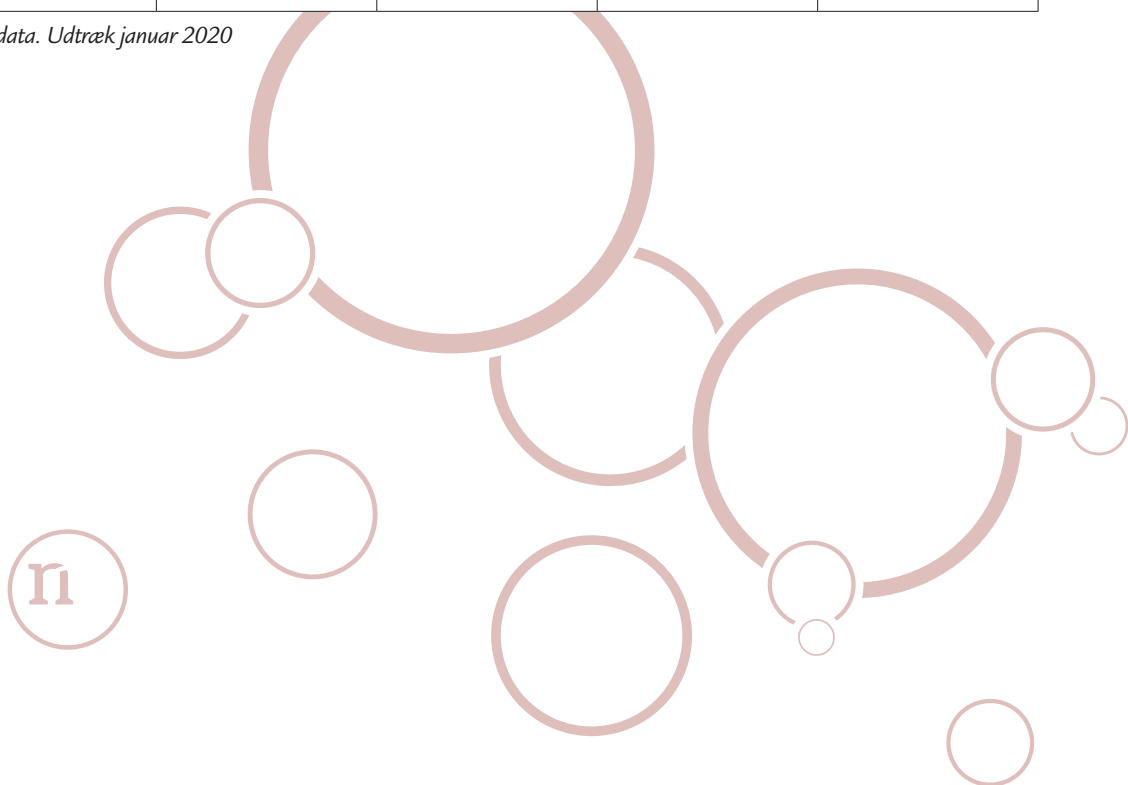
Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

I Hjørring Kommune er der i alt 36 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa- citet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet

Lægedæknings- område	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaci- teter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Hirtshals	5	6,2	9,0	3,8	1.991
Hjørring	20	19,3	9,0	3,8	1.543
Sindal	3	6,4	9,2	3,9	3.408
Tårs	1	2,7	10,2	4,1	4.333
Vrå	7	5,7	10,7	4,3	1.308
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtæk januar 2020



Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Hjørring Kommune

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Hirtshals	5	1.786	Praktiserende Læger i Hirtshals Aps	Hirtshals	5	1.786
Hjørring	20	1.778	Lægehuset i Bjergby	Bjergby	1	1.823
			Harald Depcik	Hjørring	1	1.384
			Lægeklinikken Vendia	Hjørring	3	2.153
			Lene-Marie Axelgaard	Hjørring	1	1.646
			Lægerne Bispensgade	Hjørring	4	1.675
			Lægerne H. Nygaard og K. Lauridsen	Hjørring	1	1.958
			Rikke Nyborg	Hjørring	1	1.674
			Marianne Stampe Henningsen	Hjørring	1	1.866
			Jeanette Haagh	Hjørring	1	1.826
			Louise Hjelm	Hjørring	1	1.786
			Dinah Høngaard	Hjørring	1	1.734
			Louise S. Grønhøj	Hjørring	1	1.628
			Regionsklinik Hjørring	Hjørring	3	1.694
Sindal	3	2.345	Lægerne Sverrigsgade	Sindal	1	3.414
			Lægerne Vestergade	Sindal	1	1.163
			Regionsklinik Sindal	Sindal	1	2.459
Tårs	1	4.260	Tårs Lægehus	Tårs	1	4.260
Vrå	7	1.812	Lægerne i Vrå	Vrå	3	2.130
			Lægerne Vestkysten I/S	Vrensted	4	1.573

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Hjørring Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Hjørring Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Hjørring Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Hjørring Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	20	34	36	68.474	1.902	2
Kompagniskabspraksis	5	19	19	34.771	2.012	0
Enkeltmandspraksis	13	15	13	26.162	1.830	2
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	2	-	4	7.541	1.885	0
Udbudsklinikker	0	-	0	0	0	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Hjørring Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	5	13	6	6	4
Procentvis fordeling	14,7%	38,2%	17,6%	17,6%	12%

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

Anmærkning: Lægernes alder i regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Hjørring Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	10.069	9.536	-5%	9.774	-3%
15-24 år	7.226	6.803	-6%	6.136	-15%
25-34 år	6.477	6.634	2%	6.354	-2%
35- 44 år	6.860	6.474	-6%	6.979	2%
45-54 år	9.003	7.972	-11%	6.910	-23%
55-59 år	4.985	4.763	-4%	4.284	-14%
60-64 år	4.614	4.902	6%	4.713	2%
65-69 år	4.226	4.414	4%	4.722	12%
70-75 år	4.931	4.644	-6%	4.835	-2%
Over 75 år	6.017	7.319	22%	8.142	35%
Total	64.408	63.461	-1%	62.849	-2%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Hjørring Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Hjørring Kommune

Hirtshals, Hjørring, Sindal, Tårs og Vrå (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Der er særlig opmærksomhed på Sindal og Tårs, hvor der er få aktive kapaciteter i forhold til indbyggertallet i lægedækningsområderne.

Lægeklinikkerne i lægevækningsområdet Vrå betjener en række borgere fra nabokommunerne (Jammerbugt og Brønderslev).

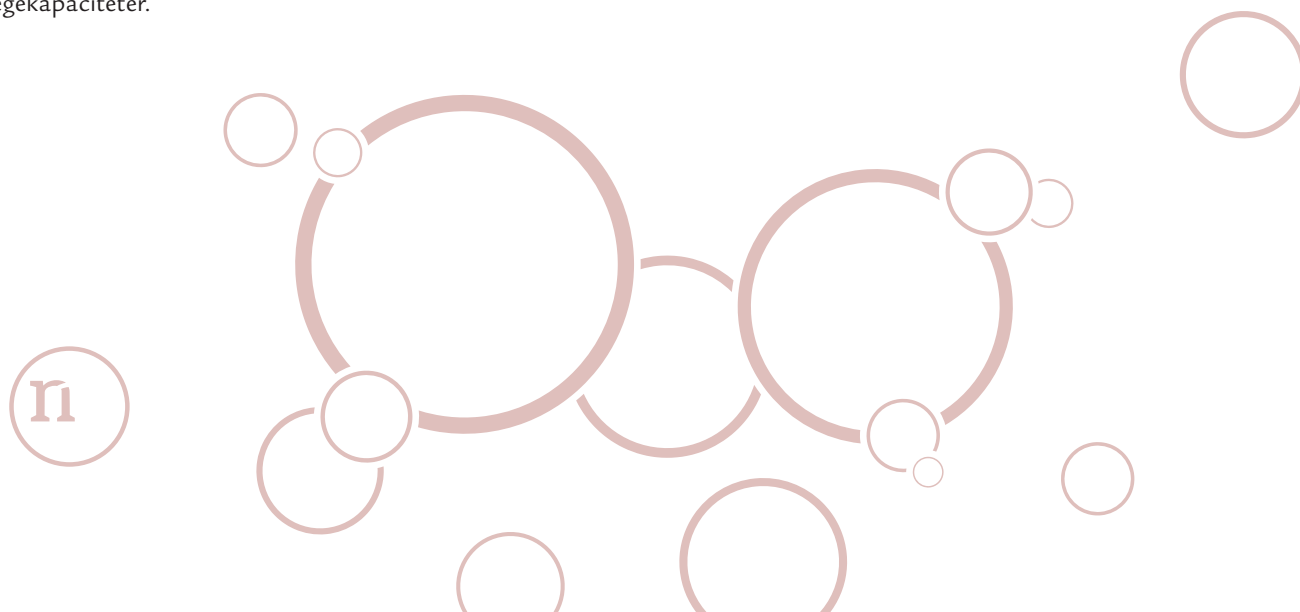
Der er regionsklinikker i Hjørring og Sindal med samlet fire lægekapaciteter.

Fremtidig struktur

Ved ophør i praksis udenfor hovedbyerne skal der være opmærksomhed på borgere, der kan få langt til lægen.

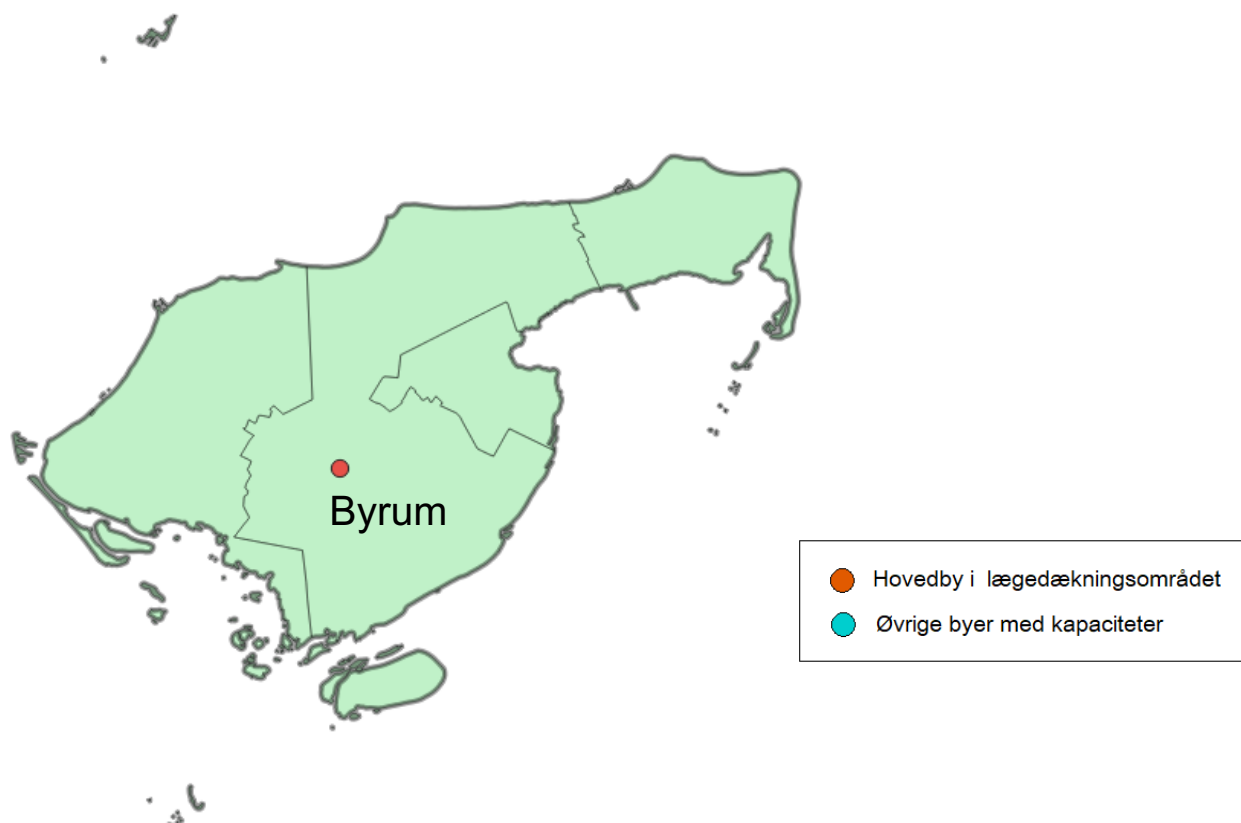
Der er planer om etablering af et læge- og sundhedshus i Hirtshals.

Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstsmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.



Læsø Kommune

I Læsø Kommune er der ét lægedækningsområde: Byrum. Lægedækningsområdets geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af lægedækningsområdet er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne by. Der

er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt det enkelte lægedækningsområde er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet.

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Byrum	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområdet er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

I Læsø Kommune er der i alt 2 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse, og de praksis der er beliggende i lægedækningsområdet, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapacitet, der er beliggende i lægedækningsområdet.

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet.

Lægedækningsområde	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaciteter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Byrum	2	1,1	9,8	4,9	898
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Læsø Kommune.

