



Praksisplan

for almen praksis



2021-2024



KKR
SJÆLLAND

REGION
SJÆLLAND 
- vi er til for dig

1. Indledning

Almen praksis er borgernes første og frie kontakt med sundhedsvæsenet, og den praktiserende læge har den væsentlige funktion som tovholder for patientens samlede helbredstilstand og medicinering.

Den rolle, som de praktiserende læger spiller i det samlede sundhedsvæsen, er udgangspunktet for udarbejdelsen af praksisplanen for almen praksis.

Praksisplanen skal sikre gennemførelsen af de tiltag i Region Sjællands Sundhedsaftale, der omfatter almen praksis. Sundhedsaftalens implementering afhænger blandt andet af tilstrækkelig lægekapacitet.

Hertil kommer, at praksisplanen er det lokale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, der beskriver hvilke opgaver almen praksis skal varetage i et samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, samt den kapacitetsplanlægning som er forudsætningen herfor.

Samtidig indeholder praksisplanen pejlemærkerne for den regionale udvikling af almen praksis' rolle.

UDKAST

2. Udfordringer og målsætninger på området for almen praksis

Region Sjælland står overfor betydelige udfordringer i forhold til at tilvejebringe de nødvendige lægeressourcer for borgerne. I dag er ca. 45.000 borgere tilknyttet en udbudsklinik i Region Sjælland, og regionen ser frem mod en situation, hvor op imod 100.000 borgere kan stå uden almen praktiserende læge indenfor de kommende år.

Samtidig stiger antallet af ældre, og en del ældre er sårbare med behov for lange behandlings- og plejeforløb. Samtidig ændrer mønsteret for langvarige og kroniske sygdomme sig, så flere i dag lever længere tid med en eller flere sygdomme. Hertil kommer, at også antallet af børn og unge med psykiske og somatiske trivselsudfordringer stiger.

I sundhedsvæsenet ændres sygehusstrukturen. Der bliver færre sygehuse, specialer og funktioner samles på færre og større enheder, og flere opgaver flyttes ud fra sygehuse til primærsektoren. Der er generelt kortere indlæggelsestid, hvilket øger behovet for lægebistand efter udskrivelse.

De demografiske og strukturelle ændringer betyder, at flere opgaver skal løses i det nære sundhedsvæsen, ikke mindst med almen praksis. Det nødvendiggør et velfungerende og koordineret tværsektorielt samarbejde, særligt mellem almen praksis og kommunerne.

For at imødekomme de udfordringer som beskrevet ovenfor har Region Sjælland vedtaget strategien "Region Sjælland på forkant".

Med udgangspunkt i strategien har regionen udviklet en model, der indeholder en række forskellige elementer, der alle sigter på fastholdelse og rekruttering af almen praktiserende læger i de områder af regionen, hvor det kan være vanskeligt at sikre tilstrækkelig lægedækning.

Modellen kaldes "Vandkantsmodellen", idet der er et sammenfald mellem regionens kystnære yderområder og de områder, hvor lægedækningen er udfordret.

For at understøtte muligheden for flere digitale løsninger og mere borgernær behandling i det nære sundhedsvæsen er etableret E-hospitalet. Et nært sundhedsvæsen understøttes også af de to apps "Min Læge" og "Kontakt Lægen", der giver nem adgang til videokonsultationer, kontaktoplysninger om lægen samt borgernes egne oplysninger om forløb, medicin, aftaler mv.

Praksisplanudvalget er enige om, at initiativerne kan bidrage til at nå målene med Praksisplan for almen praksis 2021-2024.

I Region Sjælland er der således behov for, at sundhedsvæsenet gøres nært og sammenhængende til gavn for borgerne.

2.1. Praksisplanudvalgets målsætninger for arbejdet i valgperioden

På baggrund af regionens udfordringer på området for almen praksis har praksisplanudvalget fastlagt nogle fælles overordnede målsætninger.

Deen fælles målsætning er at styrke udviklingen af almen praksis som kerneaktør i det nære sundhedsvæsen, fordi almen praksis er tovholder og patienternes indgang til det samlede sundhedsvæsen på tværs af sektorer.

Samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper skal være præget af kontinuitet og en klar ansvars- og opgavefordeling for at sikre, at patienterne oplever kvalitet, tryghed og sammenhæng i deres forløb.

Praksisplanudvalgets målsætninger handler om:

- Lægedækning
- Fokus på sårbare patientgrupper
- Udnyttelse af digitale og teknologiske muligheder

Praksisplanudvalgets målsætninger er beskrevet nedenfor. I afsnit 5 er målsætningerne nærmere konkretiseret som indsatsområder, som udvalget vil have fokus på i planperioden.

Målsætning - lægedækning

Praksisplanudvalget ønsker, at gøre det attraktivt for praktiserende læger at etablere eller overtage en almen praksis i regionen – det skal være så let og så tiltrækkende som muligt at nedsætte sig som almen praktiserende læge i Region Sjælland. Samtidig ønsker udvalget at fastholde de praktiserende læger, der allerede er i regionen.

Overordnet set ønsker Praksisplanudvalget at fremme udviklingen af en bæredygtig praksisstruktur, der kan rumme både nyetablerede og erfarne lægers behov for faglige fællesskabet, fleksible arbejdsforhold og kollegial støtte.

Praksisplanudvalgets mål er at:

- Alle borgere i Region Sjælland fortsat har adgang til en praktiserende læge, uanset hvor i regionen de bor.
- Det er attraktivt at være praktiserende læge i Region Sjælland.

Målsætning - fokus på sårbare grupper

Sundhedsaftalen 2019-2023 for Region Sjælland har fokus på de sårbare patientgrupper.

Praksisplanen kan bidrage til, at Sundhedsaftalens indsatser gennemføres i almen praksis.

Praksisplanudvalget vil videreføre dette fokus til praksisplanen og sikre, at de indsatser i sundhedsaftalen, der involverer de praktiserende læger, bliver gennemført i almen praksis.

Praksisplanudvalget vil have fokus på samarbejdet sektorerne imellem om de sårbare patienter, så de sikres forløb med kontinuitet og tryghed.

Samtidig vil Praksisplanudvalget sikre fokus på effektiv forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom i forhold til de sårbare grupper patienter, og på at flest muligt får mulighed for at mestre deres eget liv med sygdom, så bl.a. antallet af indlæggelser begrænses.

Praksisplanudvalgets mål er at:

- Implementere de indsatser i almen praksis, der kan forbedre den samlede livssituation for de sårbare patientgrupper

Målsætning - digitalisering

En del af den omstilling af sundhedsvæsenet, som allerede er i gang, handler om at sikre mere fleksibilitet i patienternes kontakt med sundhedsvæsenet. Her spiller digitalisering en væsentlig rolle.

Digitale løsninger kan understøtte, at de patienter, der ønsker at blive behandlet i eget hjem og være mere selvhjulpne med bl.a. digital selvbetjening, kan få en mere fleksibel adgang til deres læge.

Region Sjælland har etableret Danmarks første E-hospital, hvor borgere via E-hospitalets callcenter funktion vil kunne sidde derhjemme og klare digitale målinger og dialog med lægen selv i stedet for at skulle køre til et af regionens sygehuse eller til egen læge.

Praksisplanudvalget ønsker at understøtte digitale tiltag, der kan styrke den almen praktiserende læge i rollen som tovholder og nøgleperson i patienternes forløb.

Det er udvalgets ønske, at de digitale muligheder skal anvendes til at samarbejde på tværs af sektorer og til at tilrettelægge arbejdet omkring den enkelte patient.

Praksisplanudvalgets mål er at:

- Understøtte digitaliseringstiltag, der skaber kvalitet for patienterne/borgerne og letter arbejdet i almen praksis og kommunerne.
- Understøtte at kendskabet til E-hospitalets "call-center", og de muligheder det indeholder, udbredes til borgere, almen praksis og kommunernes sundhedspersonale.

3. Region Sjælland – et overblik

3.1. Befolkning

Der bor i dag knap 837.000 personer i Region Sjælland, hvilket svarer til ca. 14,4 procent af den samlede danske befolkning.

Prognoser viser, at befolkningstallet frem mod 2030 forventes at stige til godt 863.139 indbyggere. Alle regionens kommuner, bortset fra Lolland Kommune, forventes at have en befolkningstilvækst i perioden.

Antallet af personer i den erhvervsaktive alder udgør aktuelt ca. 55 procent af regionens indbyggere. I 2030 vil denne andel være faldet til ca. 53 procent. Samtidig vil den ældre del af befolkningen stige fra ca. 23 procent til knap 26 procent.

Region Sjælland dækker geografisk den største del af Sjælland - fra Sjællands Odde i nord til sydspidsen af Falster. Til regionen hører også en række beboede småøer. Regionens geografi betyder, at der er flere områder, hvor borgerne bor relativt langt fra de større byer med flere lægehuse og relativt langt fra et sygehus.

3.2. Nære sundhedstilbud i regionen

Aktuelt er der i Region Sjælland 482 lægekapaciteter, hvoraf de 430 drives efter Overenskomst om almen praksis fordelt på 238 lægepraksis. Omkring halvdelen af de praktiserende læger er organiseret som enkeltmandspraksis, cirka 40 procent er kompagniskabspraksis, og den resterende andel af kapaciteter drives som delepraksis.

Ved udgangen af 2019 var 62 procent af praksis lukket for tilgang af nye patienter. En prognose viser, at hver femte praktiserende læge vil ophøre i perioden 2018-2021. Heraf forventes halvdelen at kunne afhænde deres praksis selv, mens der for den anden halvdel skal findes en anden løsning.

Samtidig viser en prognose baseret på befolkningsfremskrivningen kombineret med ydelsesmønsteret i almen praksis, at forbruget af ydelser hos almen praktiserende læger i regionen i 2030 vil være steget med 11 procent i forhold til i dag.

Læs mere i bilag 1 om tal og fakta.

Fakta om de forskellige typer nære sundhedstilbud

Betegnelserne almen praksis og almen praktiserende læger anvendes om de læger, der driver lægeklinikker omfattet af overenskomsten mellem regionerne og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Almen praksis udgør det primære nære sundhedstilbud til borgerne.

Almen praktiserende læger, der praktiserer efter Overenskomst om almen praksis (PLO-læger) får af regionen tildelt et ydernummer, der identificerer lægen som yder af behandling dækket af den offentlige sygesikring.

PLO-læger honoreres dels med et fast basishonorar pr. tilmeldt patient, og dels pr. leveret ydelse (f.eks. en konsultation).

Begrebet kapacitet dækker over, hvor mange fuldtidslæger der er/kan være i den enkelte lægepraksis.

Når ydernumre ikke kan afsættes til PLO-læger, bliver driften af ydernumrene sendt i offentligt udbud.

Udbudsklinikkerne drives af private firmaer og er omfattet af kontrakter med regionen, der lægger sig tæt op at indholdet i Overenskomst om almen praksis. Det vil sige, at udbudsklinikkerne grundlæggende skal leve op til de samme krav som PLO-lægerne.

Udbudsklinikkerne honoreres med en fast pris pr. tilmeldt patient.

Udbudsklinikkerne er bemandet med læger og klinikpersonale, der ansættes af det firma, der driver klinikken.

