



## NOTAT

# 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 lægedækningsituationen 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 generati-onsskifte 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 éntydigt 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 lægedækningssituationen. 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 grøn.

|  |                                              |
|--|----------------------------------------------|
|  | 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 rødt, 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 selektivt 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 lægedækningsituationen 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.

## Illustration

Nedenfor ses modellen illustreret grafisk:

| Lægedæknings-<br>område | Patienter pr. ka-<br>pacitet | Åbne/lukke sta-<br>tus | Øvrige para-<br>metre | Udfald                                           |
|-------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|
| XX                      |                              |                        | -                     | Behov for mere kapacitet                         |
| XX                      |                              |                        | Anvendes              | Afhænger af kon-<br>kret vurdering               |
| XX                      |                              |                        | Anvendes              | Afhænger af kon-<br>kret vurdering               |
| XX                      |                              |                        | -                     | Ikke behov for<br>mere kapacitet                 |
| XX                      |                              |                        | Anvendes              | Afhænger af kon-<br>kret vurdering               |
| XX                      |                              |                        | Anvendes              | Vurderes om ka-<br>paciteten skal<br>indskrænkes |

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.

### 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 Regionen og kan annonceres på ny.

#### Indskrænkning af kapacitet

I visse situationer kan modellen tilsige, at det skal vurderes hvorvidt den aktuelle lægedækningsituation 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 kompagnions udtræden af praksis.

#### Illustration af beslutningsproces

Beslutningsprocessen er illustreret i nedenstående figur.