Lægedækningsområde	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet lægedækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Byrum	2	883	Regionsklinik Læsø	Byrum	2	883

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Læsø Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget. Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Læsø Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Læsø Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Læsø Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	1	0	2	1.765	883	0
Kompagniskabspraksis	0	0	0	0	0	0
Enkeltmandspraksis	0	0	0	0	0	0
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	1	-	2	1.765	883	0
Udbudsklinikker	0	-	0	0	0	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020. Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Læsø Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	0	0	0	0	0
Procentvis fordeling	-	-	-	-	-

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Lægernes alder i regionsklinikken er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Hjørring Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	184	171	-7%	188	2%
15-24 år	117	116	-1%	93	-21%
25-34 år	90	99	10%	91	1%
35- 44 år	130	121	-7%	137	5%
45-54 år	256	228	-11%	177	-31%
55-59 år	143	147	3%	147	3%
60-64 år	165	155	-6%	161	-2%
65-69 år	187	166	-11%	164	-12%
70-75 år	247	230	-7%	207	-16%
Over 75 år	280	354	26%	402	44%
Total	1.799	1.787	-1%	1.767	-2%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Læsø Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområde i Læsø Kommune

Byrum (hovedby)

Vurdering af planlægningsområdet

Lægebetjeningen bliver varetaget af en regionsklinik med to kapaciteter, som dækker kommunens knap 2.000 indbyggere. I turistperioderne bliver der endvidere betjent en del af disse midlertidige indbyggere med behov for almen lægehjælp.

Antallet af ydelser pr. indbygger i Læsø Kommune ligger over regionsgennemsnittet.

Klinikken dækker desuden vagttid på øen.

Fremtidig struktur

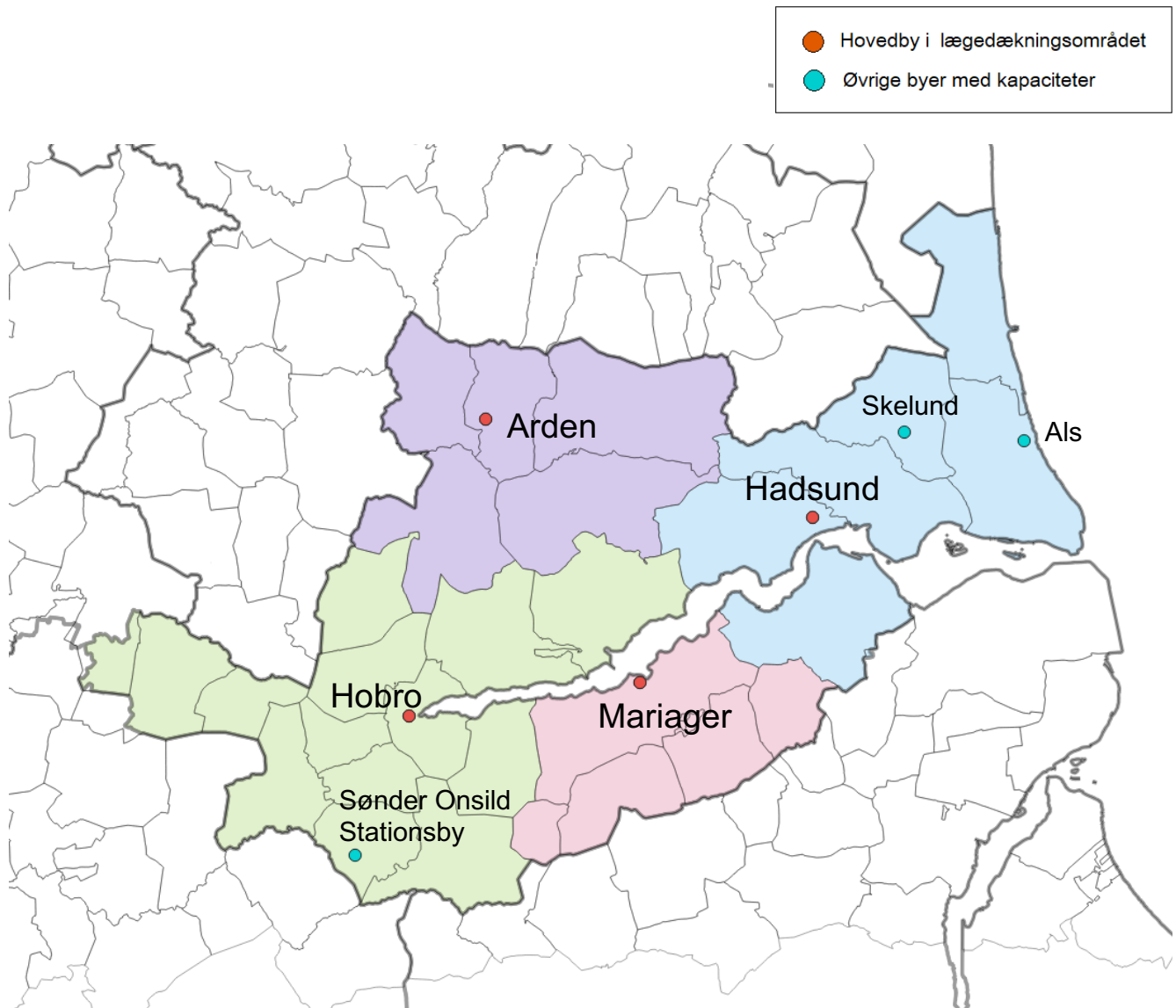
Der skal forsat være lægepraksis på Læsø.

Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.



Mariagerfjord Kommune

I Mariagerfjord Kommune er der fire lægedækningsområder: Arden, Hadsund, Hobro og Mariager. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Arden	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hadsund	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hobro	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mariager	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet

Lægedækningsområde	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaciteter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Arden	2	3,8	9,8	4,1	3.049
Hadsund	6	7,8	11,1	4,6	2.070
Hobro	12	12,0	10,2	4,3	1.596
Mariager	4	2,6	9,8	3,8	1.021
Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

I Mariagerfjord Kommune er der i alt 24 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapacitet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Hjørring Kommune

Lægedækningsområde	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet lægedækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Arden	2	2.394	Arden Lægehus	Arden	2	2.394
Hadsund	6	1.842	Jesper Kolbeck	Hadsund	1	1.755
			Lægerne Wigh og Sveistrup	Hadsund	2	1.595
			Lægeklinik Lone Vestergaard	Hadsund	1	2.311
			Jørgen Bjerregaard Nielsen	Skelund	1	2.129
			Jesper Jangaard	Als	1	1.664
Hobro	12	1.716	Læghuset H. I. Biesgade 9	Hobro	5	1.913
			Onsild Lægehus	Onsild Stationsby	2	1.561
			Bolette Friderichsen	Hobro	1	1.553
			Lægerne Bendtzen og Sørensen	Hobro	2	1.548
			Marisol Emborg	Hobro	1	1.478
			Ole Mogensen	Hobro	1	1.773
Mariager	4	1.575	Mariager Lægeklinik I/S	Mariager	4	1.575

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Mariagerfjord Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Mariagerfjord Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Mariagerfjord Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Mariagerfjord Kommune .

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	13	24	24	42.725	1.780	1
Kompagniskabspraksis	6	17	17	30.062	1.768	0
Enkeltmandspraksis	7	7	7	12.663	1.809	1
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	0	-	0	0	0	0
Udbudsklinikker	0	-	0	0	0	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Mariagerfjord Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	3	12	6	3	-
Procentvis fordeling	12,5%	50%	25%	12,5%	-

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Mariagerfjord Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	6.570	6.286	-4%	6.474	-1%
15-24 år	4.620	4.327	-6%	3.930	-15%
25-34 år	4.164	4.358	5%	4.176	0%
35- 44 år	4.678	4.441	-5%	4.863	4%
45-54 år	6.040	5.357	-11%	4.770	-21%
55-59 år	3.212	3.204	0%	2.823	-12%
60-64 år	2.996	3.189	6%	3.193	7%
65-69 år	2.877	2.937	2%	3.149	9%
70-75 år	3.164	3.209	1%	3.355	6%
Over 75 år	3.698	4.651	26%	5.367	45%
Total	42.019	41.959	0%	42.100	0%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Mariagerfjord Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Mariagerfjord Kommune

Arden, Hadsund, Hobro og Mariager (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

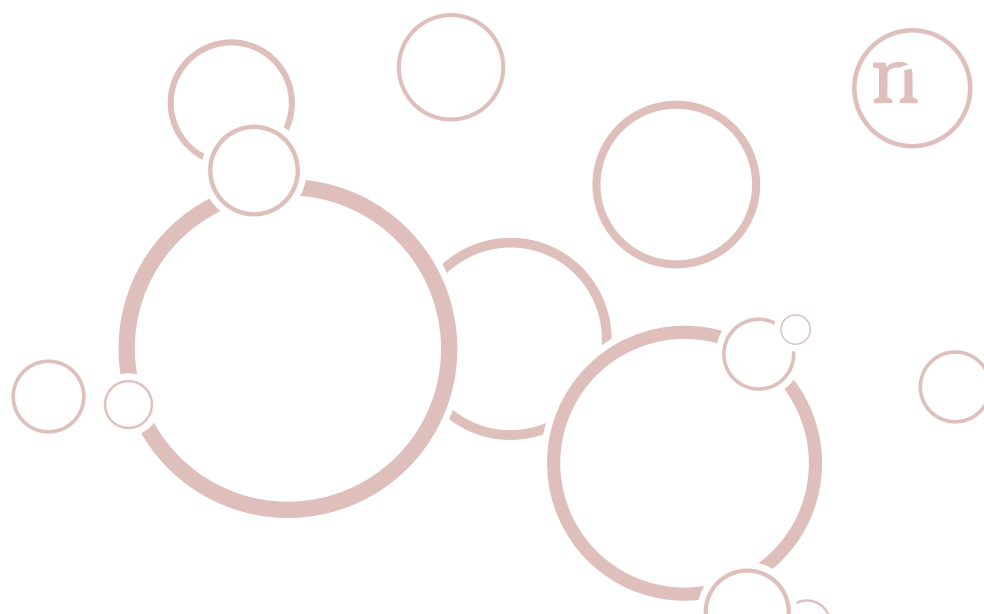
Der er særlig opmærksomhed på Arden, hvor der er få aktive kapaciteter i forhold til indbyggertallet i lægedækningsområdet.

Lægeklínikken i lægedækningsområdet Mariager betjener en del borgere fra lægedækningsområdet Hadsund, hvorfor der ses en forskel i antallet af aktive kapaciteter i forhold til indbyggere mellem disse to områder.

Antallet af ydelser pr. indbygger i Hadsund ligger over regionsgennemsnittet. Det skal bemærkes, at mange borgere i kommunen bliver betjent af lægehuse i nabokommuner, der ligger tæt på kommunegrænsen. Størstedelen af borgere, der ikke har læge i kommunen, har læge i Rebild Kommune.

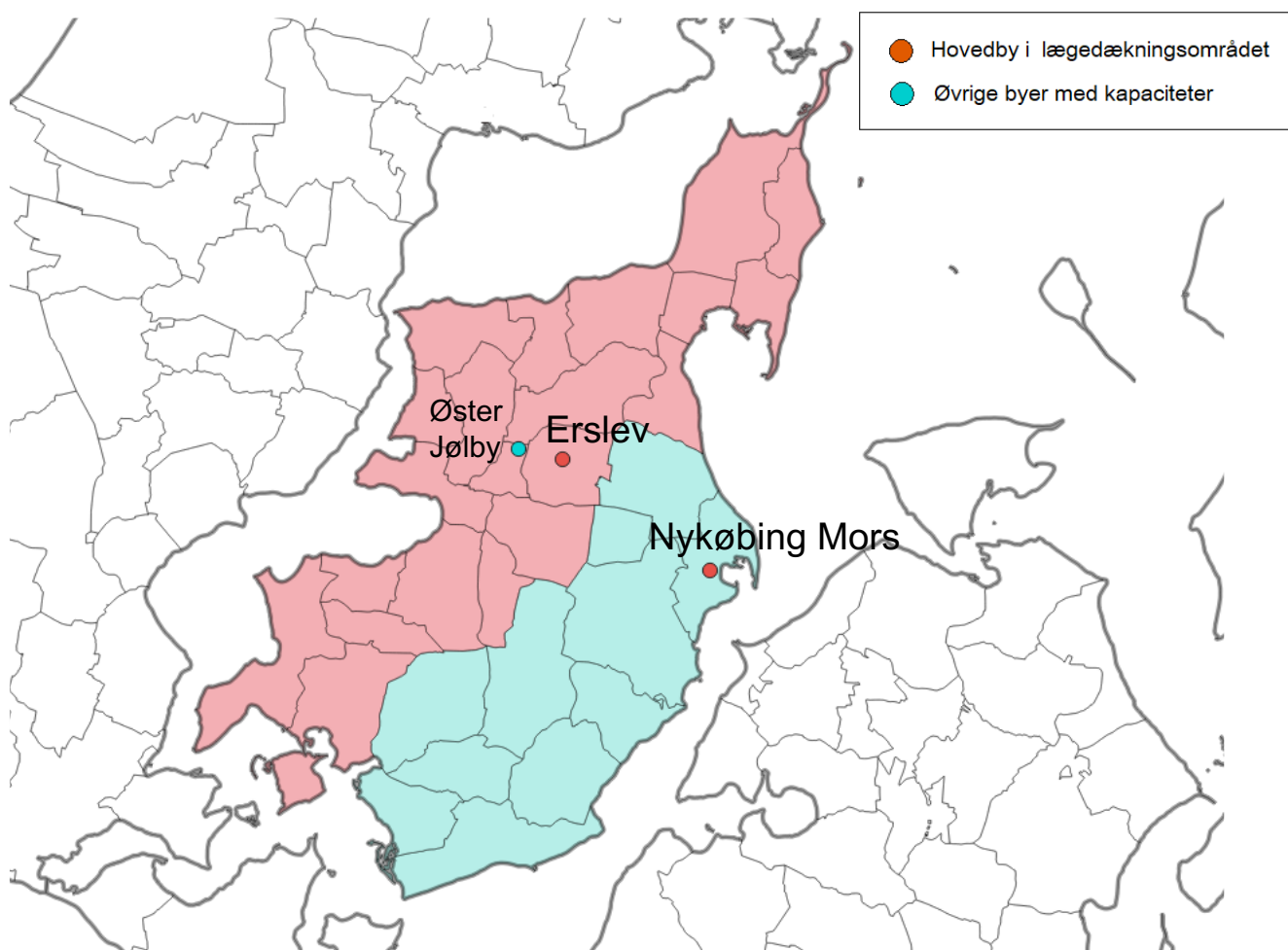
Fremtidig struktur

Der bør være fokus på fortsat at sikre lægedækning i hovedbyerne i lægedækningsområderne. Ved ophør i praksis uden for hovedbyerne (Als og Skelund) bør der være opmærksomhed på de borgere, der kan få langt til nærmeste lægetilbud.