Herudover har regionen af Sundhedsministeriet fået tilladelse til at drive nærklinikker på dispensation i 6 år, som et regionalt, nært sundhedstilbud til borgerne i de lægedækningstruede områder. Nærklinikkerne finansieres via regionalt budget.

Det er regionen, der står for bemanningen af nærklinikkerne, der i de lægedækningstruede områder, hvortil det er vanskeligt at rekruttere PLO-læger, er et alternativ til en almen praktiserende læge.

4. Praksisplanudvalget

Det nuværende Praksisplanudvalg blev nedsat ved indgangen til 2018 og skal virke indtil udgangen af 2021.

Praksisplanudvalget består aktuelt af følgende medlemmer:

Regionsrådsmedlem Jens Ravn (Formand)
Regionsrådsmedlem Camilla Aff Bredegaard (Næstformand)
Regionsrådsmedlem Ellen Knudsen
Borgmester Pernille Beckmann, Greve Kommune
Borgmester Anette Mortensen, Stevns Kommune
Byrådsmedlem Eric Steffensen Lolland Kommune
Byrådsmedlem Niels Rolskov, Køge Kommune
Byrådsmedlem Anne Camilla Meyer, Faxe Kommune
Praktiserende læge, formand for PLO-Sjælland, Camilla Høegh-Guldberg
Praktiserende læge, næstformand for PLO-Sjælland, Peter Wied
Praktiserende læge, PLO-Sjælland, Morten Lysdahl

4.1. Sammenhæng til andre udvalg og interessenter

Praksisplanudvalget og dets arbejde har snitflader til mange udvalg og interessenter omkring det nære sundhedsvæsen og almen praksis:

Sundhedskoordinationsudvalget (SKU) er et udvalg, som Praksisplanudvalget har en særlig tæt konneks til grundet arbejdet med Sundhedsaftalen og implementeringen af denne i almen praksis via Praksisplanen. Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde skal understøtte sammenhængende patientforløb, kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse i opgaveløsningen. Læs mere i bilag om Sundhedsaftalen.

Ud over Sundhedskoordinationsudvalget har Praksisplanudvalget en tæt kontaktflade til Samarbejdsudvalget for almen praksis (SU), som behandler overenskomstmæssige spørgsmål om almen praksis, herunder blandt andet ansøgninger fra de almen praktiserende læger om tilladelse til f.eks. delepraksis og generationsskifteaftaler. Samarbejdsudvalget er således en central samarbejdspartner for Praksisplanudvalget.

Med omstilling til det nære sundhedsvæsen bør det også nævnes, at de Kommunalt lægeligeudvalg (KLU) spiller en vigtig rolle for indgåelse af aftaler mellem kommuner og almen praksis om løsning af sundhedsopgaver knyttet til pleje- og behandlingskrævende borgere.

4.2. Aftaler i regi af Praksisplanudvalget

Praksisplanen definerer rammen for de opgaver, der ønskes løst af almen praksis inden for regionen.

Udmøntning af konkrete opgaver i almen praksis kræver, at der indgås aftaler med almen praksis om implementering og honorering.

Ud over det tværsektorielle samarbejde, der fastlægges mellem alle tre parter i Praksisplanudvalget, kan der være behov for lokale aftaler mellem PLO-Sjælland på den ene side, og regionen eller en eller flere kommuner på den anden side.

Disse aftaler vil ofte blive indgået på baggrund af et aktuelt behov for løsning af en opgave og vil således ikke udspringe af langtidsplanlægningen i Praksisplanen. Praksisplanudvalget skal ikke godkende disse aftaler, men skal modtage aftalerne til orientering, så udvalget har det samlede overblik over ressourceanvendelsen på området.

UDKAST

5 . Indsatsområder

Dette afsnit rummer en beskrivelse af en række indsatser, som Praksisplanudvalget vil arbejde med i valgperioden, og som tager udgangspunkt i Praksisplanudvalgets målsætninger, i Sundhedsaftalen og i de generelle udfordringer, som almen praksis og det nære sundhedsvæsen aktuelt står overfor.

De indsatsområder, som Praksisplanudvalget vil fokusere på i perioden er nærmere beskrevet i de følgende afsnit:

- Lægedækning i Region Sjælland
- Samarbejde om sårbare grupper – fokus på Sundhedsaftalen
- Digitalisering og Region Sjællands E-hospital

De indsatser, der er beskrevet i praksisplanen, vil blive uddybet og konkretiseret i en implementeringsplan, der vil blive udarbejdet i tilknytning til praksisplanen.

Implementeringsplanen vil indeholde en nærmere beskrivelse af de enkelte indsatser og deres indhold, samt en tidsmæssig ramme for indsatsernes gennemførelse. Herudover vil planen beskrive målepunkter/indikatorer, der gør det muligt at følge op på indsatsernes implementering.

5.1. Lægedækning i Region Sjælland

Begrebet *lægedækning* anvendes ved beskrivelsen af borgernes muligheder for at være tilmeldt en almen praktiserende læge.

Lægedækning vedrører således både antallet af læger, antallet af patienter, den enkelte læge har tilmeldt, og den geografiske fordeling af lægerne i et område.

Arbejdet med at sikre lægedækningen omhandler sikringen af patienternes adgang til en læge i de konkrete situationer, hvor en praktiserende læge stopper, og ydernummeret overdrages til regionen.

Herudover handler lægedækning om at sikre, at der også i fremtiden er tilstrækkelig lægekapa-
citet i regionen, og at kapaciteten anvendes og udvikles hensigtsmæssigt.

Region Sjælland er udfordret på at sikre tilstrækkelig lægedækning, særligt i regionens geo-
grafiske yderområder.

Udvalget vil derfor arbejde målrettet med både rekruttering og fastholdelse af almen prakti-
serende læger, og samtidig have fokus på, hvordan praksis kan organiseres og understøttes,
så lægekapa-
citeten udnyttes bedst muligt.

Indsatserne på lægedækningsområdet har fokus på at udnytte overenskomstens muligheder
for at skabe aflastning og fleksibilitet for lægerne, på at gøre det attraktivt at nedsætte og bo-
sætte sig i Region Sjælland som praktiserende læge og på at lette arbejdet i almen praksis.

Lægedækning handler således om at sikre, at alle borgere i regionen fortsat har adgang til et
nært almenmedicinsk sundhedstilbud.

Målepunkter - lægedækning

For at kunne følge gennemførelsen af de opstillede målsætninger for lægedækning tages der udgangspunktet i nedenstående, der både fokuserer på, om den aktuelle lægedækning er tilstrækkelig, men også om der kan rekrutteres nye læger til regionen.

- Antallet af PLO-læger øges i planperioden.
- Antallet af besatte uddannelsesstillinger øges i planperioden.

De anførte målepunkter viser bl.a., i hvilken grad der kan rekrutteres almen praktiserende læger til regionen – og om det således er attraktivt og nemt at nedsætte sig i almen praksis. Endelig viser målepunktet vedrørende uddannelsesstillinger, om det også for de lægestuderende, der potentielt er fremtidens praktiserende læger, er attraktivt at søge mod Region Sjælland.

5.1.1. Principper for tildeling af lægekapaciteter

Ifølge Sundhedsloven er det regionens forpligtigelse at sikre praktiserende læger til alle regionens borgere. Med baggrund i forsyningsforpligtelse er det ligeledes regionen, der har kompetencen til at fastlægge, hvor i regionen, der er behov for de praktiserende læger.

Regionen har kompetencen til at træffe beslutninger omhandlende antal og placering af lægekapaciteter, men regionens beslutninger skal være i overensstemmelse med Praksisplanudvalgets rammer og principper for den strategiske udvikling af lægedækningen.

Samtidig vælger den enkelte almen praktiserende læge selv, i hvilket område lægen vil erhverve sig en praksis. Det kan betyde, at der er områder i regionen, hvor der ikke er tilstrækkeligt med læger, der ønsker at nedsætte sig i praksis.

De hidtidige erfaringer med at sikre lægedækningen viser, at der ikke findes standardløsninger, når der opstår udfordringer med lægedækningen. Hvilken løsning, der anvendes, afhænger af lægernes individuelle behov, områdets situation og udfordringens størrelse.

Praksisplanudvalget har derfor fastlagt seks overordnede principper for tildeling af ydernumre/kapaciteter til almen praktiserende læger. Principperne er Praksisplanudvalgets politiske overvejelser om, hvilke hensyn regionen kan inddrage og lægge vægt på ved afgørelser, der vedrører lægedækningen.

På den vis skal principperne også medvirke til at skabe gennemsigtighed i forhold til de overvejelser, der går forud for fordelingen af lægekapaciteter. Principperne vil ikke altid pege i samme retning i den enkelte situation, og det vil være en konkret vurdering, der afgør, hvilket princip der vejer tungest.

Principperne er herunder beskrevet i vilkårlig rækkefølge.

Princip: Lægekapaciteten følger behovet

Behovet for lægekapacitet i et område afhænger af flere faktorer, heriblandt antallet af borgere, befolkningssammensætningen og sygdomstyngde. Lægedækningsbehovet i et område vurderes konkret i hvert enkelt tilfælde.

Det betyder, at nyoprettede ydernumre opslås til besætning i de områder, hvor behovet er. Princippet medfører også, at hvis et ydernummer indleveres til regionen, vil der ikke per automatik blive opslået et ledigt ydernummer/kapacitet som erstatning i det samme område.

Afgørende vil være hvad den seneste lægedækningshøring og eventuelle øvrige analyser siger om de aktuelle behov for lægekapacitet i et givent område.

Dette gælder også de situationer, hvor en praksis søger om at måtte flytte en kapacitet.

Princip: Lægepraksis placeres, hvor borgerne er

Ved nedsættelse og flytning af lægepraksis er udgangspunktet, at praksis skal placeres centralt i forhold til placeringen af borgerne i området. Det vil sige, at lægeklinikker skal placeres med kort og let adgang mellem klinikken og byer/beboelsesområder.

Når der søges om nedsættelse eller flytning af praksis, vil udgangspunktet for regionens afgørelse derfor være borgernes bosætning i området.

Princip: Ved tilstrækkeligt patientgrundlag foretrækkes flerlægepraksis

I områder, hvor der er tilstrækkeligt patientgrundlag til flere praktiserende læger, foretrækkes kompagniskaber, flere praktiserende læger under samme tag, eller flere lægepraksis beliggende relativt tæt på hinanden, fremfor sololæger placeret med større geografisk afstand. Begrundelsen herfor er, at den geografiske nærhed mellem lægerne alt andet lige gør det lettere for lægerne at passe hinandens patienter ved behov. Derved mindskes sårbarheden ved sygdom og ferie blandt de praktiserende læger i et område.

Der er områder i regionen, hvor patientgrundlaget ikke er tilstrækkeligt til flere læger. Her vil udgangspunktet være, at lægepraksis placeres, hvor borgerne bor.

Princip: Der udvises fleksibilitet, tages hensyn til lokale forhold og lægernes individuelle behov og ønsker

Region Sjælland skal være kendt for nyskabende og bæredygtige løsninger på lægedækningsområdet. Løsninger, der tilgodeser borgernes adgang til en praktiserende læge, og som samtidig medvirker til at skabe attraktive arbejdsvilkår for de praktiserende læger.

Derfor er det et princip, at der skal være lydhørhed over for ønsker både fra allerede etablerede praksis og fra læger, der ønsker at nedsætte sig i regionen.

Udgangspunktet skal dog altid være borgerne og deres behov for tilgængelighed til almen praksis. Således vil princippet om, at lægepraksis placeres, hvor borgerne er, som udgangspunkt veje tungere end princippet om at finde individuelle løsninger.

Princip: Der er åbenhed over for alternative ønsker til organisering af praksis

Der er åbenhed over for, at kapaciteterne tildeles til lægepraksis, der er organiseret i andre former:

- En læge, der praktiserer efter overenskomsten, kan eje op til seks ydernumre, som – udover ejerlægen – kan bemandes med ansatte speciallæger i almen medicin.
- Der er endvidere åbenhed over for at anvende overenskomstens muligheder for fleksible organiseringsformer, herunder satellitpraksis, delepraksis, generationsskifteaftaler, og licensklinikker, ligesom der er åbenhed over for forskellige måder at organisere praksis på internt, eksempelvis ved anvendelse af praksispersonale og digitale løsninger.
- Driften af en nyoprettet eller overdraget praksis kan varetages af en privat aktør, der har vundet opgaven i et offentligt udbud, når praksis ikke har kunnet afsættes til en læge i almen medicin, der vil praktisere efter overenskomsten.

Princip: Mest sundhed til flest borgere

De knappe lægeressourcer skal udnyttes optimalt. Derfor er det et princip, at det ved tildeling og placering af lægekapaciteter skal sikres, at lægekapaciteten kommer flest muligt borgere til gode.

5.1.2. . Anvendelse af overenskomstens muligheder for aflastning og fleksibilitet

Overenskomst om almen praksis indeholder en række muligheder for, at almen praktiserende læger kan blive aflastet og opnå større fleksibilitet i deres arbejdsliv.

Tilladelse til eksempelvis nedsat patientantal og indgåelse af generationsskifteaftaler kan lette arbejdsbelastningen for den enkelte læge.

På samme vis giver en tilladelse til delepraksis mulighed for aflastning. I de lægedæknings-truede områder har praksis ret til at etablere delepraksis i op til seks år, mens praksis i andre områder skal søge om tilladelse til delepraksis.

Muligheden for aflastning og øget fleksibilitet kan både være et rekrutteringsparameter, men kan også være medvirkende til at ældre læger bliver i praksis længere.

Når en læge nedsætter sig i almen praksis er der mange praktiske udfordringer og risici forbundet hermed.

Overenskomsten indeholder imidlertid en mulighed for tildeling af ydernummer på licens, hvor regionen eller kommunen stiller klinik med udstyr og eventuelt også personale til rådighed for lægen, der driver praksis efter overenskomsten, men betaler et omkostningsbidrag til regionen eller kommunen for brug af lokaler og udstyr. Licensklinikker er en oplagt mulighed for de læger, der gerne vil nedsætte sig i almen praksis uden at skulle investere i klinik og udstyr.

Tilladelser til nedsat patientantal, generationsskifteaftaler og delepraksis uden for de lægedæknings-truede områder meddeles af Samarbejdsudvalget, mens det er regionen, der træffer beslutning om tildeling af ydernummer på licens.

Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at mulighederne i overenskomsten for fleksibilitet og aflastning bør anvendes målrettet i rekrutterings- og fastholdelsesøjemed.

De overenskomstfunderede muligheder bør således i enkeltsager vurderes ikke bare i forhold til den enkelte praksis' situation, men også som rekrutterings- og fastholdelses-parameter.

Det vil betyde, at der i nogle tilfælde vil skulle foretages en afvejning af hensynet til den enkelte praksis over for hensynet til lægedækningen, ligesom praksis i nogle tilfælde vil blive stillet forskelligt alt efter, om de er beliggende i et område, der er lægedæknings-preset eller ej.

Praksisplanudvalget anbefaler, at:

- Samarbejdsudvalget anvender overenskomstens muligheder for aflastning og fleksibilitet af de almen praktiserende læger målrettet med henblik på rekruttering og fastholdelse af almen praktiserende læger.

5.1.3. Det skal være attraktivt at nedsætte sig i almen praksis i Region Sjælland

Praksisplanudvalget ønsker, at Region Sjælland skal være et sted, der er indbydende for læger, der ønsker at nedsætte sig i almen praksis her – og måske også ønsker at bosætte sig i regionen.

Oplevelsen af et område som attraktivt og imødekommende spiller alt andet lige en rolle for, om det er sted, man vælger som udgangspunkt for arbejds- og familieliv.

For mange vil det være en forudsætning, at området ses som et sted, hvor ikke bare lægen, men også dennes familie kan og vil arbejde og bosætte sig.

Det kræver som oftest, at også ægtefællen kan få et relevant arbejde i nærområdet. Jobmuligheder er en af de afgørende faktorer, der i mange tilfælde enten udløser eller forhindrer en flytning for en person eller familie.

På samme vis kan de rigtige boligtilbud være med til at afgøre, om man vælger at bosætte sig i et område. Sammen med arbejdspladsen udgør hjemmet - samt skoler, daginstitutioner og fritidsmuligheder - rammen om hverdagen.

I nogle tilfælde viser udfordringen sig at være, at det er vanskeligt for den praktiserende læge selv at finde eller etablere lokaler til en klinik. Dette kan særligt være tilfældet, hvis der er tale om flere læger, der ønsker at etablere en større klinik.

Kommunerne er i den sammenhæng en samarbejdspartner for de praktiserende læger i forhold til dialog om egnede lokaler og kendskab til lokalplaner og områdeplanlægning i kommunen.

For at sikre lige adgang til sundhedsydelser for alle borgere skal parkeringsforhold samt udvendige og indvendige adgangsforhold tilgodeses bevægelseshæmmede patienter.

Det er Praksisplanudvalgets holdning, at muligheden for at yde bistand, når en læge ønsker at ned- og bosætte sig i regionen, bør anvendes aktivt i rekrutteringsøjemed. Udvalget vil derfor også have fokus på at synliggøre muligheden for hjælp til at etablere sig som almen praktiserende læge i regionen.

Praksisplanudvalget vil:

- Etablere et målrettet samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om at yde relevant bistand til læger, der ønsker at nedsætte sig i almen praksis i regionen.

Praksisplanudvalget anbefaler, at:

- Regionen og kommunerne samarbejder om muligheden for egnede lokaler til almen praksis, når der er behov herfor, herunder særligt lokaler til licensklinikker.

5.1.4. Aflastning af almen praksis

Det er Praksisplanudvalgets tilgang, at når lægedækningen er udfordret, er det væsentligt, at den tilgængelige lægekapacitet udnyttes bedst muligt.

Praksisplanudvalget vil derfor fokusere på at understøtte tiltag, som kan lette klinikkernes drift til bedst mulig udnyttelse af de lægefaglige kompetencer.

Dette kan eksempelvis være tiltag, der skal bidrage til at sikre den mest hensigtsmæssige organisering og arbejdstilrettelæggelse i lægeklinikkerne, bl.a. ved anvendelsen af klinikperso-

nale, der varetager kliniske opgaver på delegation fra lægen med henblik på at frigøre lægeressourcer.

Udvalget ønsker også at afdække, hvilke uhensigtsmæssige procedurer og arbejdsdelinger i sektorovergangene, som lægger beslag på lægefaglige ressourcer.

En anden vinkel på henvisningsspørgsmålet er, at de praktiserende læger i mange tilfælde fungerer som indgangen for de borgere, der egentlig alene har behov for en henvisning til en anden funktion i sygehusvæsenet. Dette gælder f.eks. for de borgere, der skal gennem egen læge for at blive henvist til behandling hos en fysioterapeut.

Muligheden for at give borgerne direkte adgang til fysioterapi med offentligt tilskud uden først at skulle have en henvisning fra egen læge vil kunne aflaste almen praksis. Det vil være nemmere for borgerne, skære ned i antallet af besøg hos egen læge, og evt. medføre kortere behandlingsforløb. Praksisplanudvalget vil følge relevante forsøg på dette område i de øvrige regioner.

Der kan også peges på den betydelige mængde attestarbejde, som almen praksis varetager. Der er tale om en tidskrævende opgave, og for en del attester gælder, at der ikke er lægelig udredning eller behandling knyttet til udfyldelsen af attesten. Attestarbejdet er i vid udstrækning lovgivningsmæssigt fastsat. Udvalget ser dog en mulighed i at afdække omfanget af attestarbejde og vurdere, om der er attester, som kan udfyldes af andre aktører, sådan at arbejdet lettes for de praktiserende læger.

Praksisplanudvalget vil gennem hele periode have fokus på, om der er opgaver, herunder de nævnte eksempler, der med fordel kan flyttes fra almen praksis.

Udvalget er også opmærksom på, at udbygningen af det nære sundhedsvæsen i regionen kan indebære, at opgaver udflyttes fra sygehusene til almen praksis. Udvalget peger i den forbindelse på Sundhedsaftalens principper for opgaveflytning mellem sektorerne.

Praksisplanudvalget vil:

- Undersøge hvilke arbejdsopgaver som med fordel kan flyttes fra almen praksis, eventuelt som forsøgsordning.
- Afdække omfanget af det attestarbejde, der i dag udføres af almen praksis.

5.1.5. Sundhedsdækning på øerne

Til Region Sjælland hører otte småøer, der har en sådan grad af beboelse, at der skal tages selvstændigt stilling til, hvordan øernes indbyggere skal lægedækkes.

I dag har de otte øer lægedækning af forskellig karakter, idet beboerne på flertallet af øerne er tilknyttet en praktiserende læge på fastlandet, mens der på nogle øer er en ø-læge. En ø-læge er en fastboende læge, der samtidig varetager døgnvagtforpligtelsen.

De generelle udfordringer med at rekruttere almen praktiserende læger viser sig også i forhold til lægedækningen af småøerne.

Region Sjælland har aktuelt iværksat en proces med de øvrige aktører på området, herunder de kommuner, hvor de beboede småøer er beliggende, samt almen praksis. Regionen har forpligtelsen og beslutningskompetencen, også når det gælder lægedækningen på regionens småøer, men arbejdsprocessen skal give mulighed for, at parterne i fællesskab forholder sig

til den fremtidige sikring af det nære, almen medicinske sundhedstilbud til indbyggerne på de små øer.

Småøerne er forskellige både med hensyn til antallet af beboere, geografisk placering og logistiske forhold. Erfaringen viser da også, at når sundhedsdækningen på en ø skal sikres, f.eks. i forbindelse med en ø-læges ophør, er det mest hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i de lokale forhold og etablere en model, der er skræddersyet til den enkelte ø.

Praksisplanudvalget vil:

- Understøtte processen vedrørende lægedækning af regionens småøer.

5.2. Samarbejde om sårbare patientgrupper – fokus på Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen mellem Regionsrådet og de 17 kommunalbestyrelser i regionen fastsætter rammer og målsætninger for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets parter.

Praksisplanen skal medvirke til at sikre sundhedsaftalens gennemførelse på området for almen praksis.

Den sundhedsaftale, der dækker Region Sjælland i perioden 2019-2023 har fokus på fire særligt sårbare patientgrupper:

- Sårbare ældre
- Borgere med kroniske eller langvarige sygdomme
- Voksne med psykisk sygdom
- Børn og unge med trivselsudfordringer

Praksisplanudvalget har fokus på de samme fire grupper af borgere.

Det forventes, at den nye samarbejdsorganisation får til opgave at følge indsatser under Sundhedsaftalen og vurdere evt. udrulningspotentiale.