Morsø Kommune

I Morsø Kommune er der to lægedækningsområder: Erslev og Nykøbing Mors. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne

by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet.

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Erslev	97,6%	2,4%	0,0%	0,0%
Nykøbing M	95,0%	5,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

I Morsø Kommune er der i alt 12 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa- citet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet.

Lægedæknings- område	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaci- teter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Erslev	7	4,4	10,7	4,2	997
Nykøbing M	5	8,3	10,9	4,1	2.652
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Morsø Kommune.

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Erslev	7	1.614	Lægerne Bjerre & Jacobsen	Øster Jølby	3	1.728
			Regionsklinik Øster Jølby	Øster Jølby	4	1.528
Nykøbing M	5	1.939	Saxhøj Lægeklinik v/ Ole Lund	Nykøbing Mors	1	2.049
			Stefanie Nolting	Nykøbing Mors	1	1.565
			Regionsklinik Nykøbing Mors	Nykøbing Mors	3	2.026

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Morsø Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Morsø Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Morsø Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Morsø Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	5	5	12	20.990	1.749	0
Kompagniskabspraksis	1	3	3	5.184	1.728	0
Enkeltmandspraksis	2	2	2	3.614	1.807	0
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	2	-	7	12.192	1.742	0
Udbudsklinikker	0	-	0	0	0	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Morsø Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	0	0	2	2	1
Procentvis fordeling	-	-	40%	40%	20%

Kilde: Notus Regional. Udtræk december 2019

Anmærkning: Lægernes alder i regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Morsø Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	3.013	2.883	-4%	2.891	-4%
15-24 år	2.252	2.037	-10%	1.896	-16%
25-34 år	1.877	1.925	3%	1.806	-4%
35- 44 år	1.954	1.896	-3%	2.044	5%
45-54 år	2.732	2.293	-16%	1.968	-28%
55-59 år	1.563	1.453	-7%	1.262	-19%
60-64 år	1.524	1.528	0%	1.432	-6%
65-69 år	1.453	1.476	2%	1.497	3%
70-75 år	1.754	1.623	-7%	1.672	-5%
Over 75 år	2.144	2.611	22%	2.872	34%
Total	20.266	19.725	-3%	19.340	-5%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Morsø Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Morsø Kommune

Erslev og Nykøbing Mors (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Kapaciteten er ulige fordelt mellem de to lægedækningsområder i forhold til indbyggertallet i disse. Det vurderes ikke at være en udfordring, da der samlet set er den nødvendige kapacitet i kommunen, og idet borgerne i høj grad har læge i kommunen.

Antallet af ydelser pr. indbygger i Morsø Kommune ligger over regionsgennemsnittet.

Kommunens fem lægepraksis ligger i henholdsvis Øster Jølby og Nykøbing Mors. Kommunens lægepraksis betjener et højt antal patienter pr. kapacitet. Der er to regionsklinikker blandt de fem lægepraksis. Halvdelen af kommunens borgere er tilknyttet en regionsklinik. Der er to lægepraksis placeret på Morsø Sygehus.

I fire lægepraksis er alle de praktiserende læger over 50 år.

Der er etableret et læge- og sundhedshus i Nykøbing og Øster Jølby.

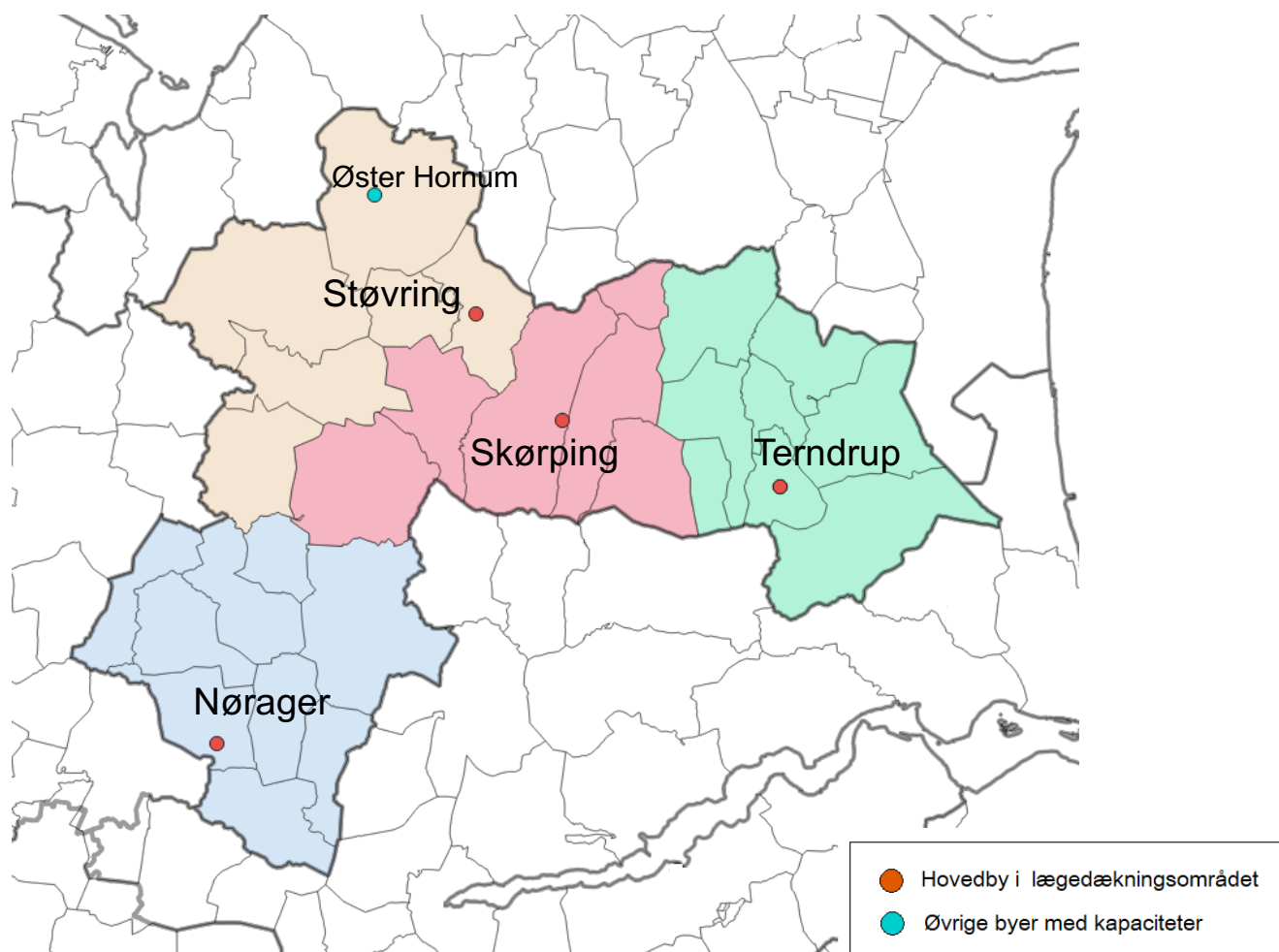
Fremtidig struktur

Der er behov for forsat bevågenhed for sikring af lægedækning på Mors. Der kan være en bekymring for rekrutteringsudfordringer, særligt set i lyset af aldersfordelingen af de praktiserende læger. Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.



Rebild Kommune

I Rebild Kommune er der fire lægedækningsområder: Nørager, Skørping, Støvring og Terndrup. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne

by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Nørager	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Skørping	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Støvring	99,9%	0,1%	0,0%	0,0%
Terndrup	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

I Rebild Kommune er der i alt 15 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa- citet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet.

Lægedæknings- område	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaci- teter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Nørager	1	3,3	9,5	4,1	5.321
Skørping	3	3,5	8,2	3,6	1.849
Støvring	8	8,8	9,2	3,8	1.761
Terndrup	3	3,2	9,6	4,2	1.717
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Rebild Kommune.

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Nørager	1	2.805	Lægehuset i Nørager	Nørager	1	2.805
Skørping	3	1.931	Lægehuset i Skørping	Skørping	3	1.931
Støvring	8	1.858	Lægerne i Øster Hornum	Øster Hornum	1	3.266
			Lægehuset Solvang	Støvring	1	1.930
			Lægehuset Støvring	Støvring	3	1.596
			Lægerne i Jernbanegade	Støvring	3	1.627
Terndrup	1.368	3	Lægerne i Terndrup	Terndrup	3	1.368

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020.

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Rebild Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Rebild Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Rebild Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Rebild Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	7	15	15	27.566	1.838	1
Kompagniskabspraksis	4	12	12	19.565	1.630	0
Enkeltmandspraksis	3	3	3	8.001	2.667	1
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	0	-	0	0	0	0
Udbudsklinikker	0	-	0	0	0	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Rebild Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	2	3	7	2	1
Procentvis fordeling	13,3%	20%	46,7%	13,3%	7%

Kilde: Notus Regional. Udtræk december 2019

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Rebild Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	5.956	6.171	4%	6.734	13%
15-24 år	2.969	3.055	3%	2.901	-2%
25-34 år	3.203	3.443	7%	3.354	5%
35- 44 år	3.788	3.888	3%	4.446	17%
45-54 år	4.281	4.075	-5%	3.782	-12%
55-59 år	2.143	2.117	-1%	2.019	-6%
60-64 år	1.898	2.022	7%	2.008	6%
65-69 år	1.682	1.766	5%	1.894	13%
70-75 år	2.001	1.829	-9%	1.909	-5%
Over 75 år	2.211	2.859	29%	3.236	46%
Total	30.132	31.225	4%	32.283	7%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Rebild Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Rebild Kommune

Nørager, Skørping, Støvring og Terndrup (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

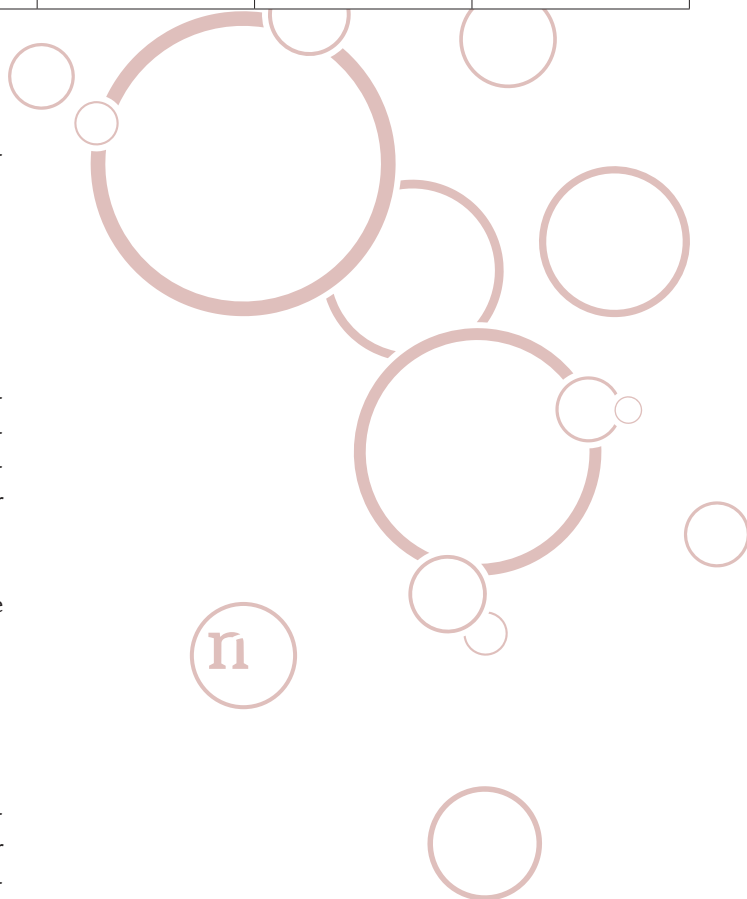
Når der ses på indbyggere pr. kapacitet, kan der rettes opmærksomhed mod Nørager. De borgere i lægedækningsområde Nørager, der ikke har læge inden for lægedækningsområdet, har primært læge i lægedækningsområde Hobro eller Aars og i mindre grad Arden og Støvring.

Der er stor andel af nye borgere i aldersgruppen 0-14 årige i dag, og det er en udvikling, der forsætter frem mod 2030.

Der er et nyt læge- og sundhedshus på vej i Støvring Ådal.