I det nære sundhedsvæsen vil koordinering og evt. indgåelse af aftaler til løsning af de kommunale sundhedsopgaver blive aftalt med de alment praktiserende læger i de nedsatte KLU'er i de enkelte kommuner.

Målepunkter – fokus på sårbare grupper

Med målet om at forbedre den samlede livssituation for de sårbare patientgrupper er formålet med praksisplanen at understøtte kommunikation og samarbejde mellem almen praksis, kommuner og region om de sårbare patientgrupper. De umiddelbare effekter heraf ift. den samlede livssituation for de sårbare patientgrupper kan ikke identificeres, ligesom årsagsvirkningsforhold er vanskelige at underbygge. Det er dog vurderingen, at et styrket samarbejde og bedre kommunikation vil blive understøttet af bl.a. rettidige og korrekte epikriser og af anvendelse af forløbsplaner. Med det formål at modvirke genindlæggelser og dermed understøtte at de sårbare patientgrupper opnår mestring af eget liv og trivsel.

Udgangspunktet for at følge op på dette mål er baseline for indsatserne i Sundhedsaftalen, da de sårbare målgrupper i praksisplanen og Sundhedsaftalen er identiske.

5.2.1. Sårbare ældre

For de sårbare ældre gælder, at mange i denne gruppe har et komplekst sygdomsbillede med både fysiske, psykiske og sociale udfordringer. De har oftere behov for indlæggelse, og mange har lange behandlings- og plejeforløb, som involverer både sygehus, kommune og almen praksis. Det stiller særlige krav til kommunikation og koordination mellem sektorerne.

Derfor er der behov for fortsat at udvikle og styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne om de mest sårbare ældre, så sygdom og forværring af sygdom forebygges eller opspores tidligt.

Dette kræver bl.a., at rammerne for kommunikationen mellem almen praksis og kommunerne er til stede og muliggør, at der let og uhindret kan skabes kontakt om sygdomsudvikling, der kræver forebyggende tiltag, så de sårbare ældre så vidt muligt undgår indlæggelser.

Sundhedskoordinationsudvalget har vedtaget en fælles model for tværsektorielt samarbejde om de svage ældre. Modellen bliver implementeret i de lokale KSS'er. Hvert sygehus og kommuner omkring sygehuset bliver enige om indhold i en fælles lokal model inklusiv eventuelle kommunale variationer.

Den fælles model indeholder følgende fem elementer som udgør den lokale implementering:

- Udskrivningssygeplejersker, som har erfaring fra begge sektorer og er specialiserede i de ældre medicinske patienter
- Netværk for tværsektorielt samarbejde med fokus på sektorovergange
- Fremskudt visitation
- Videokonference
- Kompetenceudviklingsforløb for sundhedspersonale

Praksisplanudvalget vil:

- Understøtte udviklingen af samarbejdet mellem almen praksis og det kommunale sundhedspersonale om de sårbare ældre, herunder ved indsatser, der styrker muligheden for kommunikation om de ældre patienter.

5.2.2. Borgere med kroniske eller langvarige sygdomme

Borgere med kronisk eller langvarig sygdom har flere kontakter med almen praksis, kommunale rehabiliteringstilbud og sygehusvæsenet end andre borgere, herunder i form af akutte indlæggelser på sygehus.

Mange i denne gruppe har vanskeligt ved at mestre livet med sygdom og omkostningerne for borgernes livskvalitet kan derfor være høje.

Hertil kommer, at omkostningerne for sundhedsvæsenet er betydelige og må forventes at stige i de kommende år i takt med, at befolkningen bliver ældre, og flere derfor får og lever med kroniske sygdomme.

Det er derfor en del af Sundhedsaftalen, at samarbejdet mellem sektorerne om borgere med kronisk eller langvarig sygdom optimeres til gavn for borgernes livskvalitet.

Praksisplanudvalget vil:

- Understøtte implementeringen af indsatser i Sundhedsaftalen, der styrker samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne om borgere med kronisk sygdom.

- Understøtte indsatser i almen praksis, der støtter kronisk syge i at kunne mestre eget liv med sygdom.

5.2.3. Voksne med psykisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom er også en gruppe, der har mange kontakter til det samlede sundhedsvæsen.

På trods af dette er disse patienter ofte somatisk underdiagnosticerede og underbehandlede. Der er derfor behov for et særligt fokus på forebyggelse og behandling af somatiske sygdomme hos dem, der også har en psykisk sygdom.

Der er også behov for at styrke samarbejdet mellem sektorerne om borgere, der har en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug.

Det indgår i Sundhedsaftalen, at der er behov for, at indsatsen for disse borgere koordineres og er sammenhængende, så de bl.a. undgår unødige indlæggelser. *Under Sundhedsaftalen er derfor udarbejdet et forløbsprogram for denne gruppe i november 2017.*

Praksisplanudvalget vil:

- Understøtte indsatser i almen praksis, der sigter på forebyggelse og behandling af somatiske sygdomme hos voksne med psykisk sygdom.
- Understøtte indsatser, der sigter på at styrke samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om borgere, der både har en psykisk sygdom og et misbrug.

5.2.4. Børn og unge med trivselsudfordringer

Mange børn og unge i Region Sjælland har psykiske eller somatiske trivselsudfordringer. Psykiske udfordringer kan følge barnet ind i voksenlivet, og det samme gælder u hensigtsmæssig livsstil, der i værste fald kan udvikle sig til kronisk sygdom.

Børn og unge med dårlig trivsel er ofte i kontakt med mange aktører i sundhedsvæsenet, herunder almen praksis, psykiatrien samt eksempelvis den kommunale sundhedspleje og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR).

Ofte møder barnet de forskellige dele af sundhedsvæsenet i forskellige sammenhænge og uafhængigt af hinanden.

Derfor er det et mål i Sundhedsaftalen af sikre sammenhæng, koordination og kommunikation i samarbejdet om de børn og unge, der mistrives.

Praksisplanudvalget vil:

- Understøtte implementeringen i almen praksis og kommunerne af indsatser i Sundhedsaftalen, der styrker samarbejdet og kommunikationen om børn og unge med trivselsudfordringer.
- Særligt understøtte samarbejdet mellem almen praksis og PPR, herunder ved at undersøge muligheden for, at almen praksis kan henvise direkte til PPR.

5.3. Digitalisering og E-hospitalet

Praksisplanudvalget har fokus på digitalisering og på at udnytte de muligheder, som den teknologiske udvikling giver.

Anvendelsen af de digitale løsninger, der er til rådighed, kan være med til sikre mere effektivitet i opgavevaretagelsen og fleksibilitet for patienterne.

Som et led i digitaliseringen har Region Sjælland etableret Danmarks første E-hospital. E-hospitalet skal være med til at levere fremtidens behandlingstilbud til borgerne og bliver dermed en del af regionens almindelige sygehusdrift.

Hensigten er, at E-hospitalet skal anvende de digitale muligheder til at samarbejde og tilrettelægge arbejdet bedre omkring den enkelte patient. E-hospitalet skal således stå for drift og udvikling af egne telemedicinske løsninger og indarbejde de løsninger, der udvikles i fremtiden.

Med E-hospitalet vil regionen koble digitale løsninger og kontakten mellem borgere, speciallæger på sygehusene, almen praksis og det kommunale sundhedspersonale. Målsætningen er at skabe større fleksibilitet og bedre service for borgerne.

Et andet led i digitaliseringen er de to apps ”Min Læge” og ”Kontakt Lægen”, som er udviklet af PLO og Sundheds- og Ældreministeriet i fællesskab. Med i aftalen om de to apps er også Danske Regioner.

Med ”Min Læge” får borgerne en mobil fælles indgang til meget af det, borgerne kender fra lægeklinikkernes hjemmesider, men som her bliver samlet og gjort nemmere at bruge. ”Min Læge” giver således alle borgere mulighed for nemmere at komme i kontakt med deres læge og for at få adgang til en række oplysninger.

Målepunkter - digitalisering

Til opfølgning på digitaliseringstiltagene er udvalgt målepunkter, der kan vise, i hvor høj grad digitale muligheder anvendes af almen praksis og patienterne.

Ved måling af udviklingen i digitalisering i almen praksis anvendes følgende målepunkter:

- I praksisplanperioden konverteres en del af de fysiske patientkontakter til videokonsultationer og andre digitale kontakter.
- De nationale TeleKOL og Telehjerte projekter skal være iværksat i regionen, sådan at alle lægepraksis er involveret.

Der er udvalgt målepunkter, der vedrører digitaliseringstiltag, der understøtter både fleksibilitet i patienternes kontakt med almen praksis, og som samtidig understøtter og letter den praktiserende læges arbejde, ikke mindst som tovholder og nøgleperson i patientens forløb.

5.3.1. Digitale løsninger i almen praksis

Digitale løsninger kan understøtte, at de patienter, der ønsker at blive behandlet i eget hjem og være mere selvhjulpne med bl.a. digital selvbetjening, kan få en mere fleksibel adgang til deres læge. Det kan samtidig frigøre tid og ressourcer hos lægen til de patienter, som har mest brug for kontakt med lægen, eller som af forskellige årsager ikke er i stand til at gøre brug af nye digitale løsninger.

Nogle vil gerne kunne bestille tid selv og have let adgang til et samlet overblik over eget forløb via computer eller telefon. Andre lægger mere vægt på at kunne blive behandlet tæt på eget hjem.

Herudover er der et potentiale i digitale løsninger, der optimerer og letter arbejdsgangene i almen praksis og i digitale løsninger, der styrker den almen praktiserende læge i rollen som tovholder og nøgleperson i patienternes forløb.

Etableringen af E-hospitaler betyder, at der bliver sat fokus på digitale muligheder, der også får betydning for almen praksis og kommunerne.

Som eksempler på digitale løsninger og initiativer, der er eller bliver aktuelle som led i E-hospitalets arbejde, kan nævnes:

- Telemedicinsk hjemmemonitorering for KOL-patienter (TeleKOL).
- Akutte, virtuelle sygebesøg i patientens hjem, understøttet af den kommunale akutfunktion.
- Virtuel faglig rådgivning fra specialister til almen praksis om f.eks. sårbehandling.
- Konsultationer, hvor en specialist er til stede virtuelt.
- Digital koordinering og samarbejde ved udskrivelse, kontrolbesøg mv.

Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at E-hospitalet åbner en mulighed for at igangsætte digitale løsninger til gavn for både almen praksis og kommunerne samt ikke mindst patienterne.

Praksisplanudvalget vil:

- Understøtte digitaliseringstiltag, der skaber kvalitet for patienterne/borgerne og letter arbejdet i almen praksis og kommunerne.

5.3.2. E-hospitalets "call-center" og understøtning af almen praksis og kommunerne
Specialistunderstøttelse af almen praksis har til formål at bidrage til et nært behandlingstilbud af høj kvalitet til gavn for patienten.

Sygehusene stiller allerede rådgivningsmuligheder til rådighed for almen praksis, som er med til at understøtte og kompetenceudvikle de almen praktiserende læger. Som det er sket med udflytning af KOL og DM2 patienter til almen praksis.

Som en del af Region Sjællands E-hospital etableres der et "call-center", der samler sundhedsfaglige kompetencer, der kan give både almen praksis, kommuner og borgere let adgang til den rette faglige sparring og støtte.