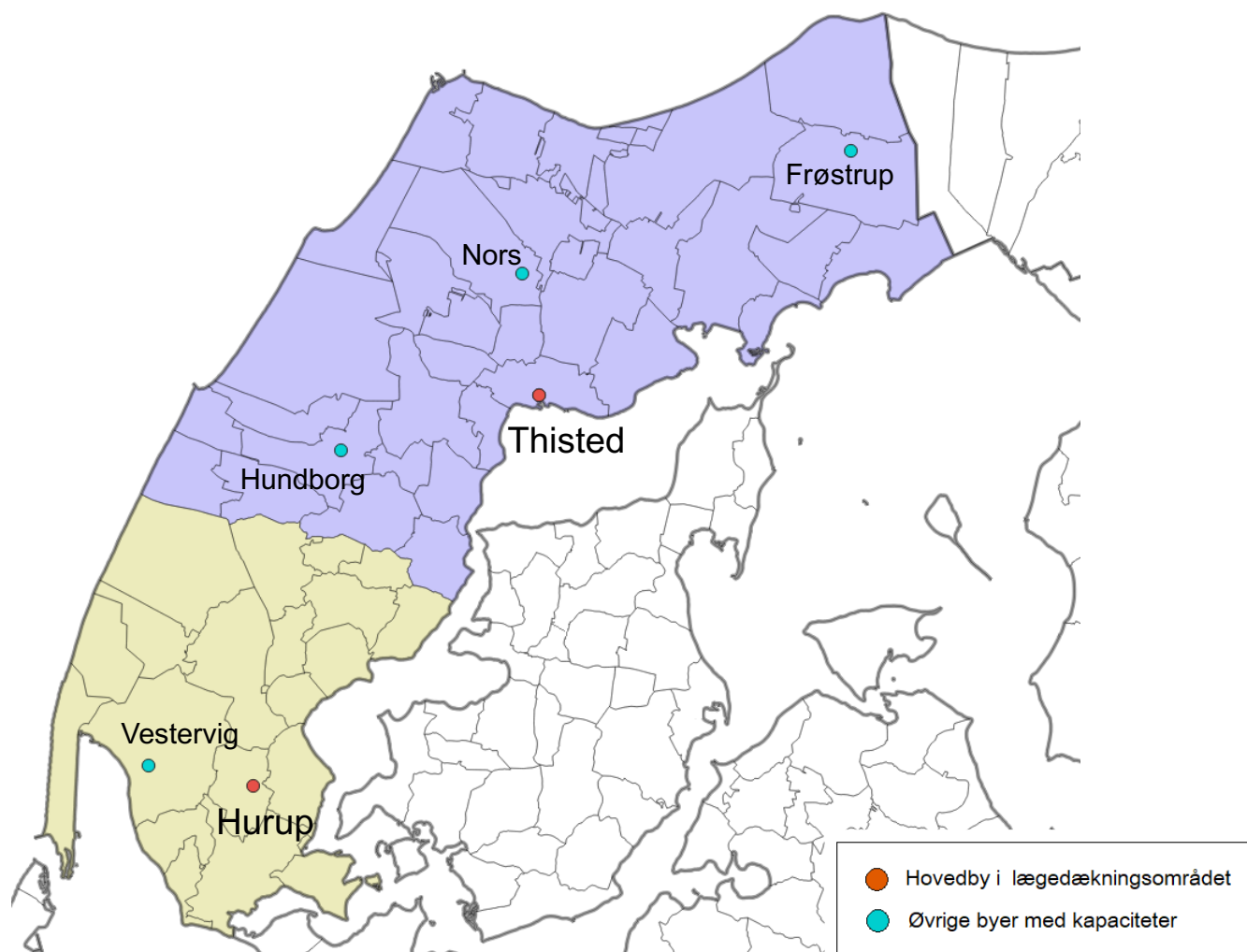
Fremtidig struktur

Der skal fastholdes lægepraksis i lægedækningsområde Nørager, og der arbejdes på at understøtte rekruttering af læger til området. Udviklingen i antallet af nye borgere i de kommende år kan medføre behov for tilførsel af mere lægekapacitet i kommunen.



Thisted Kommune

I Thisted Kommune er der to lægedækningsområder: Hurup og Thisted. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne

by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet.

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Hurup	99,0%	1,0%	0,0%	0,0%
Thisted	80,6%	13,9%	5,1%	0,4%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet.

Lægedæknings- område	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaci- teter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Hurup	6	6,5	9,6	4,1	1.736
Thisted	19	20,6	9,7	3,9	1.735
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

I Thisted Kommune er der i alt 25 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa- citet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Thisted Kommune.

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Hurup	6	1.701	Vestervig Lægepraksis	Vestervig	1	2.777
			Merete Hansen	Hurup Thy	1	1.574
			alles Lægehus Hurup	Hurup Thy	1	1.890
			Knut Rønning	Hurup Thy	1	1.539
			Regionsklinik Hurup	Hurup Thy	2	1.213
Thisted	19	1.759	Laws Jespersen	Thisted	1	1.636
			Mikael Grønning Mikkelsen	Thisted	1	1.535
			Toldbodlægerne	Thisted	4	1.360
			Lægerne i Nors	Nors	3	1.970
			Marianne Kragh Rasmussen	Thisted	1	2.164
			Kirstine Agger	Thisted	1	1.952
			Søren Kæseler Andersen	Thisted	1	1.932
			Nordic Medicare Lægeklinik Thisted	Thisted	2	2.396
			alles Lægehus Frøstrup	Frøstrup	1	1.691
			Lægerne i Hundborg	Hundborg	2	1.484
			Anne Pelle- Klitgaard	Thisted	1	1.584
			William Baird	Thisted	1	1.827

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Thisted Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Thisted Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Thisted Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Thisted Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	17	19	25	43.634	1.745	0
Kompagniskabspraksis	2	7	7	11.350	1.621	0
Enkeltmandspraksis	11	12	12	21.487	1.791	0
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	1	-	2	2.425	1.213	0
Udbudsklinikker	3	-	4	8.372	2.093	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Thisted Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	0	10	3	3	3
Procentvis fordeling	-	52,6%	15,8%	15,8%	16%

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Lægernes alder i udbuds-, og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Thisted Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	7.059	6.803	-4%	7.031	0%
15-24 år	4.704	4.486	-5%	4.079	-13%
25-34 år	4.407	4.422	0%	4.193	-5%
35- 44 år	4.628	4.507	-3%	4.935	7%
45-54 år	5.830	5.166	-11%	4.698	-19%
55-59 år	3.246	3.134	-3%	2.617	-19%
60-64 år	3.229	3.194	-1%	3.105	-4%
65-69 år	3.062	3.064	0%	3.063	0%
70-75 år	3.350	3.329	-1%	3.356	0%
Over 75 år	4.018	4.930	23%	5.622	40%
Total	43.533	43.035	-1%	42.699	-2%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Thisted Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Thisted Kommune

Hurup og Thisted (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Der bør være opmærksomhed på fordelingen af kapaciteterne i lægedækningsområde Thisted, da mange borgere har langt til hovedbyen. Såfremt én eller flere af de tre klinikker der ligger uden for Thisted by ophører, vil der være langt til nærmeste lægetilbud for nogle af de patienter, der i dag er tilknyttet en af disse tre praksis.

Der er en regionsklinik i Hurup samt tre udbudsklinikker beliggende i Hurup, Frøstrup og Thisted. Behandlerhuset Dokken huser fire lægeklinikker.

Der er etableret et læge- og sundhedshus i Hurup. Der er planlagt etablering af et nyt læge- og sundhedshus med lægeklinik i Hanstholm.

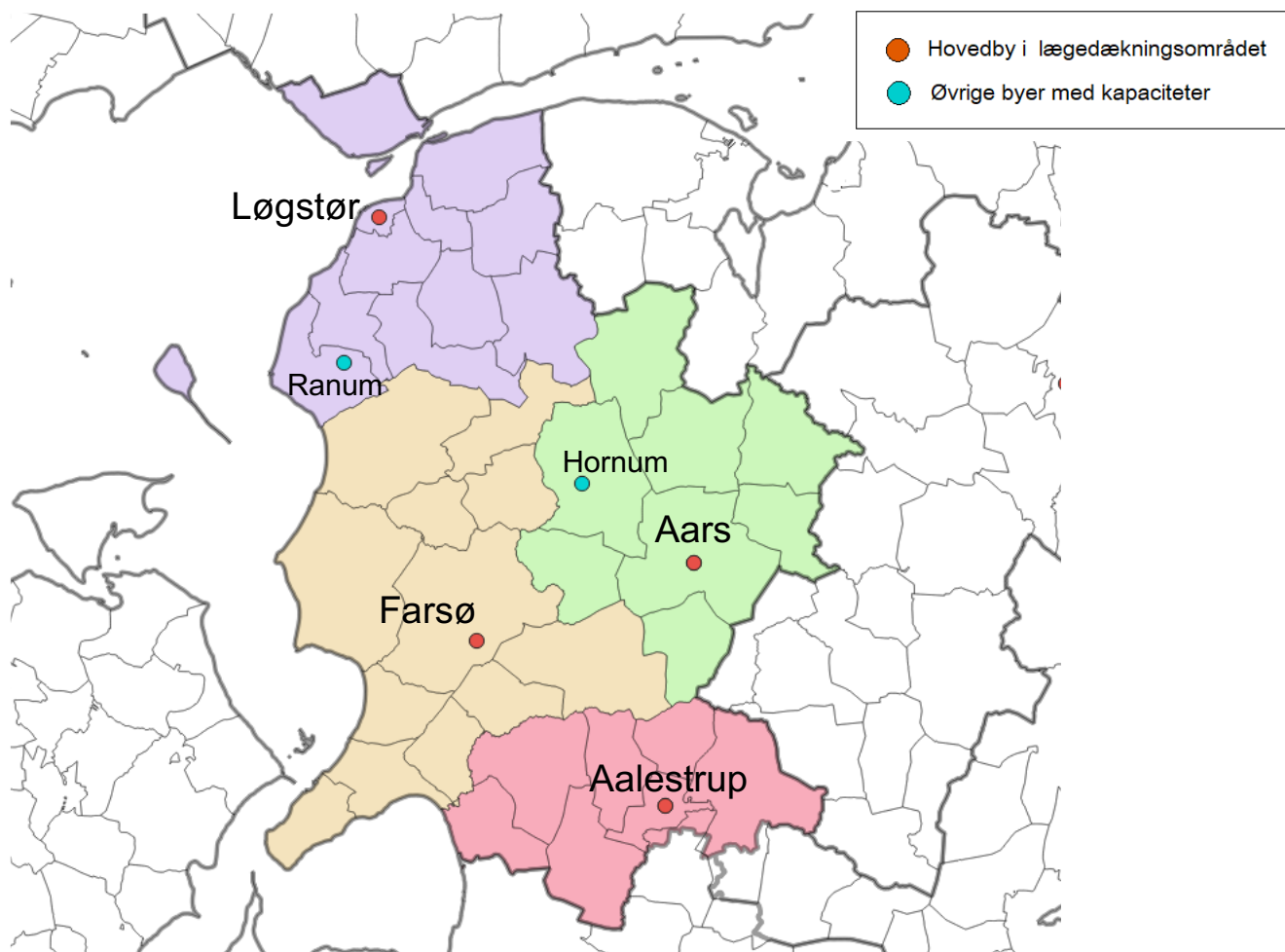
Fremtidig struktur

Der bør være fokus på fortsat at sikre lægedækning i hovedbyerne i lægedækningsområderne. Herudover bør der være opmærksomhed på fortsat at sikre lægedækning uden for hovedbyerne grundet de geografiske forhold med lange afstande i kommunen. I den forbindelse bør der være opmærksomhed på de borgere, der kan få langt til nærmeste lægetilbud ved ophør i praksis uden for hovedbyerne (Frøstrup, Hundborg, Vestervig og Nors).

Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.

Vesthimmerlands Kommune

I Vesthimmerlands Kommune er der fire lægedækningsområder: Farsø, Løgstør, Aalestrup og Aars. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne

by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet.

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Farsø	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Løgstør	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Aalestrup	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Aars	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. kapacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

I Vesthimmerlands Kommune er der i alt 21 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapacitet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 2: Kacitet og ydelser i lægedækningsområdet.

Lægedæknings-område	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaciteter ved 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Farsø	3	6,1	10,3	4,4	3.257
Løgstør	6	5,1	10,4	4,4	1.348
Aalestrup	3	3,6	10,4	4,5	1.944
Aars	9	8,2	10,9	4,6	1.452
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Vesthimmerlands Kommune.

Lægedæknings-område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet lægedækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Farsø	3	1.965	Lægerne Nybovej 4	Farsø	2	1.812
			Lægehuset Dr. Ingridsvvej	Farsø	1	2.272
Løgstør	6	1.625	Lægerne i Løgstør	Løgstør	5	1.550
			Regionsklinik Ranum	Ranum	1	1.995
Aars	9	2.029	Lægehuset Østermarken	Aars	5	1.752
			Lægeklinikken Aars	Aars	2	2.851
			Lægehuset i Hornum	Hornum	2	1.901
Aalestrup	3	1.611	Lægerne i Aalestrup	Aalestrup	3	1.611

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Vesthimmerlands Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Vesthimmerlands Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Vesthimmerlands Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Vesthimmerlands Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	8	21	21	38.737	1.845	1
Kompagniskabspraksis	6	20	19	34.470	1.814	1
Enkeltmandspraksis	1	1	1	2.272	2.272	0
Delepraksis	0	0	0	0	0	0
Regionsklinikker	1	-	1	1.995	1.995	0
Udbudsklinikker	0	-	0	0	0	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Tabel 5: Lægernes alder i Vesthimmerlands Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	2	4	8	4	3
Procentvis fordeling	9,5%	19,0%	38,1%	19,0%	14%

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

Anmærkning: Lægernes alder i regionsklinikken er ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Vesthimmerlands Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	5.912	5.653	-4%	5.698	-4%
15-24 år	4.050	3.750	-7%	3.503	-14%
25-34 år	3.830	3.861	1%	3.722	-3%
35- 44 år	4.056	3.991	-2%	4.305	6%
45-54 år	5.030	4.449	-12%	4.021	-20%
55-59 år	2.799	2.713	-3%	2.323	-17%
60-64 år	2.605	2.766	6%	2.699	4%
65-69 år	2.367	2.527	7%	2.702	14%
70-75 år	2.833	2.670	-6%	2.805	-1%
Over 75 år	3.548	4.365	23%	4.896	38%
Total	37.030	36.745	-1%	36.674	-1%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Vesthimmerlands Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Vesthimmerlands Kommune

Farsø, Løgstør, Aalestrup og Aars (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Der er opmærksomhed på lægedækningsområde Farsø, hvor der er få aktive kapaciteter i forhold til indbyggertallet i lægedækningsområdet.