"Call-centeret" vil således skulle bistå bl.a. almen praksis og kommunerne ved at give let og hurtig adgang til specialiseret sundhedsfaglig rådgivning på tværs af sygehuse og sygehusafdelinger.

Til E-hospitalet og "call-centeret" vil også blive knyttet Aktiv Patientstøtte, der er et patientstøtteprogram, som yder en borgernær og individuel støtte til borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

Praksisplanudvalget ønsker at bidrage til, at såvel borgere, som almen praksis og kommunerne udnytter "call-centerets" muligheder for nem og hurtig adgang til rådgivning.

Praksisplanudvalget vil:

- Understøtte at kendskabet til E-hospitalets ”call-center”, og de muligheder det indeholder, udbredes til borgere, almen praksis og kommunernes sundhedspersonale.

UDKAST

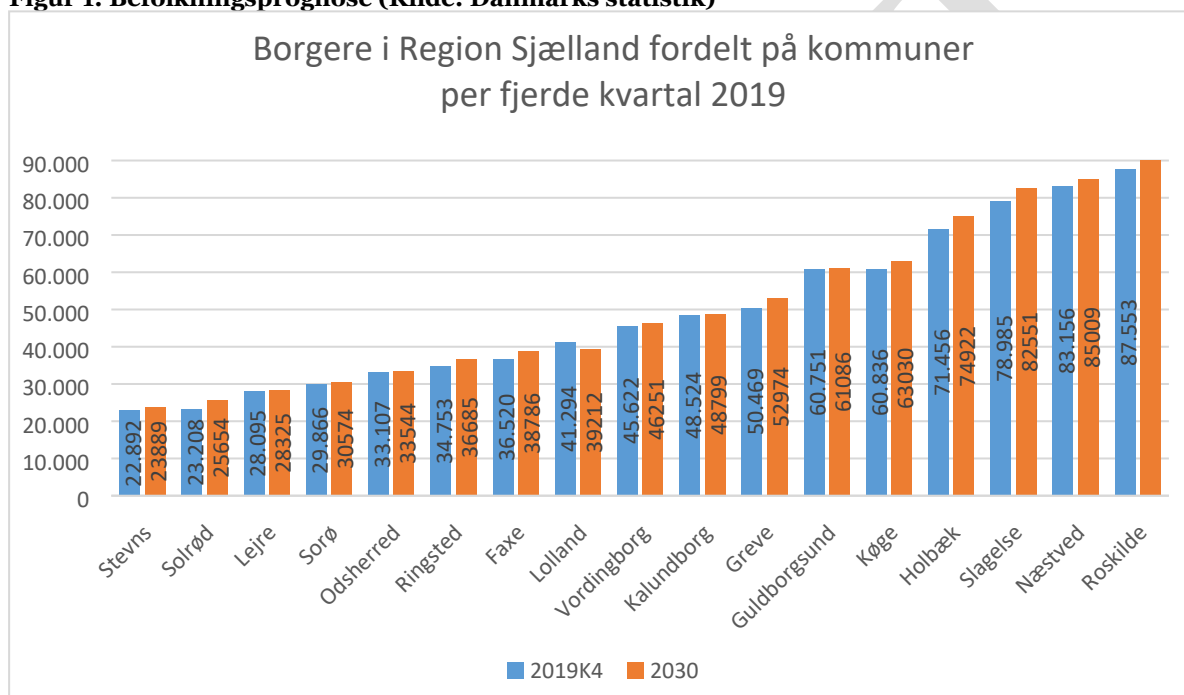
BILAG 1: Tal og Fakta

Tallene i Bilag 1 er i dette udkast opdateret med 2019-tal.

Befolkning

Region Sjællands befolkning var per 1. oktober 2019 på 837.087 personer mens den samlede danske befolkning var 5.827.463 personer. Regions Sjællands befolkning svarer altså til cirka 14,4 procent af den samlede danske befolkning.

Figur 1: Befolkningsprognose (Kilde: Danmarks statistik)



Det forventes at befolkningstallet vil stige frem til 2030, hvor befolkningen i Region Sjælland forventes af være på 863.139 personer. Alle kommuner, bortset fra Lolland Kommune, forventes at have en befolkningstilvækst. Lolland Kommune forventes af have en befolkningstilbagegang på cirka 5 procent. Den kommune med størst forventet vækst i befolkningsantallet er Solrød, med en vækst på cirka 10 procent.

Demografisk udvikling i befolkningen

Antallet af personer i den erhvervsaktive alder (20-64 år) var i 2019 55 procent. I 2030 vil denne andel være faldet til 53 procent, samtidig med at andelen af den ældre del af befolkningen er steget fra 23 procent til 26 procent.

Table 1: Population development (Source: Danmarks Statistik)

Kommune	2019			2030			2030 (pensionsalder 66 år)		
	0-19 år	20-64 år	65+ år	0-19 år	20-64 år	65+ år	0-19 år	20-66 år	67+ år
Greve	25%	54%	21%	25%	52%	23%	25%	55%	20%
Køge	24%	56%	20%	22%	55%	23%	22%	57%	20%
Lejre	25%	53%	22%	24%	51%	25%	24%	54%	22%
Roskilde	24%	57%	20%	23%	55%	22%	23%	57%	20%
Solrød	26%	54%	20%	27%	52%	20%	27%	54%	18%
Faxe	22%	56%	22%	21%	54%	26%	21%	57%	23%
Guldborgsund	20%	54%	26%	19%	51%	30%	19%	54%	27%
Holbæk	23%	56%	21%	22%	54%	25%	22%	57%	22%
Kalundborg	22%	54%	24%	20%	52%	28%	20%	55%	25%
Lolland	18%	53%	29%	17%	48%	34%	17%	52%	31%
Næstved	22%	56%	21%	21%	54%	25%	21%	57%	22%
Odsherred	19%	51%	31%	17%	47%	36%	17%	51%	32%
Ringsted	23%	59%	18%	22%	57%	21%	22%	59%	19%
Slagelse	21%	57%	22%	21%	54%	25%	21%	57%	22%
Sorø	23%	56%	21%	22%	53%	25%	22%	56%	23%
Stevns	21%	54%	25%	19%	52%	29%	19%	55%	26%
Vordingborg	20%	53%	27%	18%	50%	32%	18%	53%	29%
Region Sjælland	22%	55%	23%	21%	53%	26%	21%	56%	23%

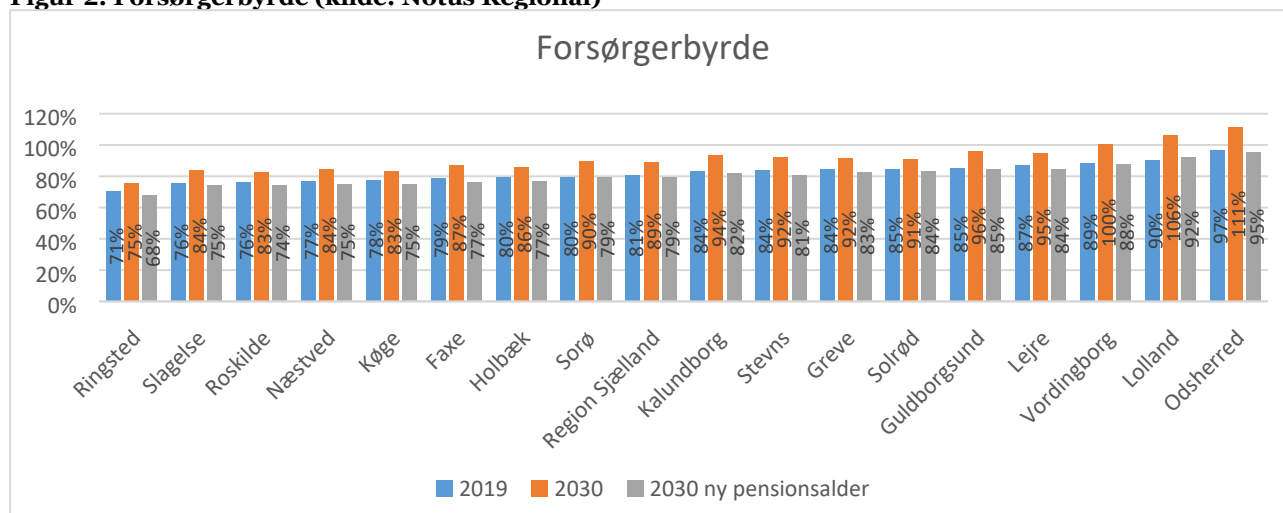
Denne forskydning af borgergrupper, hvor den erhvervsaktive del af befolkningen mindskes i forhold til den ældre og unge, betyder en øget forsørgerbyrde.

Forsørgerbyrden er defineret som antallet af unge og ældre personer i forhold til hver 100 personer i den erhvervsaktive alder. I 2019 var forsørgerbyrden 23%, og det forventes at den vil stige til 26% i 2030.

Det er dog politisk besluttet, at pensionsalderen skal stige løbende i takt med at middellevetiden stiger. Dette betyder, at personer, der i 2030 går på pension, er 67 år gamle fremfor 65 år, som er den aktuelle pensionsalder. Dermed må det også forventes, at den erhvervsaktive alder kan øges med to år til 66 år.

Denne ændring betyder, at andelen af personer i den erhvervsaktive alder i 2030 vil være 56 procent, og forsørgerbyrden vil være 23%. Ændringen af pensionsalderen forventes derfor at medføre en faldende forsørgerbyrde.

Figur 2: Forsørgerbyrde (kilde: Notus Regional)



De kommuner, der er mest udfordret i forhold til forsørgerbyrden i 2019, er Lolland og Odsherred. På trods af at den erhvervsaktive alder kan hæves med to år, vil der i 2030 være en stigning på 2 procent i forsørgerbyrden i Lolland Kommune. Alle øvrige kommuner i regionen vil opleve et fald i forsørgerbyrden på op til 3 procent.

Almen praksis i tal og fakta

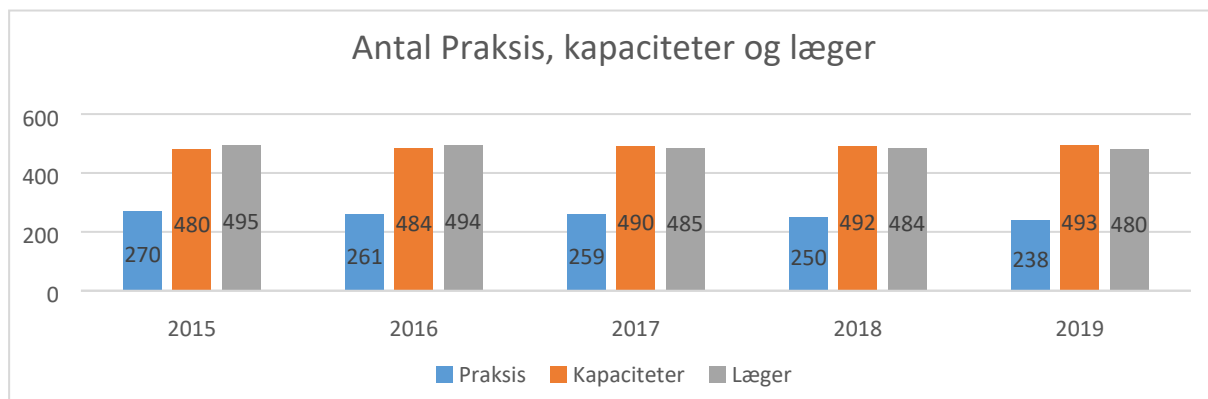
Antal praksis og læger

Ved afslutningen af 2019 rådede Region Sjælland over 493 kapaciteter og 480 læger fordelt på 238 praksis. Sammenlignet med tidligere år har der været et fald i antallet af praksis fra 270 i 2015.