Antallet af ydelser pr. indbygger i Vesthimmerlands Kommune ligger over regions gennemsnittet.

Der er en regionsklinik beliggende i Ranum.

Der etableres læge- og sundhedshus i Aalestrup. Der er ligeledes planer om etablering af et læge- og sundhedshus i Farsø.

Fremtidig struktur

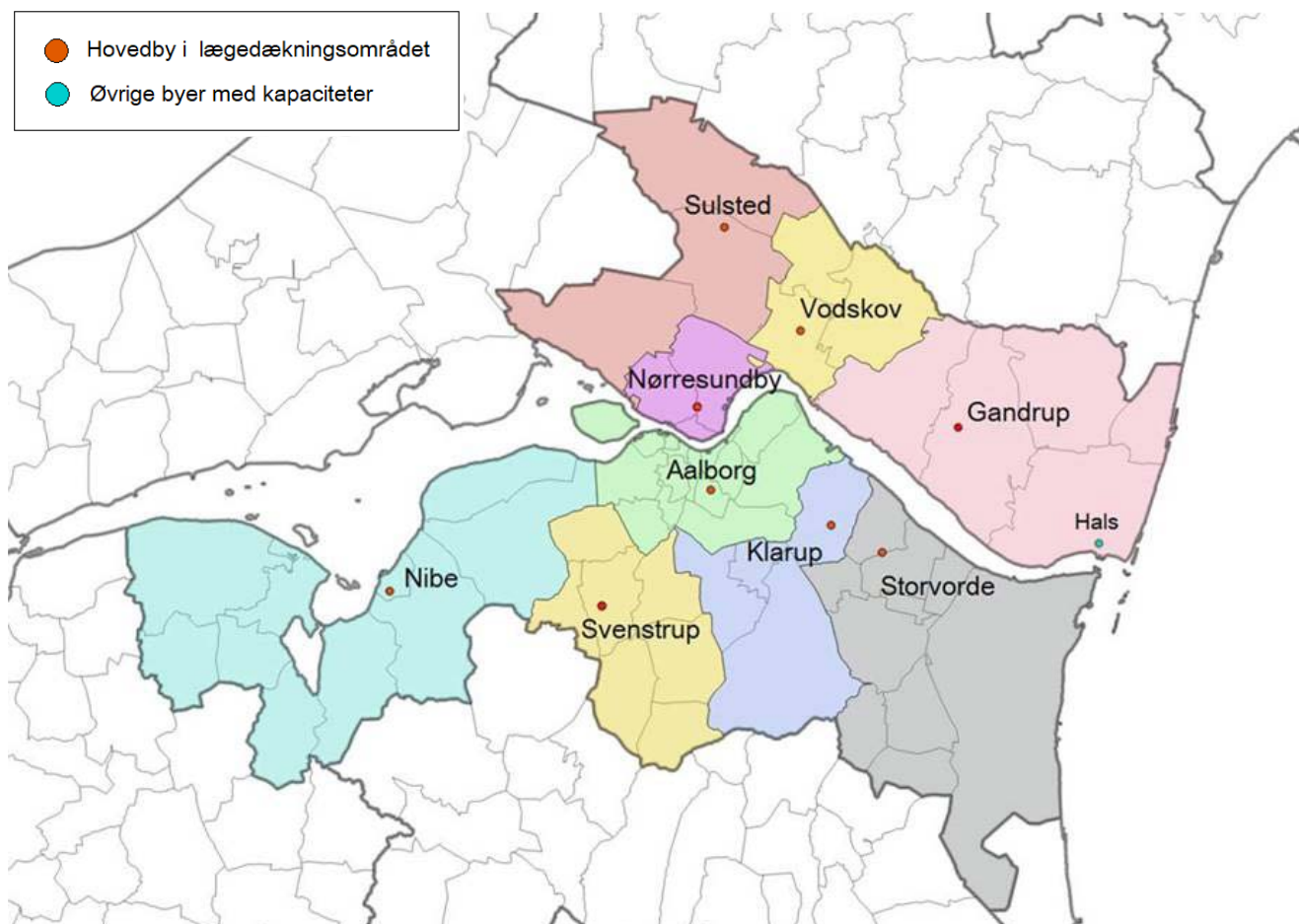
Der bør være fokus på at sikre lægedækning i alle lægedækningsområder for at sikre at kapaciteten mest hensigtsmæssigt er fordelt i hele kommunen. Udgangspunktet er, at placeringen sker i hovedbyerne.

Med henblik på at understøtte lægedækning med overenskomstmæssige løsninger er der fokus på at bistå læger, der viser interesse for at etablere eller overtage en praksis i området.



Aalborg Kommune

I Aalborg Kommune er der ni lægedækningsområder: Gandrup, Klarup, Nibe, Storvorde, Sulsted, Svenstrup, Vodskov, Nørresundby og Aalborg. Lægedækningsområdernes geografiske rækkevidde er vist på kortet nedenfor.



En beregning på borgernes afstand til centrum af hvert lægedækningsområde er vist i Tabel 1. Centrum er defineret som byen, som lægedækningsområdet er opkaldt efter. Afstanden er dermed et udtryk for, hvor langt en borger vil have til læge, hvis borgeren var tilmeldt en praksis i denne

by. Der er målt i fugleflugt fra borgerens bopæl til centrum af hovedbyen. Tabellen angiver således, hvorvidt de enkelte lægedækningsområder er dækkende i forhold til de geografiske afstande for borgerne.

Tabel 1: Borgernes afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet.

Lægedækningsområde	Andel borgere (%) med afstand til hovedbyen i lægedækningsområdet			
	0-15 km.	15-20 km.	20-25 km.	25+ km.
Gandrup	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Klarup	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nibe	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Nørresundby	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Storvorde	99,4%	0,6%	0,0%	0,0%
Sulsted	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Svenstrup	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Vodskov	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Aalborg	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

Antallet af nuværende aktive kapaciteter inden for lægedækningsområderne er vist i Tabel 2. Heraf fremgår samtidig det antal kapaciteter, der skulle være i det pågældende lægedækningsområde, såfremt kriteriet om 1.600 indbyggere pr. ka-

pacitet lægges til grund. Desuden er der angivet antallet af ydelser samt kontaktydelser pr. indbygger samt indbyggere pr. kapacitet.

Tabel 2: Kapacitet og ydelser i lægedækningsområdet

Lægedækningsområde	Nuværende antal aktive kapaciteter	Antal kapaciteter pr. 1.600 indbyggere	Ydelser pr. indbygger	Kontaktydelser pr. indbygger	Indbyggere pr. kapacitet
Gandrup	5	7,4	10,3	4,2	2.362
Klarup	3	7,8	9,1	3,5	4.184
Nibe	7	7,2	10,7	3,9	1.656
Nørresundby	12	14,9	10,1	4,0	1.990
Storvorde	3	6,2	9,5	3,8	3.312
Sulsted	4	6,2	9,6	3,8	2.482
Svenstrup	5	8,9	8,2	3,3	2.843
Vodskov	4	4,6	10,2	4,3	1.830
Aalborg	83	72,3	8,8	3,4	1.394
Gennemsnit Region Nordjylland	-	-	9,7	3,9	1.802

Kilde: Region Nordjyllands egne data. Udtræk januar 2020

I Aalborg Kommune er der i alt 126 aktive kapaciteter pr. 15. januar 2020. Fordelingen af disse mellem de enkelte lægedækningsområder, og de praksis der er beliggende i disse, fremgår af Tabel 3. Tabellen er et udtryk for den lægekapa- citet, der er beliggende i det enkelte lægedækningsområde.

Tabel 3: Nuværende kapaciteter i Aalborg Kommune.

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Gandrup	5	1.986	Gandrup Lægeklinik	Gandrup	3	2.155
			Lægehuset i Hals	Hals	2	1.733
Klarup	3	1.692	Lægerne i Klarup	Klarup	3	1.692
Nibe	7	1.427	Lægerne i Nibe	Nibe	7	1.427
Nørresundby	12	1.486	Lægerne Mellem Broerne	Nørresundby	3	1.199
			Lægehuset Lille Borgergade	Nørresundby	3	1.567
			Lægerne Skrågade 13	Nørresundby	4	1.738
			Kirsten Hallager	Nørresundby	1	1.179
			Keld Gammelby Jensen	Nørresundby	1	1.398
Storvorde	3	1.473	Lægecenter Storvorde	Storvorde	3	1.473
Sulsted	4	2.115	Lægeklinikken i Sulsted Aps	Sulsted	4	2.115
Svenstrup	5	1.908	Lægerne i Svenstrup	Svenstrup J	5	1.908
Vodskov	4	1.611	Lægehuset i Vodskov	Vodskov	4	1.611
Aalborg	83	1.783	Jørgen Fischer	Aalborg	1	2.414
			Lægerne Louise Plads	Aalborg	2	1.878
			Lægerne i Sjællandsgade	Aalborg	2	1.725
			Lægerne Dronning Christines Vej	Aalborg	3	1.582
			Lægerne Vesterbro Aps	Aalborg	3	1.546

Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Aalborg	83	1.783	Lægerne ved Sauers Plads	Aalborg	6	1.954
			Poul H. Nygaard	Aalborg	1	1.416
			Birgitte og Terkel Lund Ovesen	Aalborg	2	1.589
			Midtbylægerne Aalborg	Aalborg	2	1.870
			Per Hyldgård Jensen*	Aalborg	1	1.591
			Nytorv Lægeklinik	Aalborg	1	2.739
			Mette Degn Larsen	Aalborg	1	1.550
			Carsten Andreasen	Aalborg	1	2.700
			Lægerne Aabos Plads	Aalborg	4	1.429
			Lægeklinikken i Centrum	Aalborg	2	2.048
			Elisabeth Kellmer	Aalborg	1	1.886
			Nick Rasmussen, Tornhøjcentret	Aalborg Øst	1	1.793
			Morten Schliemann	Aalborg	1	1.528
			Lægerne Eternitten	Aalborg	2	1.815
			Lægerne Boulevarden 30	Aalborg	3	1.556
			Lægerne Sofiendal	Aalborg SV	3	1.734
			Læge Mikkel Nordkap	Aalborg	2	1.105
			Lægerne Hasseris Bymidte	Aalborg	4	1.648
			Lægerne Budolfi Plads	Aalborg	2	1.735
			Lægerne Vejgaard Sundhedscenter	Aalborg	2	2.203
			Lægerne Sløjfen	Aalborg Øst	2	4.461

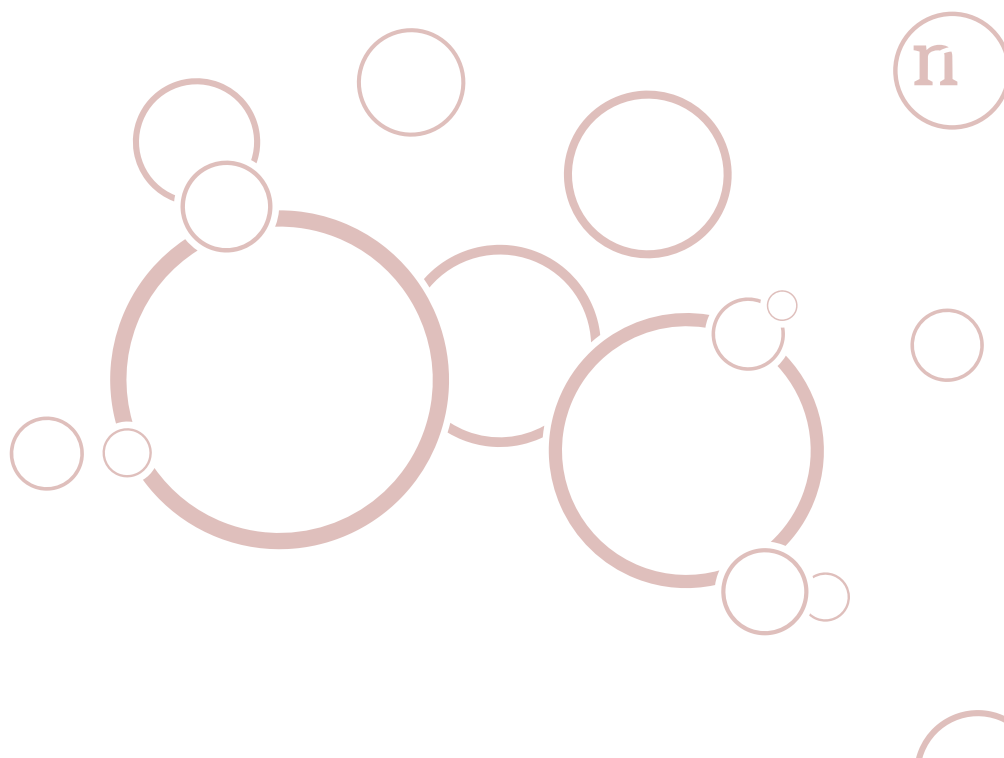
Lægedæknings- område	Samlet kapacitet	Patienter pr. kapacitet læge- dækningsområde	Praksis	By	Kapacitet	Patienter pr. kapacitet praksis
Aalborg	83	1.783	John Hyltoft	Aalborg	2	2.202
			Familielægerne Aalborg	Aalborg	5	1.593
			alles Lægehus Aalborg	Aalborg	3	1.612
			Kim Villadsen**	Aalborg	1	1.048
			Lægerne i Gug	Aalborg SØ	3	1.584
			Lægerne i Skalborg	Aalborg SV	2	2.379
			Lægeklubben Østerbro	Aalborg	1	1.552
			Lægerne Kennedy Arkaden	Aalborg	3	1.427
			Lægerne Boulevarden 19	Aalborg	4	1.698
			Lægerne Vejgård Torv	Aalborg	4	1.467

Kilde: Notus Regional. Udtæk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget.

* Praksis ophørte den 31. marts 2020

** Praksis ophørte den 31. maj 2020



Fordelingen af kapaciteter og patienter på forskellige praksistyper i Aalborg Kommune er angivet i Tabel 4. Antallet af læger er defineret ud fra ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i denne opgørelse. Andre typer af læger i klinikker efter overenskomst, herunder vikarer, uddannelseslæger m.v. er ligeledes ikke medtaget.

Herudover er der vist det antal ikke-aktive kapaciteter, som konkrete praksis i Aalborg Kommune, råder over på nuværende tidspunkt.

Tabel 4 er således et billede på den aktuelle fordeling af kapaciteter og patienter efter praksistype i hele kommunen.

Lægernes alder i Aalborg Kommune er vist i nedenstående Tabel 5. Som i angivelsen af antal læger i Tabel 4, er der i denne opgørelse kun medtaget ejere, delekompagnoner, læger i generationsskifte og ansatte læger i klinikker efter overenskomst.

Tabel 4: Kapacitetsbeskrivelse Aalborg Kommune.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	49	128	126	219.688	1.744	4
Kompagniskabspraksis	29	98	97	169.057	1.743	3
Enkeltmandspraksis	19	27	27	47.165	1.747	1
Delepraksis	1	3	2	3.466	1.733	0
Regionsklinikker	0	0	0	0	0	0
Udbudsklinikker	0	0	0	0	0	0
Licensklinikker	0	0	0	0	0	0

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Tabel 5: Lægernes alder i Aalborg Kommune.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	21	54	22	15	16
Procentvis fordeling	16,4%	42,2%	17,2%	11,7%	13%

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Anmærkning: Antal læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget. Tre lægers alder i én enkeltmandspraksis er heller ikke medtaget.

Tabel 6: Befolkningsudvikling i Aalborg Kommune fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	32.707	33.602	3%	36.271	11%
15-24 år	35.225	34.174	-3%	33.449	-5%
25-34 år	34.854	37.345	7%	36.279	4%
35- 44 år	24.577	24.664	0%	28.001	14%
45-54 år	26.084	24.947	-4%	23.563	-10%
55-59 år	12.805	13.137	3%	12.210	-5%
60-64 år	11.356	12.374	9%	12.724	12%
65-69 år	10.636	10.872	2%	11.909	12%
70-75 år	12.903	11.868	-8%	12.144	-6%
Over 75 år	15.365	19.123	24%	21.197	38%
Total	216.512	222.106	3%	227.747	5%

Kilde: Statistikbanken. Udtæk december 2019.

I Tabel 6 er befolkningsudviklingen i Aalborg Kommune fordelt på aldersgrupper angivet.

Lægedækningsområder i Aalborg Kommune

Gandrup, Klarup, Nibe, Storvorde, Sulsted, Svenstrup, Vodskov, Nørresundby og Aalborg (hovedbyerne).

Vurdering af planlægningsområdet

Der er opmærksomhed på lægedækningsområde Storvorde, idet området er et stort geografisk område, og da hovedbyen ligger i den absolut nordvestlige ende af området.

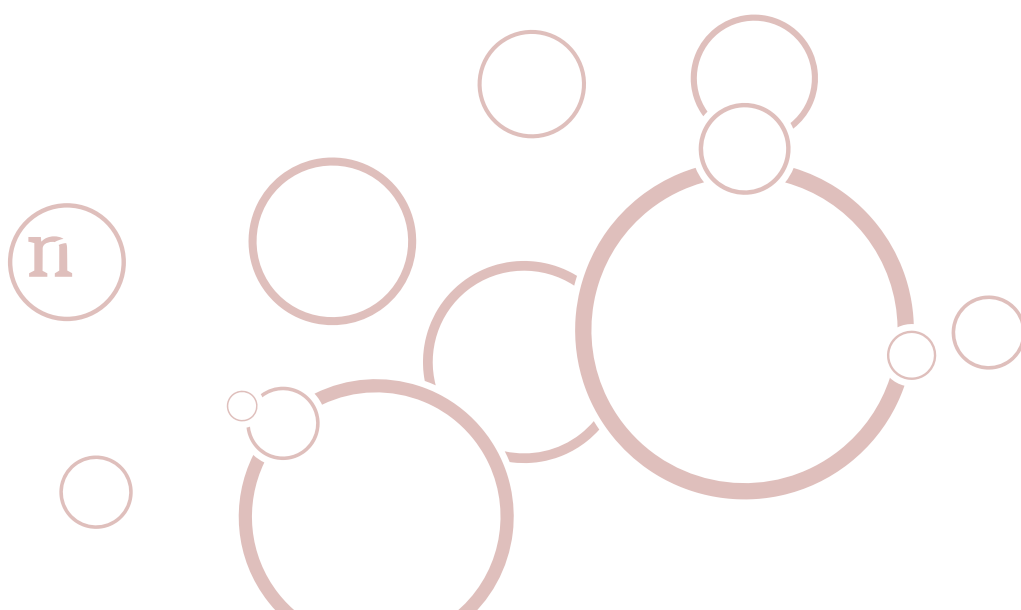
Der ses et højt antal indbyggere pr. kapacitet i Klarup, Storvorde, Svenstrup, Sulsted og Gandrup. Samtidig ses der en overkapacitet i Aalborg.

I lægedækningsområde Aalborg er der en del lægeklinikker, der er beliggende i etageejendomme. Her kan der være udfordringer i forhold til adgangsforhold og mangel på klinikarealer.

Der er etableret læge- og sundhedshuse i Gandrup, Storvorde og på Fyrkildevej i den østlige del af Aalborg Kommune.

Fremtidig struktur

Der er planer om etablering af et læge- og sundhedshus i Løvvangen i Nørresundby.



Region Nordjylland

Tabel 1: Kapacitetsbeskrivelse Region Nordjylland.

Praksistype	Antal praksis	Antal læger	Aktive kapaciteter	Antal patienter	Patienter pr. kapacitet	Disponerede kapaciteter
Praksis i alt	155	305	329	588.706	1.789	18
Kompagniskabspraksis	70	200	209	368.088	1.761	13
Enkeltmandspraksis	67	90	76	144.359	1.899	3
Delepraksis	3	10	8	13.483	1.685	1
Regionsklinikker	7	-	16	25.918	1.620	0
Udbudsklinikker	7	-	15	28.882	1.925	0
Licensklinikker	1	5	5	7.976	1.595	1

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2020

Tabel 2: Lægernes alder i Region Nordjylland.

Aldersfordeling	< 39 år	40-49 år	50-59 år	60-64 år	65 år >
Antal læger	37	114	71	47	33
Procentvis fordeling	12,3%	37,7%	23,5%	15,6%	10,9%

Kilde: Notus Regional. Udtræk december 2019

Anmærkning: Lægernes alder i udbuds-, regionsklinikker samt ansatte i to enkeltmandspraksisser er ikke medtaget.

Tabel 3: Lægernes tilbagetrækningsalder.

	Gennemsnit	Yngste læge	Ældste læge
Læger, hvor praksis føres videre	62,6 år	38 år	73 år
Læger, hvor praksis ikke føres videre	64 år	46 år	71 år
Alle læger samlet	62,7 år	38 år	73 år

Kilde: Notus Regional. Udtræk januar 2019

Det sker løbende, at speciallæger i almen praksis trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet. I disse tilfælde vil deres praksis enten føres videre af andre læger eller ikke føres videre. Det skal bemærkes, at der når yngre læger trækker sig tilbage har det en væsentlig påvirkning på den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder. Derfor er den typiske tilbagetrækningsalder

højere end den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder, der er angivet i tabel 3.

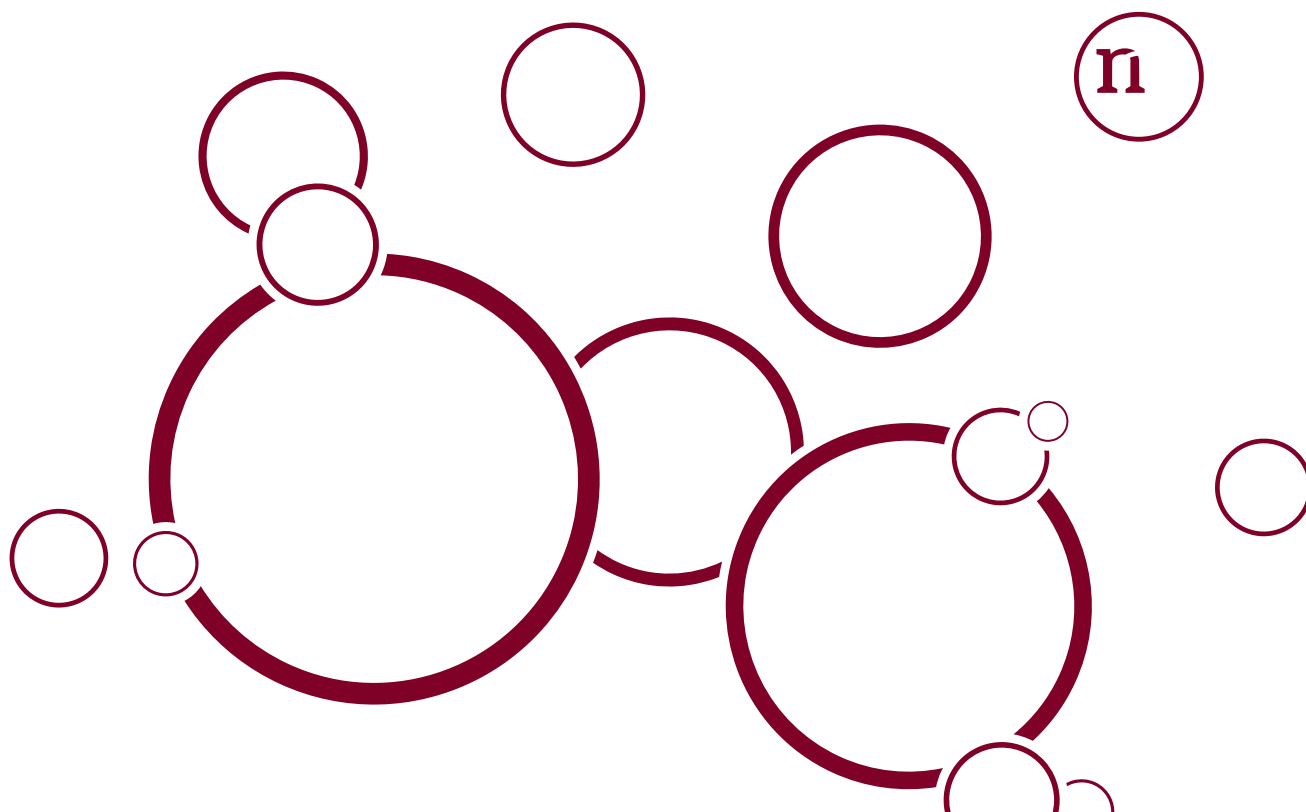
Med udgangspunkt i den typiske tilbagetrækningsalder er det forventningen, at omkring 90 læger går på pension inden 2022.

Tabel 4: Befolkningsudvikling i Region Nordjylland fordelt på aldersgrupper.

Aldersintervaller	2020	2025	Ændring fra 2020-2025	2030	Ændring fra 2020-2030
0-14 år	92.741	91.811	-1%	96.843	4%
15-24 år	74.678	71.860	-4%	67.984	-9%
25-34 år	72.093	75.990	5%	73.303	2%
35- 44 år	65.516	64.276	-2%	71.526	9%
45-54 år	78.131	71.538	-8%	65.206	-17%
55-59 år	41.151	40.614	-1%	36.541	-11%
60-64 år	37.809	40.211	6%	39.878	5%
65-69 år	35.550	36.328	2%	38.905	9%
70-75 år	42.270	39.523	-6%	40.533	-4%
Over 75 år	50.517	62.825	24%	70.129	39%
Total	590.456	594.976	1%	600.848	2%

Kilde: Statistikbanken. Udtræk december 2019.

Af tabel 4 ses det, at antallet af borgere i Nordjylland forventes at være svagt stigende, men særligt afgørende er, at stigningen primært vil ske i de ældre aldersgrupper, hvor behovet for sundhedsydelser er størst.



Bilag 4: Kapacitetsstyringsmodel for almen praksis

Baggrund

Regionsrådet godkendte den 18. december 2018 Strategi for lægedækning på almen praksis området. Med strategien blev det besluttet, at kapacitetsstyringen på almen praksisområdet fremover skulle tage afsæt i en mere dynamisk model, som i højere grad skulle tage udgangspunkt i lægedæknings-situationen i det enkelte lægedækningsområde. Modellen skal i lyset af de nuværende rekrutteringsmæssige udfordringer på området være med til at understøtte, at lægerne rekrutteres til de områder, hvor der er størst behov. Modellen skal endvidere ses i sammenhæng med Region Nordjyllands model for annoncering af kapaciteter.