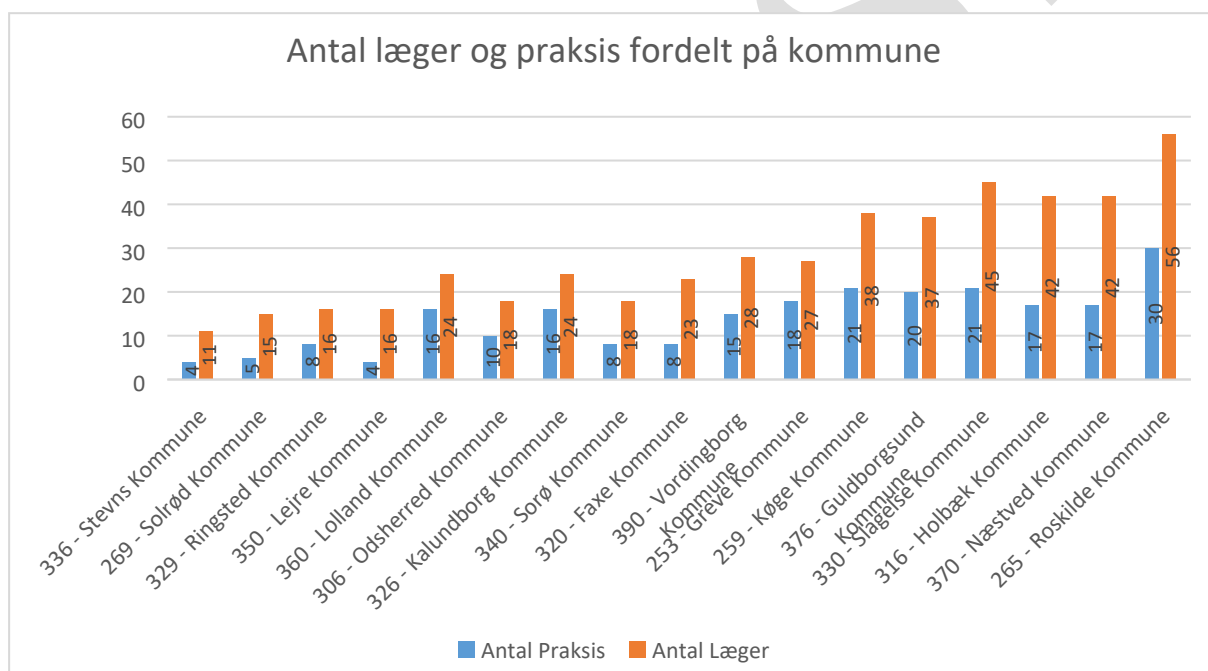
Antallet af kapaciteter er steget fra 480 til 493, og antallet af læger er faldet fra 484 til 480. En kapacitet kan betragtes som en fuldtidslægestilling, hvor lægen har mellem 1600 og 2700 patienter tilknyttet.

Regionen kan give tilladelse til, at to eller flere læger deles om et lavere antal kapaciteter. Dette er for eksempel tilfældet ved delepraksis. Derudover kan en praksis få tilladelse til at have en ledig kapacitet, hvis der på samme tid arbejdes på at rekruttere en ny læge, som skal varetage den ledige kapacitet. Dette er for eksempel tilfældet, hvis en læge stopper i en kompagniskabspraksis, og de resterende læger ønsker at ansætte en ny læge. Dermed vil antallet af læger og kapaciteter ikke være én til én.

Figur 3: Praksis, kapacitet og læger (Kilde: Notus Regional)



Figur 4: Antal læger og praksis fordelt på kommuner (Kilde: Notus Regional)



Organisationsformer

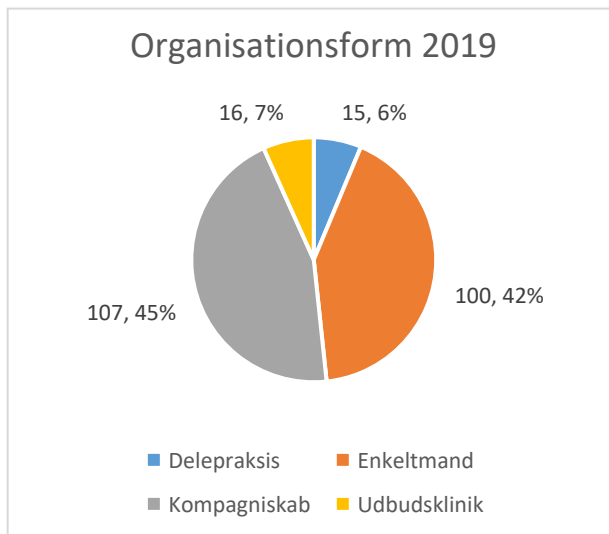
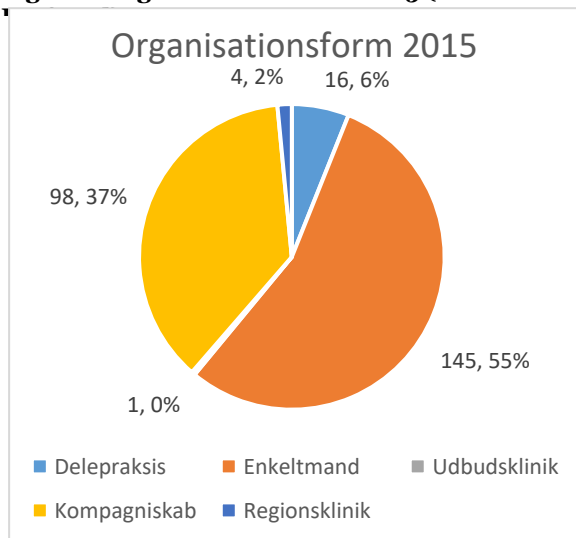
Der er sket en større ændring i måden, hvorpå almen praksis er organiseret. Andelen af enkeltmandspraksis (også kaldet solopraksis) er faldet væsentligt, mens andelen af kompagniskabspraksis er steget. Samtidig er der kommet udbudsklinikker til.

I 2020 har regionen åbnet en nærklinik (regionsklinik) i Lolland Kommune. Endnu en nærklinik forventes i 2020 at blive oprettet i Kalundborg Kommune.

Antallet af enkeltmandspraksis er faldet med 45 praksis, fra 145 til 100, mens antallet af kompagniskab er steget med 9 praksis, fra 98 til 107. Der er 15 delepraksis, hvilket er et nogenlunde uændret antal. Antallet af udbudsklinikker er 16.

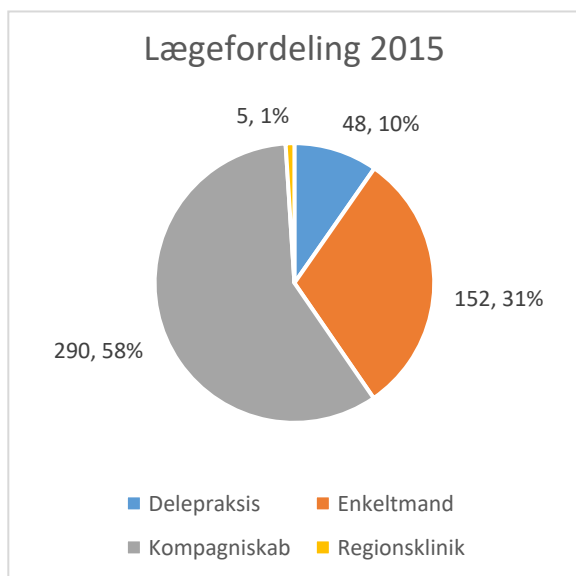
Figur 5: Organisationsform - 2019 (Kilde: Notus Regional)

Figur 6: Organisationsform - 2015 (Kilde: Notus

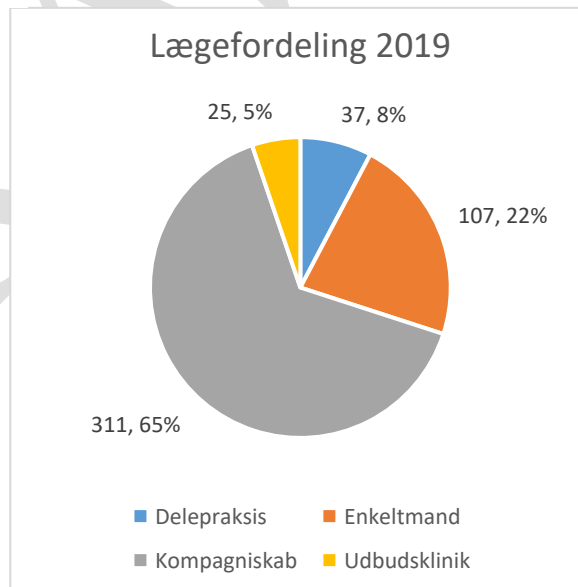


Det er dog stadig enkeltmandspraksis, som er den mest udbredte praksisform. Til gengæld er der ansat væsentligt flere læger i kompagniskabspraksis, end i enkeltmandspraksis.

Figur 7: Fordeling af læger – 2015 (Kilde: Notus Regional)



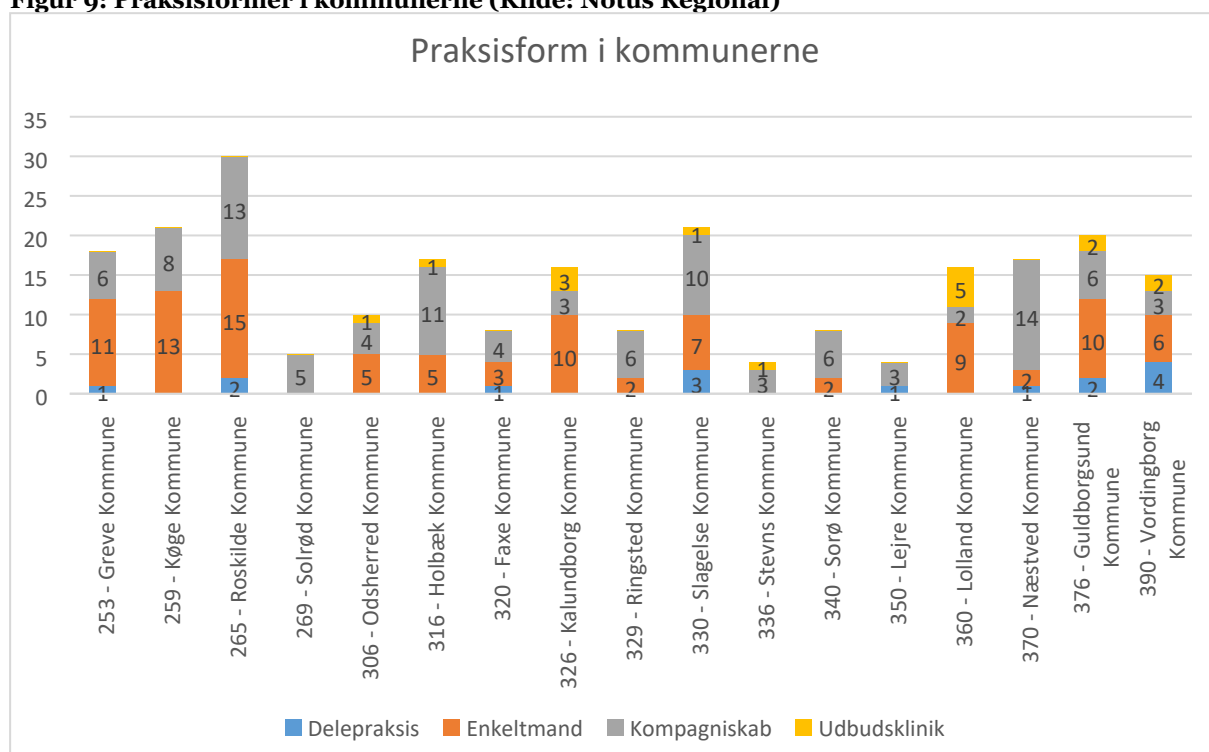
Figur 8: Fordeling af læger – 2019 (Kilde: Notus Regional)



To tredjedele af lægerne i Region Sjælland arbejder i en kompagniskabspraksis, hvorimod cirka en fjerdedel arbejder i en enkeltmandspraksis.