Udgangspunktet for planlægningen vedrørende placeringen af kapaciteter indenfor lægedækningsområderne er, at fordelingen af kapaciteterne fastlægges i Praksisplanen. Kapacitetsstyringsmodel vil dermed være forankret i Praksisplanudvalget, som vil modtage kvartalsmæssige orienteringer med henblik på drøftelse og eventuel beslutning ift. udvidelse og indskrænkning af kapacitet i lægedækningsområderne. Der vil således ikke længere være angivet ledige 0-kapaciteter i de enkelte lægedækningsområder medmindre modellen tilsiger det. Disse vil blive slået op og besat hvis muligt.

Kapacitetsstyringsmodellen skal ligeledes ses som et element, i regionens tiltagende proaktive arbejde med at sikre lægedækningen. Modellen skal bl.a. bidrage til at kortlægge, hvilke lægedækningsområder der kræver et særligt fokus, således regionen, hvis nødvendigt, kan iværksætte en bred vifte af indsatser der kan sikre lægedækningen, både på kort og lang sigt. Indsatserne iværksættes som udgangspunkt i dialog med praksis i lægedækningsområdet og i et samarbejde med PLO-Nordjylland og den pågældende kommune. Med henblik på at sikre, at kapacitetsstyringsmodellen fungerer efter hensigten, skal modellen evalueres i regi af Praksisplanudvalget. Evalueringen sker på udvalgets sidste møde i 2021.

Begrebsafklaring

Når der i det følgende nævnes begrebet kapacitet, er dette et udtryk for mængden af læge ressourcer. Én kapacitet udgør således én fuldtidslægestilling, som i henhold til overenskomsten som minimum skal have 1.600 patienter tilmeldt, medmindre Samarbejdsudvalget for almen læger har givet tilladelse til nedsat patienttal. Én lægekapacitet vil typisk være det samme som én læge, men i nogle tilfælde kan der være tale om to læger som udgør én kapacitet. Dette kan være i situationer hvor der er blevet etableret delepraksis eller hvor en ældre og en yngre læge har fået tilladelse til et generationsskifte og dermed i en periode kan være 2 læger i én kapacitet.

Modellen

Hovedprincippet for kapacitetsstyringen i Region Nordjylland er, at det altid er den konkrete lægedækningssituation i området der er styrende for, hvorvidt der skal arbejdes på at udvide eller indskrænke kapaciteten. Beslutning om udvidelse skal altid vurderes i sammenhæng med den aktuelle rekrutteringsmæssige situation og den generelle lægedækningssituation i regionen som helhed.

Hovedparametre

I vurderingen af lægedækningsområderne indgår følgende hovedparametre:

- Patienter pr. kapacitet
- Åbne/lukke status

I vurderingen af de enkelte lægedækningsområder, vil særligt parametrene patienter pr. kapacitet og åbne/lukke status være centrale. Det vurderes at disse parametre er de bedste indikatorer for, hvorvidt der er tilstrækkelig kapacitet i et lægedækningsområde. Dette skyldes, at klinikkerne i høj grad organiserer sig forskelligt, hvilket har stor betydning for hvor mange patienter de kan have tilmeldt. Nogle klinikker vælger f.eks. at have tilknyttet meget hjælpepersonale, hvor sygeplejersker eller andet sundhedspersonale er i front, og udfører opgaver på lægens delegation. Patienter pr. kapacitet og åbne/lukke status er også de to parametre som klinikkerne selv har indflydelse på.

Øvrige parametre

Herudover indgår følgende øvrige parametre i de situationer, hvor der er behov for en nærmere vurdering:

- Andel indbyggere over 75 år.
- Andel polyfarmacipatienter
- Antal ydelser
- Andel af befolkning på overførselsindkomst
- Afstand til omkringliggende praksis, der har åben for patienttilgang
- Ekstrakapacitet i henhold til lægedækningsberegningen
- Befolkningsfremskrivning
- Patienter pr. kapacitet, klinikker på overenskomst
- Åbne/lukke status, klinikker på overenskomst

Det vurderes, at de øvrige parametre skal fungere som understøttende indikatorer i forhold til de to som blev særskilt nævnt ovenfor. Det er i de situationer hvor de to "hovedparametre" ikke giver et entydigt svar på, hvorvidt der er behov for at udvide eller indskrænke kapaciteten i et lægedækningsområde, at de øvrige parametre vil blive anvendt til at vurdere lægedækningsituationen. Ovenstående parametre vil indgå i en samlet vurdering, da der kan være forskel på, hvilke udfordringer der vejer tungest i et givent lægedækningsområde.

Patienter pr. kapacitet og åbne/lukkestatus indgår ligeledes som øvrige parametre, men her vil det udelukkende være klinikker på overenskomst der medtages. Baggrunden for dette er, at modellen ligeledes skal understøtte løsninger på almindelige overenskomstmæssige vilkår. Regionen arbejder ud fra en prioritering af, at så mange borgere som muligt skal være tilknyttet klinikker som drives i henhold til overenskomsten. En undtagelse af udbuds- og regionsklinikker i de to parametre vil sikre, at behovet for overenskomstmæssige løsninger bliver vurderet når et område, jf. modellen tilsiger en konkret vurdering. Såfremt det ved at undtage udbuds- og regionsklinikker resulterer i, at parametrene, herunder patienter pr. kapacitet og åbne/lukkestatus, tilsiger en udvidelse af kapaciteten, vil dette blive udfaldet.

Såfremt PLO-Nordjylland eller kommunerne konkret vurderer, at der er nogle særlige forhold som betyder, at de øvrige parametre bør tages i anvendelse, vil dette undtagelsesvis være en mulighed. Det kan f.eks. være situationer hvor en konkret læge har ytret ønske om at nedsætte sig i et specifikt område i regionen, eller hvor der er nogle særlige geografiske forhold som bør tages i betragtning.

I de lægedækningsområder hvor en del af lægedækningen varetages af udbuds- og/eller regionsklinikker, vil regionen først og fremmest arbejde på, at få disse klinikkerne overdraget til læger, som kan drive dem videre på almindelig overenskomstmæssige vilkår. Modtager regionen henvendelser fra læger, som viser interesse for at etablere sig i lægedækningsområder med regions- og/eller udbudsklinikker vil regionen derfor i første omgang gå i dialog omkring mulighederne for at overtage regions- eller udbudsklinikken helt eller delvist. Regionsklinikker vil kunne overtages i overensstemmelse med Region Nordjyllands retningslinje herfor 'Fair vilkår'.

Både regions- og udbudsklinikker kan have et stort patienttal og samtidig åbent for tilgang. Dette er to hovedparametre, som trækker i hver sin retning ift. vurderingen. Ønsker en læge at etablere sig i et sådant lægedækningsområde, men ikke at overtage en regions- eller udbudsklinik vil det blive vurderet, om der er mulighed herfor henset til forholdet mellem antallet af kapaciteter og patienttal i regions- eller udbudsklinikken.

Anvendelse af model

Den regionale administration har udarbejdet nedenstående farvekodede model.

Som nævnt ovenfor, betragtes patienter pr. kapacitet og åbne/lukke status som hovedparametre. Konkret vil modellen fungere således, af såfremt ét af parametrene overstiger en specifik værdi, vil området blive markeret som rød ud for dette parameter. Hvis et lægedækningsområde er markeret som rød ud fra begge hovedparametre, vil området blive vurderet til at mangle kapacitet og det vil dermed tilsige en udvidelse af kapaciteten.

Hvis et lægedækningsområde markeres som rød i ét af hovedparametrene, vil der blive foretaget en konkret vurdering af området, hvor modellens øvrige parametre vil blive inddraget i vurderingen. Såfremt parametrene taler herfor, vil lægedækningsområdet blive vurderet til at mangle kapacitet og det vil dermed tilsige at udvide kapaciteten.

I lægedækningsområder som ikke har en rød markering i enten patienter pr. kapacitet eller åbne/lukke status vurderes det, at der ikke mangler kapacitet, hvorfor modellen tilsiger at der ikke tilføres yderligere kapacitet.

Modellen vil blive opdateret hvert kvartal og resultatet vil blive forelagt Praksisplanudvalget til orientering med henblik på drøftelse og eventuel beslutning ift. udvidelse og indskrænkning af kapacitet i lægedækningsområderne.

Patienter pr. kapacitet

Ét lægedækningsområde hvor antallet af patienter pr. kapacitet overstiger 2.000, vil blive markeret med rød. Ét lægedækningsområde hvor antallet af patienter pr. kapacitet er 1.600 -1.999 vil blive markeret med gul. Lægedækningsområder som har mindre end 1.600 patienter pr. kapacitet vil blive markeret med grønt.

	Over 2.000 patienter pr. kapacitet
	Mellem 1.600 – 1.999 patienter pr. kapacitet
	Under 1.600 patienter pr. kapacitet.

Grænsen på 1.600 patienter pr. kapacitet, der markerer hvornår et område er grønt eller ej, er valgt ud fra, at det er det antal patienter pr. kapacitet en praksis som minimum skal have åbent for, medmindre der er givet særskilt tilladelse til nedsat patienttal, jf. overenskomstens § 7.

Grænsen på 2.000 patienter pr. kapacitet, der markerer hvornår et område går fra gult til rød, er valgt ud fra en samlet vurdering af forskellige faktorer. Dels bør tildeling af en ekstra kapacitet i et lægedækningsområde ikke medføre, at lægedækningsområdet får langt under 1.600 patienter pr. kapacitet. Lægedækningsområderne er lavet ud fra, at der som minimum skal være grundlag for 3 kapaciteter. Et lægedækningsområde der har 3 kapaciteter som alle har 2.133 patienter pr. kapacitet, vil med tilføjelse af en ekstra kapacitet få 1.600 patienter pr. kapacitet. For at tage hensyn til lægedækningsområder med flere kapaciteter, samt forskellen i organisationen hos praksis, er det valgt at sætte grænsen ved 2.000 patienter pr. kapacitet. Ca. 25% af praksis i Region Nordjylland har mere end 2.000 patienter pr. kapacitet (ultimo august 2020), hvorfor det også vurderes at være et patienttal pr. kapacitet, som er væsentligt over gennemsnittet i regionen, som ultimo august 2020 er 1.790 patienter pr. kapacitet.

Åbne/lukke status

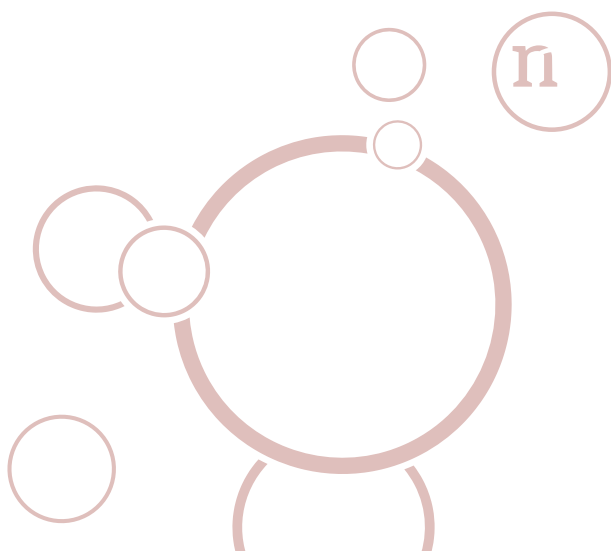
Hvorvidt et lægedækningsområde skal markeres som rødt ud fra dette parameter, vurderes ud fra en tidsperiode på de seneste 3 måneder. Hvis der i mere end 66% af denne tid ikke har været nogle åbne praksis i området, vil det blive markeret med rødt. Øvrige lægedækningsområder vil blive markeret som grøn.

Lægedækningsområderne er generelt meget forskellige fra hinanden, hvilket der skal tages højde for i denne model. Derfor laves der en særregel for lægedækningsområder som har mere end 8 praksis. Her skal 20% af praksis have haft åbent for patienttilgang i sammenlagt 66% af kvartalet, før området vil blive markeret som grønt.

Grænsen på 66% er valgt ud fra en betragtning om, at praksis/lægedækningsområder, hvor der kun er åbent for tilgang i kortere eller begrænsede perioder, ikke bør have generel status af åbent for tilgang. Eksempelvis oplever mange praksis, at de kun har åbent i kort tid, når de åbner for tilgang af patienter, idet de pladser de åbner for, hurtigt bliver fyldt. Derved kan det ikke ansues som at være en løbende mulighed for at tilmelde sig som patient i området.

Det er generelt vanskeligt at give et præcist tal for, hvornår et lægedækningsområde kan kategoriseres som værende overvejende åbent for tilgang. Derfor er det valgt at bruge to sideløbende beregninger i dette parameter, således der tages højde for forskellige situationer.

Ift. grænsen for hvor mange praksis der skal have haft åbent for patienttilgang i sammenlagt 66% af kvartalet, før området vil blive markeret som grønt, er 20% valgt ud fra en betragtning om antallet af klinikker i de forskellige lægedækningsområder, og den forventning der kan være til antallet af åbne praksis. I et område med f.eks. 3 klinikker, vil 1 klinik der har åbent for tilgang anses som værende dækkende. I et område med f.eks. 15 klinikker, vil 1 åben klinik ikke være nok til at det vurderes, at behovet er dækket.



De klinikker der har fået tilladelse af Samarbejdsudvalget til at have selektiv åbent, vil i modellen blive betragtet som åben for patienttilgang. Samarbejdsudvalget har besluttet, at det bærende princip for behandling af ansøgninger om selektiv åbning er, at klinikkerne som minimum skal have åbent for hele det lægedækningsområde de er beliggende i. Dermed bør disse klinikker netop tælle som åbne, da det er lægedækningssituationen i det pågældende lægedækningsområde der bliver vurderet.

Klinikker, der af samarbejdsudvalget har fået tilladelse til at have selektivt lukket, vil i modellen blive betragtet som lukkede for tilgang.

Hvis et lægedækningsområde defineres som et område med behov for mere kapacitet, vil det tilsige at Praksisplanudvalget udvider kapaciteten, således det er muligt at ansøge om at få tildelt den ekstra kapacitet. Det gælder både eksisterende praksis og læger som ikke i forvejen driver en klinik i forvejen.

Allerede disponerede 0-kapaciteter

På det tidspunkt modellen bliver taget i brug, vil der være praksis som ifølge nuværende fremgangsmåde råder over 0-kapaciteter. Disse praksis har dels søgt regionen om dispositionsretten over 0-kapaciteten eller har den ekstra kapacitet som følge af en kompagnons udtræden af praksis. Regionen vil ikke kunne tilbagetrække disse kapaciteter før praksis' dispositionsret er udløbet. Når dette sker, vil den pågældende kapaciteten ikke nødvendigvis blive tilført til lægedækningsområdet igen. Modellen vil i stedet vurdere lægedækningsområdet ud fra det antal aktive kapaciteter der vil være på det pågældende tidspunkt. Hvis der efter modellen ikke vurderes at være behov for yderligere kapacitet, vil kapaciteten som udgangspunkt ikke blive tilført lægedækningsområdet igen, da lægedækningen vurderes som værende god. Tilsiger modellen derimod at der forsat er behov for kapaciteten, vil det være muligt at ansøge om denne via regionens annonceringer. Der vil således ikke længere blive opereret med begrebet ubesatte ikke-disponerede kapaciteter. Praksis som fremadrettet får en ledig kapacitet som følge af en kompagnons udtræden, vil forsat have ét år til at besætte denne, som det fremgår af overenskomsten.

Illustration: Nedenfor ses modellen illustreret grafisk:

Lægedækningsområde	Patienter pr. kapacitet	Åbne/lukke status	Øvrige parametre	Udfald
XX			-	Behov for mere kapacitet
XX			Anvendes	Afhænger af konkret vurdering
XX			Anvendes	Afhænger af konkret vurdering
XX			-	Ikke behov for mere kapacitet
XX			Anvendes	Afhænger af konkret vurdering
XX			Anvendes	Vurderes om kapaciteten skal indskrænkes

Ændringer i kapaciteten

Beslutning om ændringer i kapaciteten træffes af Praksisplanudvalget. Kan der ikke opnås enighed i udvalget, tilfalder endelig beslutningskompetence Regionsrådet.

Den regionale administration foretager én gang pr. kvartal en beregning efter modellen. Resultatet af opdateringen vil blive forelagt Praksisplanudvalget med henblik på drøftelse og eventuel beslutning ift. udvidelse og indskrænkning af kapacitet i lægedækningsområderne. Forud for møderne i Praksisplanudvalget, har sekretariatene drøftet udfaldet af den kvartalsvise opdatering. Sekretariatene udarbejder i fællesskab indstillingen til Praksisplanudvalget. Såfremt der ikke er enighed mellem sekretariatene, vil dette fremgå af indstillingen.

I forbindelse med behandlingen i praksisplanudvalget, vil udvalget, når der indstilles til beslutning om ændringer i kapaciteten, blive præsenteret for de vurderinger indstillingen bygger på, samt det bagvedliggende datamateriale.

Tilførelse af kapacitet

På baggrund beslutning i Praksisplanudvalget, vil regionen annoncere kapaciteter i de lægedækningsområder hvor der i henhold til modellen, vurderes at være behov for yderligere kapacitet. Annonceringen vil ske på baggrund af 1. kvartals opdatering af modellen og vil følge den gældende annonceringspraksis.

Såfremt der ved øvrige kvartalsopdateringer træffes beslutning om udvidelse af kapaciteten i et eller flere lægedækningsområder, vil regionen annoncere denne i overensstemmelse med regionens praksis herfor. Derudover vil regionen også annoncere kapacitet, såfremt en konkret læge/praksis har udvist interesse for at nedsætte sig eller udvide praksis i et lægedækningsområde, hvor der er ekstra kapacitet. På regionens hjemmeside vil det fremgå, i hvilke områder Praksisplanudvalget har besluttet, at der er behov for yderligere kapacitet, som endnu ikke er besat.

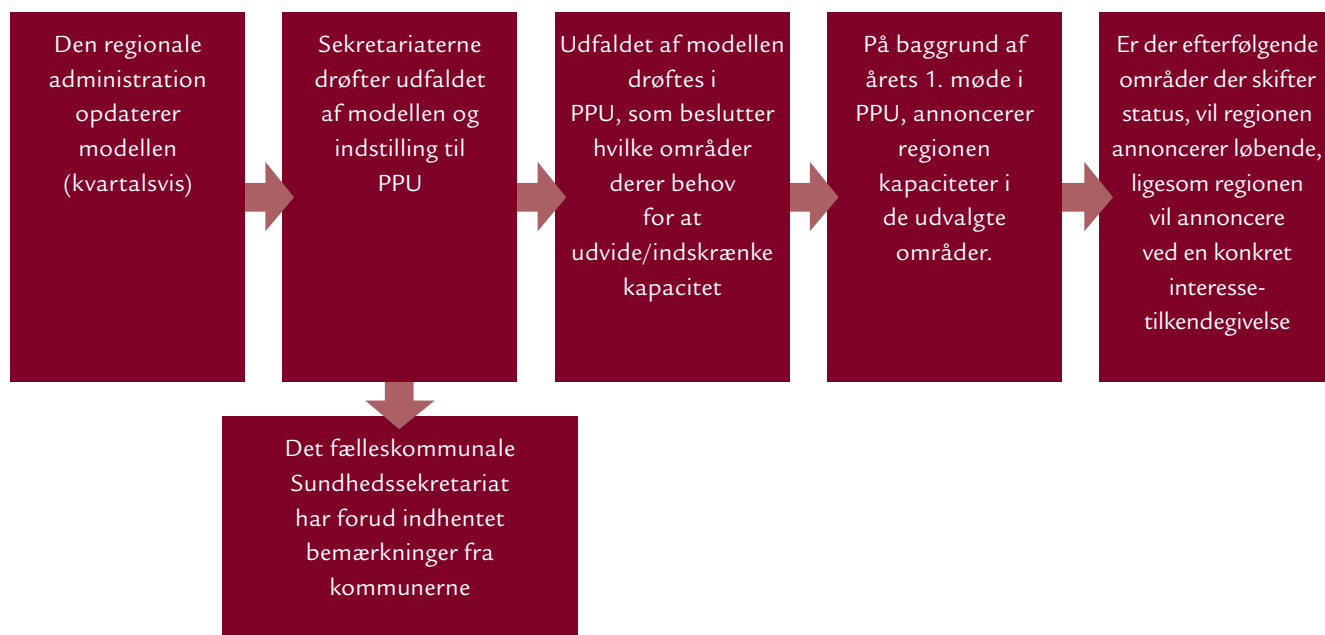
Kapaciteten skal som udgangspunkt besættes 6 måneder efter tildelingen eller ifølge aftale med den regionale administration. Hvis dette ikke er sket, falder kapaciteten tilbage til Region og kan annonceres på ny.

Indskrænkning af kapacitet

I visse situationer kan modellen tilsige, at det skal vurderes hvorvidt den aktuelle lægedækningssituation bør resultere i en indskrænkning af kapacitet. Det er vurderingen, at en konkret vurdering af et lægedækningsområde, sjældent vil tilsige en indskrænkning af kapacitet, hvorfor denne situation ikke vil opstå ofte.

Derudover vil en evt. indskrænkning vil kræve, at en kapacitet falder tilbage til regionen som følge af et praksisophør, eller at en kompagniskabspraksis, ikke har kunne besætte en ledig kapacitet, som følge af en kompagnons udtræden af praksis.

Illustration af beslutningsproces: Beslutningsprocessen er illustreret i nedenstående figur:



Bilag 5: Uddannelsen i almen medicin

Læger i Klinisk Basisuddannelse (KBU)

Den kliniske basisuddannelse består af to gange seks måneders ansættelse og gennemføres efter bestået medicinstudie. 80% af alle basisforløb har ansættelse i almen praksis i de sidste seks måneder af uddannelsesforløbet. Fra andet halvår 2020 stiger andelen til 90% og fra andet halvår 2022 forventes alle basislæger at have seks måneders ansættelse i almen praksis. Region Nordjylland har de seneste år oplevet en stigning i antallet af besatte KBU-forløb, hvilket fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Antal besatte KBU-forløb. *Antal tilmeldte til KBU. **Faktisk antal besatte forløb inkl. sammenhængende forløb.

Runde	Nationalt*	Videreuddannelses-region Nord**	Region Midtjylland**	2030 Nordjylland**
1. halvår 2013	399	125	84	41
2. halvår 2013	385	118	82	36
1. halvår 2014	353	117	77	40
2. halvår 2014	335	109	75	34
1. halvår 2015	437	135	93	42
2. halvår 2015	533	162	111	51
1. halvår 2016	536	169	116	53
2. halvår 2016	641	208	140	68
1. halvår 2017	589	188	127	61
2. halvår 2017	634	208	138	70
1. halvår 2018	618	201	134	67
2. halvår 2018	734	241	163	78
1. halvår 2019	604	203	133	70
2. halvår 2019	639	218	146	72
1. halvår 2020	613	204	134	61 (55 skal i almen praksis)

Kilde: Sundhedsstyrelsen samt Mennesker & Organisation, Region Nordjylland.

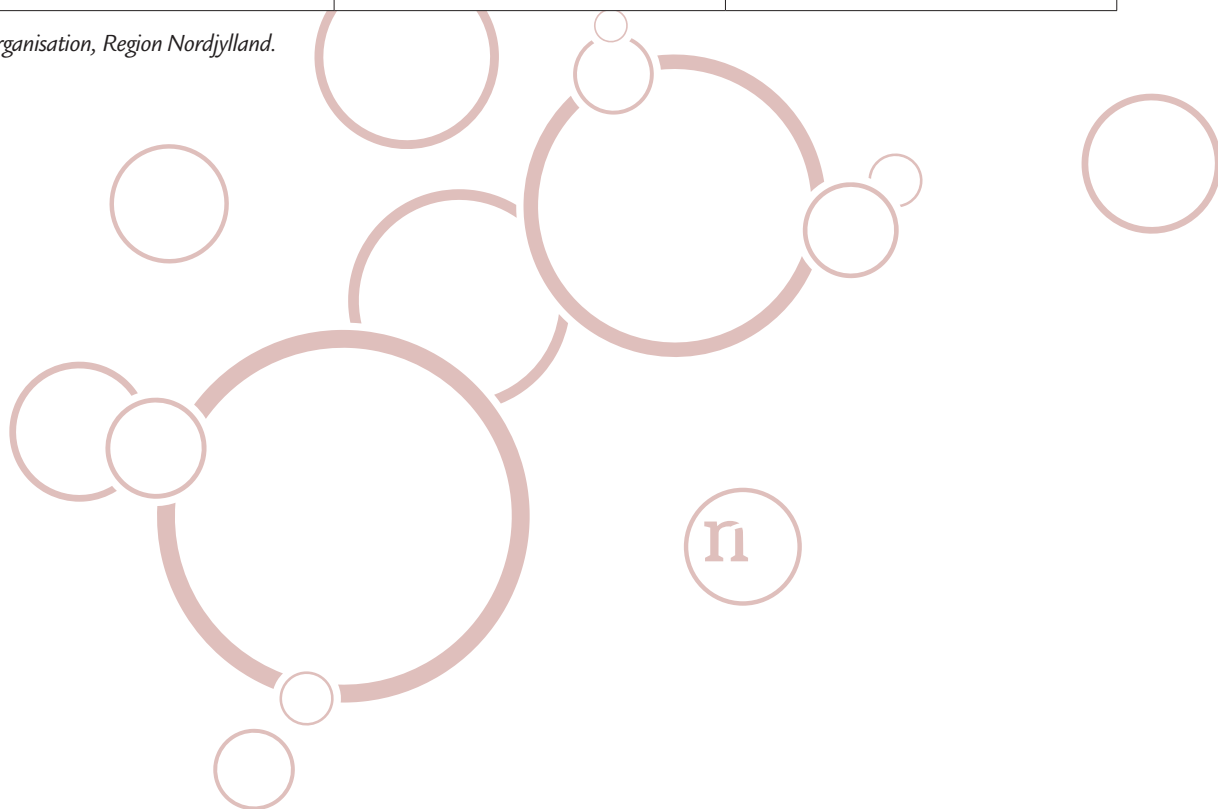
Introduktionslæger og hoveduddannelseslæger i almen medicin

Af tabel 2 fremgår antal dimensionerede (opslåede) og besatte introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger i almen medicin samt antal færdiguddannede speciallæger i almen medicin i Region Nordjylland 2013- 2019.

Tabel 2:

Årstal	Dimensioneret/besatte introduktionsstillinger	Dimensioneret/besatte hoveduddannelsesstillinger	Antal færdiguddannede speciallæger i almen medicin i Region Nordjylland
2013	39/26	26/24	14
2014	45/29	28/22	15
2015	45/30	30/24	11
2016	45/30	30/25	17
2017	45/34	30/13	27
2018	47/42	31/23	18
2019	56/54	36/31	20
1. halvår 2020	613	204	134

Kilde: Mennesker & Organisation, Region Nordjylland.





Praksisplan for almen praksis

Patientforløb og Økonomi
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst

21. januar 2020