Fordelt på kommuner er det meget forskelligt, hvordan praksis er organiseret. Lolland Kommune skiller sig ud ved at have flest udbudsklinikker.

Figur 9: Praksisformer i kommunerne (Kilde: Notus Regional)

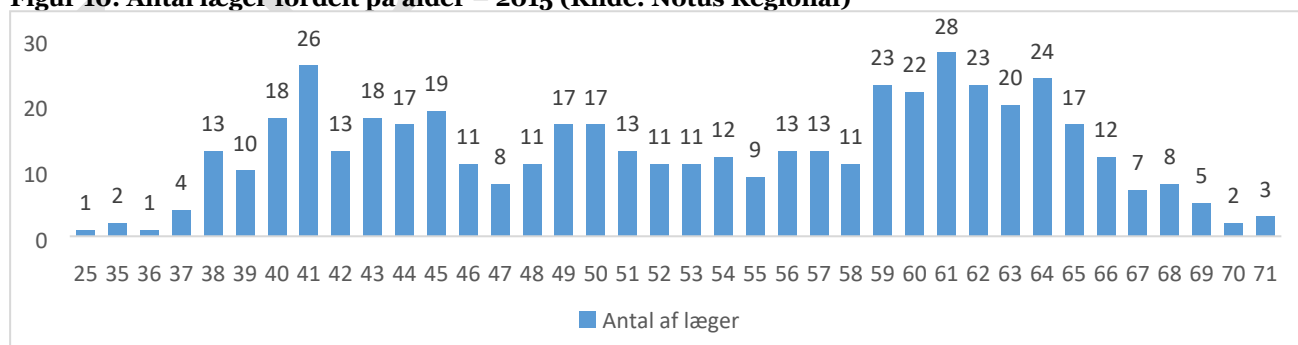


Aldersfordeling

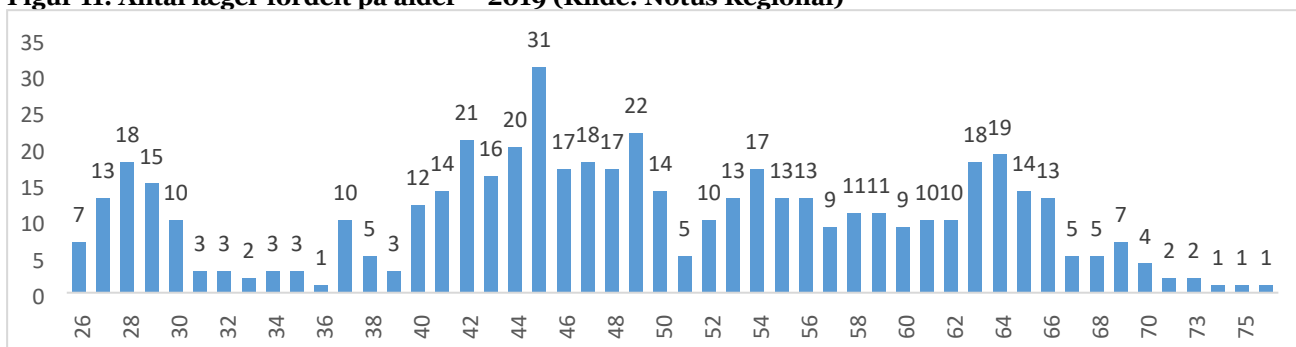
Lægernes alder kan være et parameter ved forudsigelsen af eventuelle udfordringer med hensyn til lægedækning. Hvis man sammenligner figur 10 og 11, kan det ses, at man i 2015 havde mange ældre læger i slutningen af 50'erne og starten af 60'erne, som man kan forvente snart vil forlade arbejdsmarkedet.

Diagrammet for 2019 viser, at der stadig er mange læger i starten af 60'erne, men på samme tid viser diagrammet, at der er kommet flere yngre læger til, som er i 40'erne. Det vil sige, at Region Sjælland aktuelt stadig har et problem med en større gruppe læger, som forventes snart at skulle på pension, men at det efter en kortere årrække kan forventes, at lægerne i Region Sjælland har en mere jævn aldersfordeling.

Figur 10: Antal læger fordelt på alder – 2015 (Kilde: Notus Regional)

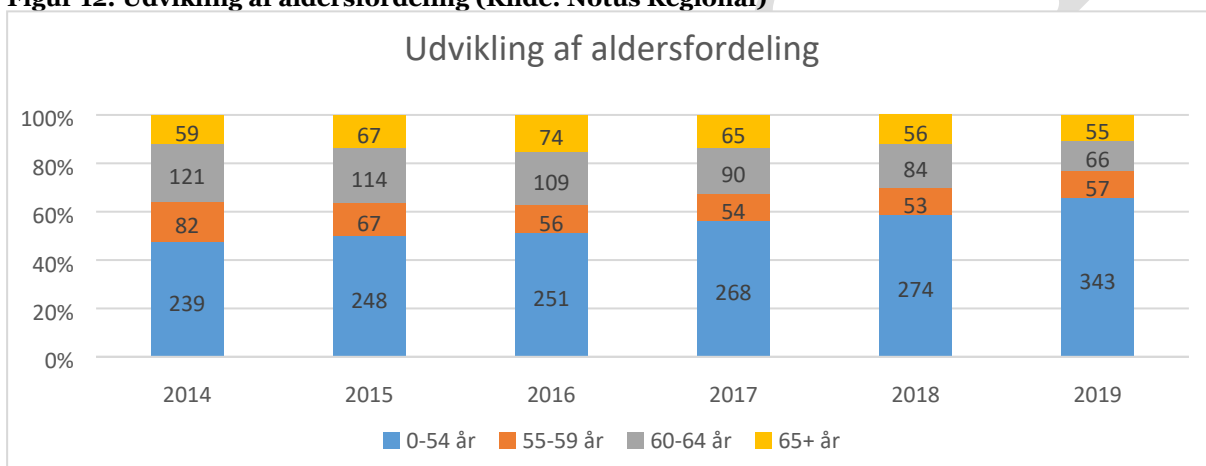


Figur 11: Antal læger fordelt på alder – 2019 (Kilde: Notus Regional)



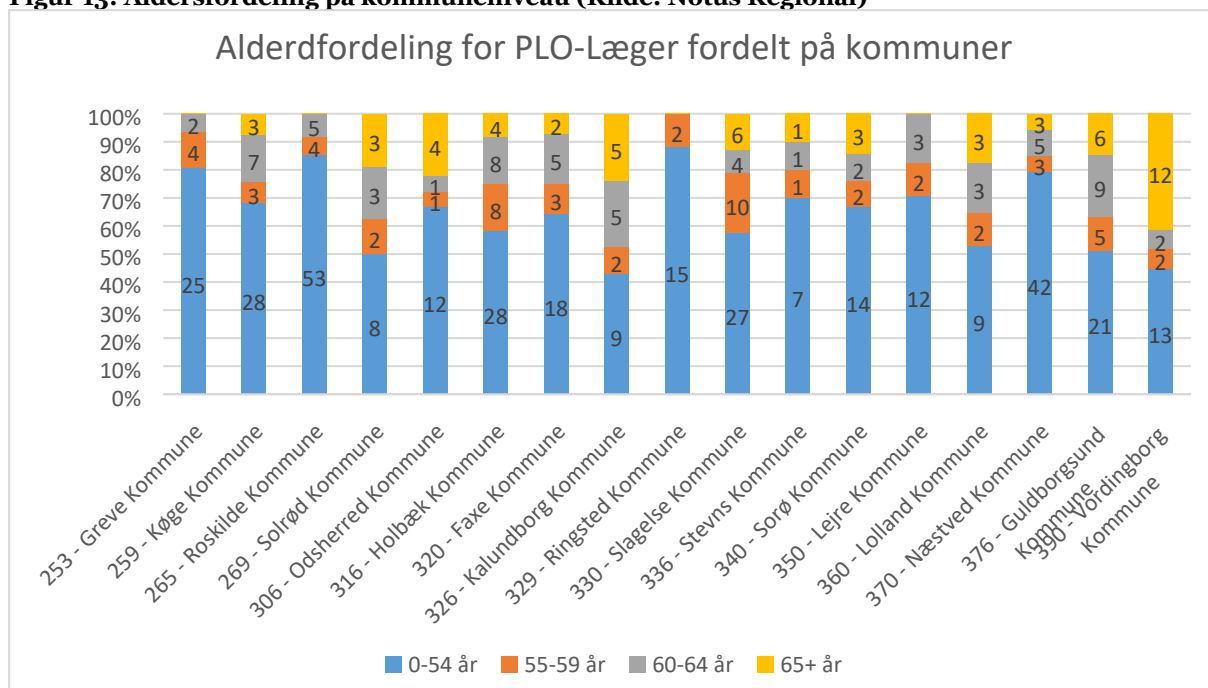
Figur 12 viser, at andelen af læger under 55 år er steget betydeligt siden 2014 og frem til 2019.

Figur 12: Udvikling af aldersfordeling (Kilde: Notus Regional)



Ser man på aldersfordelingen fordelt på kommuner, er der store forskelle. Nogle kommuner har en relativt stor andel yngre læger, som for eksempel Ringsted og Roskilde, mens andre har en lav andel af yngre læger og en større andel af ældre læger, som for eksempel Kalundborg og Vordingborg. Udbudsklinikerne ikke er medtaget i aldersopgørelsen.

Figur 13: Aldersfordeling på kommuneniveau (Kilde: Notus Regional)



Antal sikrede borgere og ydelsesforbrug

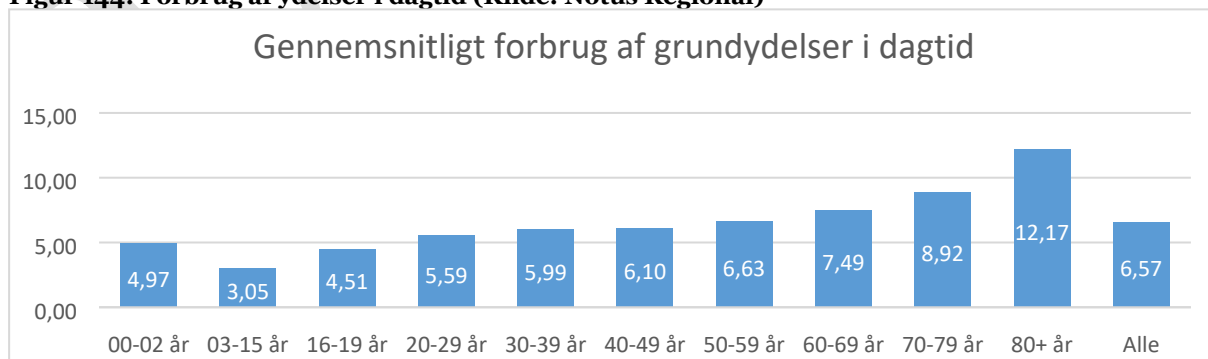
Antallet af sikrede borgere i Region Sjælland er i perioden 2014 til 2018 steget fra 808.805 sikrede til 826.597. Hvilket er en stigning på ca. 2,2 procent.

Antallet af læger er i samme periode faldet fra 495 til 430. Dermed er det gennemsnitlige antal sikrede pr. læge i regionen steget fra 1.614 til 1.708. Det gennemsnitlige antal sikrede pr. kapacitet er uændret i forhold til 2014, hvor det gennemsnitlige antal sikrede per kapacitet var 1.682, mens det i 2018 var 1.680. Dette skyldes, at der er læger, som har flere kapaciteter.

De praktiserende lægers aktivitet (grundydelse) er her målt i antallet af konsultationer og sygebesøg i dagtid (herunder også e-konsultationer og telefonkonsultationer).

Borgernes brug af almen praksis er stigende med alderen, hvilket betyder at borgere især fra 60 års alderen har et stigende behov for kontakt med almen praksis.

Figur 144: Forbrug af ydelser i dagtid (Kilde: Notus Regional)



Siden 2015 er forbruget af e-konsultationer steget, mens forbruget af telefonkonsultationer er faldet.

Tabel 2: Gennemsnitligt antal ydelser fordelt på ydelsestype (Kilde: Notus Regional)

Ydelse / år	2015	2016	2017	2018	2019
Konsultation	3,54	3,53	3,49	3,35	3,30
E-konsultation	0,85	0,89	0,98	1,01	1,15
Tlf. konsultation	2,23	2,18	2,12	1,95	2,02
Besøg	0,06	0,05	0,05	0,06	0,05

Tabel 3 viser dog en svag tendens til, at det samlede forbrug af grundydelse i gennemsnit har været faldende.

Tabel 3: Gennemsnitlig forbrug af grundydelse per person (Kilde: Notus Regional)

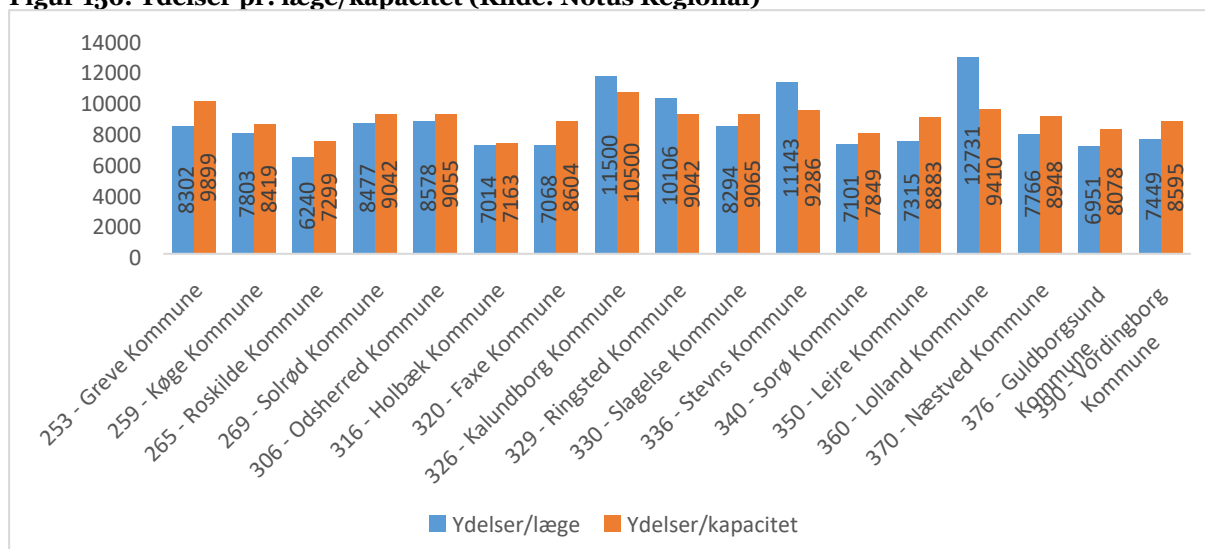
Alder	2015	2016	2017	2018	2019
00-02 år	5,6	5,74	5,63	5,35	4,97
03-15 år	2,72	2,75	2,72	2,63	3,05
16-19 år	4,17	4,27	4,21	4,14	4,51
20-29 år	5,05	4,96	4,87	4,77	5,59
30-39 år	5,22	5,15	5,06	4,91	5,99
40-49 år	5,75	5,62	5,6	5,44	6,10
50-59 år	6,85	6,84	6,75	6,48	6,63
60-69 år	8,46	8,34	8,35	7,97	7,49
70-79 år	11,78	11,59	11,53	10,57	8,92
80+ år	17,3	17,12	17,14	16,32	12,17
Alle	7,29				6,57

Ydelsesforbrug per læge/kapacitet

Da der er forholdsvis stor forskel på borgernes aldersfordeling kommunerne imellem, betyder det aldersbetingende ydelsesforbrug meget for aktiviteten hos lægerne.

Figur 16 viser det gennemsnitlige ydelsesforbrug pr. læge fordelt på kommuner.

Figur 156: Ydelser pr. læge/kapacitet (Kilde: Notus Regional)

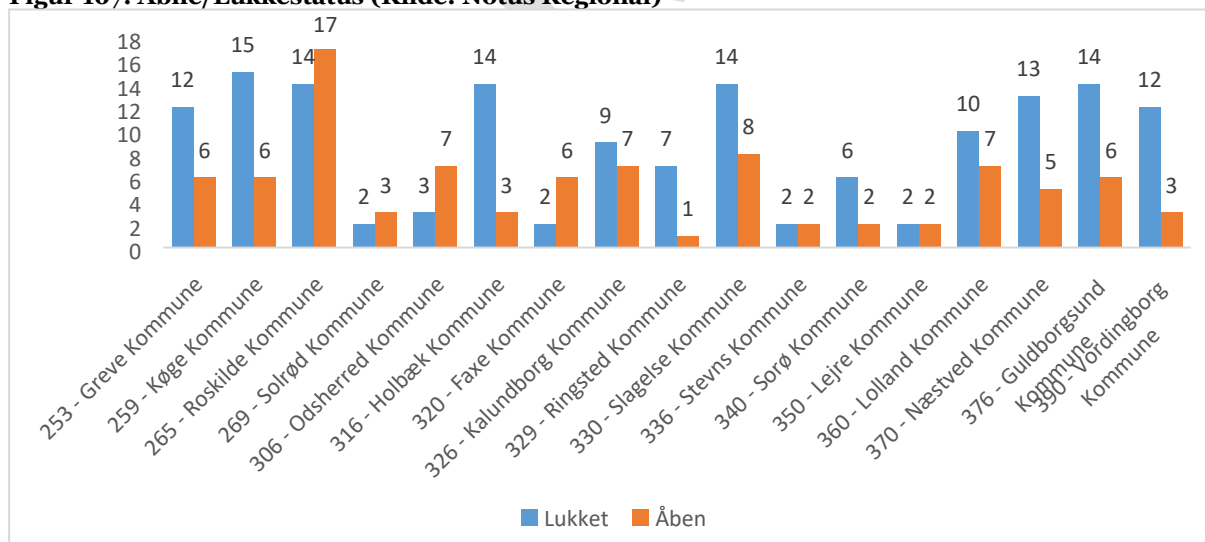


I gennemsnit leverer eksempelvis lægerne i Kalundborg Kommune årligt 10.500 af de valgte grundydelse pr. kapacitet, mens lægerne i Holbæk Kommune leverer 7.163 ydelser per kapacitet.

Lægeklinikkernes åben/lukke status

Ved afslutningen af 2019 havde 151 praksis lukket for tilgang af nye patienter, svarende til 62 procent. På kommuneniveau var der meget store forskelle i forhold hvor mange praksis, der havde åbent for tilgang.

Figur 167: Åbne/Lukkestatus (Kilde: Notus Regional)



BILAG 2: Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen mellem Regionsrådet og de 17 kommunalbestyrelser for perioden 2019-2023 fastsætter rammer og målsætninger for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets parter. Overordnet beskrevet skal Sundhedsaftalen medvirke til at realisere den nationale politiske vision om arbejdsdelingen mellem sygehusene, kommunerne og almen praksis.

Færre borgere skal falde mellem to stole og flere skal hjælpes i eget nærmiljø og undgå indlæggelse. Til denne udvikling er det væsentligt, at opgaverne løbende kan bevæge sig fra et højere specialiseringsniveau i sygehusene til kommunerne og de praktiserende læger.

Sundhedsaftalen handler om de fælles borgere og deres forløb i sundhedsvæsenet. Den politiske vision udmøntes i konkrete aftaler og værktøjer i samarbejdet.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud, mellem praksissektor og kommunale tilbud og mellem sygehuse og praksissektor, herunder særligt almen praksis. Sundhedsaftalen omfatter både borgere med somatiske og psykiske sygdomme.

Nedenstående figur viser Sundhedsaftalens vision, mål og målgrupper:



Sundhedsaftalens principper for samarbejde

Kommunerne, Regionen og de praktiserende læger har en fælles opgave i at leve op til Sundhedsaftalen, så borgernes møde med sundhedsvæsenet i Region Sjælland vil være kendetegnet ved:

- At borgeren oplever et sammenhængende forløb, hvor relevante parter samarbejder løbende og fleksibelt
- At borgeren oplever, at kommunikationen flyder rettidigt og korrekt

- At borgeren oplever, at ansatte på tværs af sektorer omtaler hinanden og andres indsats respektfuldt.

Sammenhæng mellem Praksisplan og Sundhedsaftale

Der er en tæt sammenhæng imellem Praksisplanen og Sundhedsaftalen, som er indgået mellem regionen og kommunerne i regionen.

Almen praksis er i henhold til Sundhedsloven forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i Sundhedsaftalen. De opgaver, som de alment praktiserende læger forpligtes til at udføre via Sundhedsaftalen skal beskrives i Praksisplanen og følges op af den underliggende aftale.

Ansvar for Sundhedsaftalen er placeret i Sundhedskoordinationsudvalget, som anmoder om opgaveløsning i forhold til Sundhedsaftalen hos Praksisplanudvalget. Praksisplanudvalget vil fra Sundhedskoordinationsudvalget derfor løbende blive bedt om at håndtere og behandle forskellige indsatsområder.

Nedenstående figur viser sammenhængen mellem Sundhedsaftalen, Praksisplanen og den underliggende aftale:

