

LÆGEDÆKNING I HELE DANMARK

RAPPORT FRA REGERINGENS
LÆGEDÆKNINGSUDVALG



JANUAR 2017

Indhold

Kapitel 1: Indledning	4
Kapitel 2: Sammenfatning	7
2.1 Overordnede analyseresultater	7
Antallet og fordelingen af speciallæger i Danmark	7
Fordelingen af alment praktiserende læger	7
Fordelingen af øvrige speciallæger	8
2.2 Udvalgets anbefalinger/løsningsforslag	8
Kapitel 3: Speciallægers fordeling	12
3.1 Antallet og fordelingen af speciallæger i Danmark	14
3.2 Lægernes køns- og aldersfordeling	19
3.3 Det fremtidige udbud af speciallæger i Danmark	20
3.4 Flytninger og geografisk mobilitet	23
Kapitel 4: Fordelingen af alment praktiserende læger	31
4.1 Udvikling og karakteristika af alment praktiserende læger	33
4.2 Effektiv anvendelse af kapaciteten i almen praksis	41
4.3 Sammenhæng mellem lægekapaciteten og behovet for almen praksis' ydelser	47
4.4 Organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis	51
Kapitel 5: Fordelingen af øvrige speciallæger	67
5.1 Geografisk fordeling af speciallæger ansat på sygehuse	68
5.2 Rekruttering og udenlandsk arbejdskraft	72
5.4 Geografisk fordeling af speciallæger inden for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri	74
5.5 Geografisk fordeling og kapacitet ift. praktiserende speciallæger	76
Kapitel 6: Udvalgets forslag til bedre lægedækning	79
6.1 Generel geografisk fordeling af læger	80
6.2 Almen praksis	84
6.3 Sygehus og speciallægepraksis	92
6.4 Andre overvejelser i udvalget	96

Bilag 1 – Kommissorium for Lægedækningsudvalget.....	98
Bilag 2 – Medlemmer af udvalg ved tidspunktet for afrapportering.....	100
Bilag 3: Uddybning af forslag 11 om at honoreringen differentieres efter patienttyngde.....	101

Kapitel 1: Indledning

Danmark skal hænge sammen. Vi skal have et stærkt og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor danskerne har adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet - uanset, hvor i landet de bor, og uanset hvad de fejler. Det kræver, at der er en passende lægedækning i hele landet under hensyntagen til en effektiv ressourceanvendelse.

Der har i de seneste år været vanskeligheder med at rekruttere læger i nogle dele af Danmark, især til almen praksis og til sygehuse, der ligger langt fra universitetsbyerne. Vanskelighederne skyldes ikke, at der er færre læger i Danmark end tidligere. Der er tværtimod flere, og Danmark vil også i de kommende år opleve en stigning i antallet af læger og speciallæger. Antallet af læger i forhold til befolkningstallet er også på niveau med andre lande, vi normal sammenligner os med, og over OECD-gennemsnittet.

Der kan imidlertid konstateres en geografisk, social og specialemæssig fordelingsudfordring, som kan gøre det vanskeligt i nogle områder af landet at sikre en tilstrækkelig lægedækning, men det skal understreges, at der ikke er tale om et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem.

På denne baggrund nedsatte den daværende regering i januar 2016 et udvalg om lægedækning i hele landet. Udvalgets kommissorium og sammensætning er gengivet som bilag 1 og 2. Udvalget skal analysere fordelingen af læger på tværs af landet og relevante forhold som fx lægernes alder, praksisstruktur, aktivitet mv. På baggrund af analysen skal udvalget anbefale initiativer, der kan understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne på tværs af landet med henblik på at sikre adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet, uanset hvor patienterne bor, og hvilken behandling de har behov for. Udvalgets analyser og forslag tager udgangspunkt i den aktuelle lægedækning og struktur for sundhedsvæsenet. Det betyder bl.a., at overvejelser om lægedækningen bør inddrages ved eventuelle senere opgaveomlægninger i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets struktur

Fordelingen af lægerne i landet skal ses i lyset af, at sygehusvæsenet er i gang med en planlagt strukturudvikling i retning af øget specialisering og samling af de akutte funktioner med henblik på højere behandlingskvalitet. Samtidig med udviklingen i sygehusvæsenet styrkes det nære sundhedsvæsen, som primært varetages af praksissektoren og kommunerne i samarbejde med sygehusene. Fordelingens hensigtsmæssighed må således vurderes på grundlag af den struktur, sundhedsvæsenet har og forventes at få i fremtiden, og det behov for læger i landets forskellige dele, der følger heraf.

Hovedparten af den lægelige arbejdskraft i sundhedsvæsenet er beskæftiget i det regionale sundhedsvæsen som alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger

og læger i sygehusvæsenet. Derimod er der meget få læger ansat i det kommunale sundhedsvæsen, idet kommunerne ikke selvstændigt udfører opgaver, der kræver en læges kompetencer. Det kommunale sundhedsvæsen er således afhængigt af lægelige kompetencer i det regionale sundhedsvæsen, som på sin side er afhængigt af kommunernes forebyggelse, genoptræning, pleje m.m.

Den fremtidige udvikling af arbejdsdeling og samarbejdsrelationer mellem sygehus, praksissektor og det kommunale sundhedsvæsen behandles sideløbende med lægedækningsudvalget i Regeringens udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

En central præmis for udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er "LEON-princippet". Princippet indebærer, at sundhedsvæsenet fortsat skal tilstræbe, at behandlingen tilbydes på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Det betyder bl.a., at patienter, der ikke har behov for sygehusvæsenets specialiserede og akutte tilbud, så vidt muligt behandles og plejes i primærsektoren. Det kan fx gælde patienter med visse kroniske sygdomme, visse psykiske lidelser og ældre medicinske patienter. Det er både til fordel for patienterne og for sundhedsvæsenets økonomi.

De alment praktiserende læger udgør allerede en afgørende del af det *primære* sundhedsvæsen i Danmark, dvs. den del af sundhedsvæsenet, patienterne har umiddelbar adgang til uden henvisning. De alment praktiserende læger er som regel patienternes første kontakt til sundhedsvæsenet ved helbredsproblemer, de afslutter selv hovedparten af patienterne og fungerer som henvisere og dermed 'gatekeepere' til det mere specialiserede sundhedsvæsen. De har desuden vigtige funktioner i samarbejdet med det kommunale social- og sundhedsvæsen. De opgaver, almen praksis varetager, kræver efter deres karakter, at praksis er til stede inden for rimelig afstand til borgerne i alle dele af landet.

Flest læger i sundhedsvæsenet er beskæftiget i det *sekundære* sundhedsvæsen, dvs. den del, der som hovedregel kræver en henvisning. Det gælder sygehusvæsenet og de praktiserende speciallæger. Sygehusvæsenet er i disse og de kommende år som nævnt inde i en omfattende strukturomlægning, som indebærer, at funktionerne samles på væsentligt færre enheder, herunder de nye sygehuse, der udvides eller nybygges med støtte fra kvalitetsfonden. Omlægningerne indebærer, at sygehusvæsenets akutte somatiske patientmodtagelse samles på fælles akutmodtagelser på ca. 20 sygehuse, og at specialiserede funktioner ligeledes samles på færre enheder med henblik på at styrke kvalitet og effektivitet.

Sygehusvæsenet suppleres af de praktiserende speciallæger, men arbejdsdelingen i den ambulante speciallægebetjening mellem sygehuse og speciallægepraksis er forskellig fra region til region. Regionerne regulerer inden for rammerne af overenskomsterne antallet af ydernumre i de enkelte specialer.

Forskellen på opgaverne og strukturen i det primære og det sekundære sundhedsvæsen indebærer, at problemstillingen om en hensigtsmæssig fordeling af de lægelige ressourcer på tværs af landet tager sig væsensforskelligt ud i de to sektorer.

For almen praksis gælder som nævnt, at funktionen skal være til stede inden for rimeligt kort afstand i hele landet. Derfor giver det mening at undersøge dækningen med alment praktiserende læger inden for relativt mindre geografiske områder, fx kommuner, og at tilstræbe en ligelig fordeling af lægerne på dette niveau.

Det er ikke tilfældet for det sekundære sundhedsvæsen. Det tilstræbes ikke, at der skal være sygehuse i alle kommuner. Selvom også sygehusvæsenet har vigtige og afgørende samarbejdsflader til kommunerne og de alment praktiserende læger, vil hovedparten af den lægelige beskæftigelse i sektoren ligge på godt 20 sygehuse i landet. Heller ikke på regionsniveau skal der nødvendigvis tilstræbes en lige fordeling i forhold til fx befolkningstal, bl.a. som følge af sygehussektorens specialiseringsgrad, som indebærer, at specialiserede funktioner er placeret et begrænset antal steder i landet med henblik på at opnå den højeste faglige kvalitet for patienterne.

Kriteriet for en hensigtsmæssig geografisk lægefordeling i sygehusvæsenet og speciallægepraksis må derfor være, at der i alle regioner er mulighed for at rekruttere den lægelige arbejdskraft, som en hensigtsmæssig funktionsplanlægning nødvendiggør, og at denne planlægning ikke skævvrides af geografiske forskelle i mulighederne for at rekruttere læger.

Udvalgets arbejde

Udvalget har behandlet sine analyser og forslag på seks møder. Analyserne præsenteres i kapitlerne 3-5, og udvalgets forslag til initiativer, der vurderes at kunne bidrage til at forbedre lægedækningen, fremlægges i kapitel 6.

De fleste af udvalgets forslag fremlægges i enighed. Udvalget har imidlertid fundet, at man også burde pege på forslag, som ikke alle medlemmer umiddelbart har kunnet tiltræde. Det gælder bl.a. enkelte forslag vedr. almen praksis, som vil skulle gennemføres ved overenskomst.

Udvalget har i sit arbejde overvejet forskellige andre mulige forslag og tiltag, som ikke er mundet ud i egentlige forslag fra udvalgets side. Også disse overvejelser er præsenteret i kapitel 6.

Kapitel 2: Sammenfatning

2.1 Overordnede analyseresultater

Antallet og fordelingen af speciallæger i Danmark

Antallet af læger og speciallæger i Danmark har været stigende de seneste godt ti år, og det nuværende antal er på det højeste niveau nogensinde. Antallet af læger i forhold til befolkningstallet er på niveau med andre lande, vi normalt sammenligner os med.

Prognoserne peger på en relativt stor stigning i antallet af speciallæger, som overstiger den samlede befolkningstilvækst. Frem mod 2040 ventes antallet af speciallæger pr. 1.000 indbyggere at stige med 35 pct. Inden for samtlige specialeområder forventes en stigning i antallet af speciallæger frem mod 2040, som overstiger befolkningsudviklingen.

Fordelingen af lægerne i landet skal ses i lyset af, at sygehusvæsenet er i gang med en planlagt strukturudvikling i retning af øget specialisering og samling af de akutte funktioner med henblik på højere behandlingskvalitet. Der er flest speciallæger pr. indbygger i Region Hovedstaden og færrest i Region Sjælland.

På den baggrund *konkluderer udvalget*, at der overordnet ikke er et generelt, landsdækkende lægedækningsproblem. Derimod ses der udfordringer af mere afgrænset karakter inden for almen praksis i bl.a. yderområder og belastede byområder, på mindre sygehuse samt specifikt inden for det psykiatriske område.

Fordelingen af alment praktiserende læger

Lægedækningsproblemerne i almen praksis har karakter af forskellige lokale udfordringer, som ikke er entydigt by- eller udkantsspecifikke.

Der er steder i landet udfordringer ift. kapacitet, herunder ubesatte lægepraksis, og lægepraksis, der er lukket for patienttilgang, hvor der dermed er vanskeligheder i forhold til at sikre borgerne frit valg af læge inden for rammerne af den nuværende overenskomst. Det ses især i Region Nordjylland og dele af Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Der ses dog også stor spredning inden for lokale geografiske områder. I flere kommuner er der fx stor spredning i antal patienter pr. læge, og i mange kommuner har en stor andel af lægerne flere end 1.800 patienter tilmeldt, hvor den aktuelle nedre lukkegrænse er på 1.600 patienter.

Ligeledes er der betydelig geografisk variation i andelen af praksis, der har lukket for tilgang af nye patienter. Det kan indikere, at der er udfordringer i forhold til at sikre en mere ligelig fordeling inden for kommunen og det lokale område, herunder i yderområder og i socialt belastede boligområder.

Aldersfordelingen blandt de alment praktiserende læger peger på, at der de kommende år bliver behov for en større udskiftning blandt de beskæftigede læger. I omkring 40 kommuner er 10 pct. af lægerne 65 år eller over. I disse kommuner vil der derfor inden for en relativt kort årrække være et behov for at rekruttere nye læger til at dække ledige praksisser, som i nogle geografiske områder kan være forbundet med udfordringer.

I den sammenhæng bemærkes, at arbejdstyrken af almen medicinere opgjort pr. indbygger forventes at falde en smule frem mod 2020, for herefter at stige frem mod 2025, hvor den vil være på omtrent samme niveau som i dag. Fra 2025 og frem forventes antallet af almene medicinere i arbejdsstyrken at stige relativt i forhold til befolkningen.

Fordelingen af øvrige speciallæger

Den geografiske fordeling af sygehuslæger pr. 1.000 indbyggere varierer på tværs af regioner, og der er flest speciallæger pr. indbygger på sygehusene i Hovedstaden, Midtjylland og Syddanmark. Det skal bl.a. ses i lyset af, at sygehusvæsenet er i gang med en planlagt strukturudvikling i retning af øget specialisering og samling af de akutte funktioner med henblik på højere behandlingskvalitet.

Regionale forskelle i læger pr. indbygger er således ikke nødvendigvis udtryk for forskelle i borgernes adgang til lægelige ressourcer, men afspejler også forskelle i sygehusenes specialiseringsgrad. Den regionale variation kan i et vist omfang forklares ud fra patienttrafik over regionsgrænser og forskelle i behandlingstygde mv.

Der er variation mellem videreuddannelsesregionerne i niveauet af vakante hoveduddannelsesforløb. Det kan pege på rekrutteringsproblemer lokalt, særligt på mindre sygehuse uden for de større byer.

Regionerne kan selv vælge organisering og brug af praktiserende speciallæger frem for fx ambulant behandling på sygehusene. Der ses en relativt skæv fordeling af praktiserende speciallæger pr. indbygger, som bl.a. afspejler, at Region Hovedstaden i højere grad har valgt en organisering med praktiserende speciallæger.

2.2 Udvalgets anbefalinger/løsningsforslag

Udvalget har på baggrund af analyser og drøftelser formuleret en række anbefalinger, der samlet set vurderes kan bidrage til en bedre lægedækning. Forslagene er inddelt inden for tre overordnede kategorier:

- Generel geografisk fordeling af læger
- Almen praksis
- Sygehus og speciallægepraksis.

Udvalget er enig om hovedparten af forslagene, men peger bl.a. også på forslag vedr. almen praksis, som vil skulle gennemføres ved overenskomst, og som medlemmerne udpeget af Lægeforeningen ikke har kunnet tiltræde, jf. boks 6.1. En samlet forslagsliste er angivet nedenfor.

Forslag vedrørende generel geografisk fordeling af læger

1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne
 - a) øge optagetallet ved medicinstudiet i Aalborg i forhold til de øvrige tre universiteter
 - b) begrænse de studerendes mulighed for at flytte universitet efter bachelordelen for at begrænse en uhensigtsmæssig vandring fra Vestdanmark til Østdanmark
 - c) bredere geografisk spredning af de lægestuderendes klinikophold under studiet

2. Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse
 - a) en større del af videreuddannelserne inden for den samlede ramme søges placeret decentralt i forhold til de større sygehuse i universitetsbyerne, herunder i lægedækningstruede områder
 - b) etablering af forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsstillinger, hoveduddannelsesforløb) i lægedækningstruede områder
 - c) overveje nye KBU-fordelingsmetoder i regi af Sundhedsstyrelsen med henblik på at understøtte bedre lægedækning

3. Justering af femårsfristen i den lægelige videreuddannelse
 - a) etablering af forsøg med øget fleksibilitet vedr. femårsfristen i forbindelse med lokalt/regionalt tilrettelagte videreuddannelsesforløb
 - b) lempeligere adgang til individuel dispensation fra femårsfristen til læger som følge af ansættelse i decentrale uddannelsesforløb

4. Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (fx gennem lokale informationskampagner, vejledning, mentorordninger mv.)

Forslag vedrørende almen praksis

5. Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse
 - a) bedre mulighed for klinikophold eller studiejob som praksisassistenter i almen praksis for medicinstuderende
 - b) alle læger skal arbejde et halvt år i almen praksis som en del af den kliniske basisuddannelse (KBU)

6. Dimensioneringen af almen medicin øges relativt inden for den samlede dimensionering af den lægelige videreuddannelse

7. Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen medicinske klinikker
 - a) mulighed for at etablere regionsdrevne klinikker uden forudgående udbud
 - b) mulighed for at drive regionsklinikker i en længere tidsperiode end de nuværende fire år
8. Mere fleksible organisationsformer i almen praksis
 - a) større udbredelse af satellit-praksis
 - b) øget mulighed for ansættelse af almen medicinere i almen praksis
 - c) åbne mulighed for, at læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe direkte fra andre praktiserende læger
9. Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis med henblik på at frigøre lægelige ressourcer til øget lægedækning
10. Rammedelegation til kommunale sygeplejersker
11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde for at understøtte bedre lægedækning
12. Udbredelse af faglige og organisatoriske fællesskaber i almen praksis
 - a) etablering af praksisfællesskaber og praksis i fx tilknytning til sundhedshuse og kommunale akutfunktioner
 - b) udbredelse af klyngeorganisering, dvs. at flere lægepraksis går sammen om fx at få løst en række administrative opgaver i forbindelse med ansættelse af personale, IT-arbejde og benchmarking, kvalitetsudvikling mv.
13. Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal
 - a) hæve den tekniske åbnegrænse, så den tilnærmes eller blive identisk med den nedre lukkegrænse
 - b) overveje at hæve den nedre lukkegrænse
14. Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger

Sygehuse og speciallæger

15. Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelsen af speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer

16. Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehusene
 - a) koordinering og samarbejde internt i den enkelte region om lægerekruttering med henblik på større hensyntagen til sygehuse med lokale lægedækningsproblemer

 - b) koordinering og samarbejde på tværs af regionerne om lægerekruttering med henblik på større hensyntagen til regioner med lægedækningsudfordringer

17. Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne med henblik på at understøtte bedre lægedækning

18. Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer

Kapitel 3: Speciallægers fordeling

Kapitlet giver en overordnet beskrivelse af antal og fordeling af speciallæger i Danmark, både historisk og med inddragelse af relevante internationale data fra OECD, samt lægernes generelle karakteristika.

Derudover opsummerer afsnittet resultaterne af den seneste lægeprognose, som sammenholdes med den forventede befolkningsudvikling, herunder befolkningens fremtidige regionale bosætning.

Endelig beskrives lægernes geografiske mobilitet med det lægelige arbejdsmarkeds nuværende struktur, incitamenter, rekrutteringsindsats m.v. Der ses på lægernes bopælsmobilitet – dvs. hvor tilbøjelige lægerne er til at flytte bopæl over regionsgrænserne – samt hvor tilbøjelige lægerne er til rejse over større afstande for at arbejde.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er følgende:

- *Antallet af læger og speciallæger i Danmark har været stigende de seneste godt ti år, og det nuværende antal er på det højeste niveau nogensinde. Antallet af læger i forhold til befolkningstallet er på niveau med andre lande, vi normal sammenligner os med, og over OECD-gennemsnittet. Antallet af speciallæger i Danmark forventes desuden at stige i de kommende år. Den forventede stigning i det demografisk betingede behov for sundhedsydelser skal således ses i sammenhæng med et forventet stigende antal læger.*
- *Der er flere speciallæger pr. indbygger i Region Hovedstaden sammenlignet med de øvrige regioner. Det er forventeligt i lyset af en tilsigtet udvikling i sundhedsvæsenet mod en stigende specialisering og samling af de akutte funktioner med henblik på højere behandlingskvalitet.*
- *Regionale forskelle i læger pr. indbygger er ikke nødvendigvis udtryk for forskelle i borgernes adgang til lægelige ressourcer, men kan også afspejle forskelle i sygehusenes specialiseringsgrad, jf. kapitel 5. Der er forholdsmæssigt flest læger i Region Hovedstaden og færrest i Region Sjælland.*
- *I Region Sjælland er andelen af speciallæger over 60 år forholdsmæssig stor sammenlignet med de andre regioner. Det kan indikere, at der de kommende år kan ventes en større udskiftning blandt de beskæftigede speciallæger i regionen, og der vil være behov for at rekruttere nye.*
- *Geografiske forskelle i fordelingen af læger pr. indbygger ses også i andre lande, herunder lande vi normalt sammenligner os med. Danmark er endvidere et lille land med små geografiske afstande og en forholdsvis høj befolkningstæthed.*

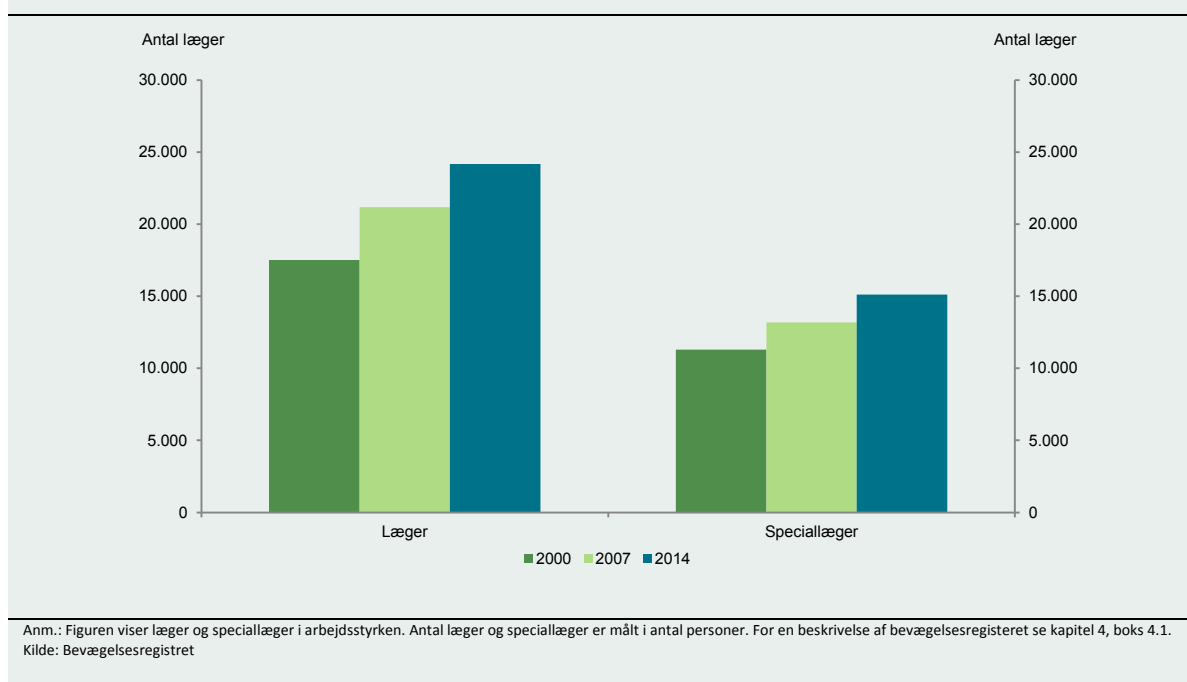
- *Prognoseerne peger på en relativt stor stigning i antallet af speciallæger, som overstiger den samlede befolkningstilvækst. Frem mod 2040 ventes antallet af speciallæger pr. 1.000 indbyggere at stige med 35 pct. Inden for samtlige specialeområder forventes en stigning i antallet af speciallæger frem mod 2040, som overstiger befolkningsudviklingen.*
- *De senere år har der været en bevægelse i befolkningen, som flytter mod de større byer. De officielle befolkningsfremskrivninger (Danmarks Statistik) peger på, at det vil fortsætte. Befolkningsandelen forventes at stige i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og falde i de øvrige regioner. Denne tendens skal holdes for øje i den fremtidige planlægning.*
- *Den lægelige arbejdsstyrkes mobilitet udgør et vigtigt aspekt i lægedækningen, bl.a. ved at bidrage til et fleksibelt arbejdsmarked, hvor udbud af lægelig arbejdskraft løbende tilpasser sig efterspørgslen. Læger er lidt mere mobile end den øvrige arbejdsstyrke med en lang videregående uddannelse. Den højere mobilitet ses især blandt de yngre læger.*
- *Der er en mindre mobilitet blandt de alment praktiserende læger i forhold til læger ansat på sygehusene. Speciallæger i almen medicin flytter fx mindre end øvrige speciallæger. Det kan hænge sammen med, at lægerne har investeret i deres praksis, som de driver i en længere årrække, ofte indtil pensionsalderen. De rejser/pendler tilsyneladende også i mindre grad over længere afstande for at arbejde end andre speciallæger.*

3.1 Antallet og fordelingen af speciallæger i Danmark

Der var i alt ca. 24.000 læger i arbejdsstyrken i Danmark i 2014, jf. figur 3.1. Heraf var 15.100 speciallæger. Det svarer til i alt 4,3 læger, heraf 2,7 speciallæger, pr. 1.000 indbyggere.

Antallet af læger og speciallæger har været stigende de seneste godt ti år. Siden 2000 er arbejdsstyrken af læger og speciallæger steget med hhv. 6.600 og 3.800. Det er en relativt større stigning end befolkningstilvæksten i perioden, og derfor har antallet af læger og speciallæger pr. indbygger været stigende.

Figur 3.1
Antal læger og speciallæger i arbejdsstyrken



Speciallægerne er hovedsageligt ansat på sygehusene eller arbejder i almen praksis eller i en speciallægepraksis. Det var således i 2014 godt 90 pct. af speciallægerne, som var beskæftiget i disse tre sektorer, jf. tabel 3.1. De øvrige knap 10 pct. af speciallægerne var hovedsageligt beskæftiget med undervisning, forskning og i offentlige forvaltninger eller øvrige brancher som lægemiddelindustrien.

Tabel 3.1

Antal speciallæger fordelt på ansættelsessektor

Antal læger	2000	2007	2014	Årlig vækst 2000-2014 (pct.)	Årlig vækst 2007-2014 (pct.)	Fordeling 2014 (pct.)
Hospitaler	5.702	6.589	8.282	2,7	3,3	54,8
Almen praksis	3.610	3.949	4.168	1,0	0,8	27,6
Speciallæge praksis	936	1.286	1.366	2,7	0,9	9,0
Sundhedsvæsen i øvrigt	61	114	161	7,2	5,1	1,1
Undervisning, forskning og off. forvaltninger	367	348	378	0,2	1,2	2,5
Fremstilling og handel med medicinalvarer	17	43	43	6,9	-	0,3
Øvrige brancher	591	851	706	1,3	-2,6	4,7
Ikke i beskæftigelse	13	6	12	-0,6	10,4	0,1
Hele landet	11.297	13.186	15.116	2,1	2,0	100,0

Anm.: Antal speciallæger er opgjort, som antal personer. Speciallæger beskæftiget i almen praksis dækker over både alment praktiserende læger med konsultationer i dagtid og vagtlæger. For en beskrivelse af bevægelsesregisteret se boks 3.1. Den årlige vækst er en gennemsnitlig årlig vækst for perioden.

Kilde: Bevægelsesregisteret

Halvdelen af speciallægerne har speciale i almen medicin eller kirurgiske specialer, hhv. 32 pct. i almen medicin og 22 pct. i kirurgiske specialer, jf. tabel 3.2. Derudover har hhv. godt 12 og 15 pct. af lægerne speciale i intern medicin eller et tværgående speciale. Omkring 7 pct. af speciallægerne har psykiatri som speciale.

Antallet af speciallæger i almen medicin er gennemsnitligt steget med ca. 1 pct. årligt, både i perioderne 2000-2014 og 2007-2014. Den årlige stigning for de øvrige specialer har ligget imellem 2 og 3 pct., og den gennemsnitlige årlige vækst på landsplan var ca. 2 pct. i perioden.

Tabel 3.2

Antal speciallæger fordelt på specialer

Antal læger	2000	2007	2014	Årlig vækst 2000-2014 (pct.)	Årlig vækst 2007-2014 (pct.)	Fordeling 2014 (pct.)
Almen medicin	4.199	4.521	4.839	1,0	1,0	32,0
Intern medicinske specialer	1.236	1.611	1.933	3,2	2,6	12,8
Kirurgiske specialer	2.452	2.829	3.326	2,2	2,3	22,0
Psykiatriske specialer	802	985	1.150	2,6	2,2	7,6
Tværgående specialer	1.659	2.006	2.365	2,6	2,4	15,6
Øvrige specialer	949	1.234	1.503	3,3	2,9	9,9
Hele landet	11.297	13.186	15.116	2,1	2,0	100,0

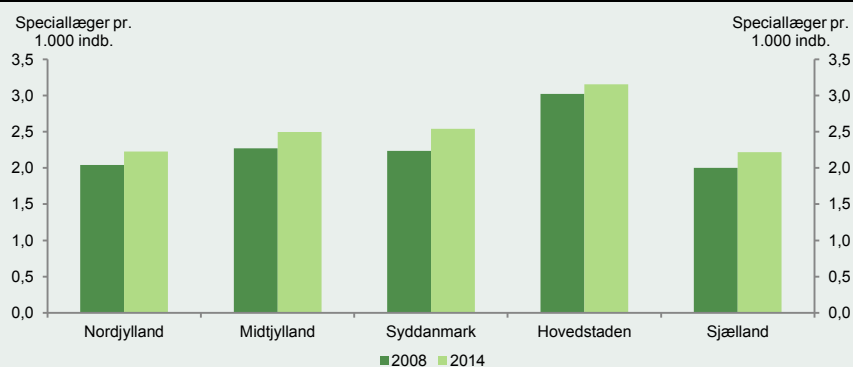
Anm.: Antal speciallæger er opgjort som antal personer. For en beskrivelse af bevægelsesregisteret se boks 3.1. Den årlige vækst er en gennemsnitlig årlig vækst for perioden.

Kilde: Bevægelsesregisteret.

På landsplan var der godt 2½ beskæftigede speciallæger pr. 1.000 indbyggere i 2014. Det dækker over nogen variation på tværs af regionerne, jf. figur 3.2. I 2014 havde Region Hovedstaden godt 3 speciallæger pr. 1.000 indbyggere, mens Region Nordjylland og Region Sjælland havde godt 2 speciallæger pr. 1.000 indbyggere.

Det er vigtigt at fortolke disse tal varsomt. De regionale forskelle er ikke nødvendigvis udtryk for forskelle i borgernes adgang til lægelige ressourcer. Der kan være forskellige forklaringer på geografiske forskelle bl.a. sygehussektorens specialiseringsgrad, som indebærer, at specialiserede funktioner er placeret et begrænset antal steder i landet, jf. kapitel 5.

Figur 3.2
Antal beskæftigede speciallæger pr. 1.000 indbyggere fordelt på regioner



Anm.: Figuren viser antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere i de enkelte regioner for årene 2008 og 2014. Se beskrivelse af bevægelsesregisteret i boks 3.1. og kapitel 4, boks 4.1.
Kilde: Bevægelsesregisteret.

Der har været en stigning i antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere i alle regioner. Stigningen har været størst i Region Midtjylland og Region Syddanmark og lavest i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland.

Beskrivelsen af den lægelige arbejdsstyrke og beskæftigelse, herunder fordeling på specialer, brancher, køn og geografi, er baseret på bevægelsesregisteret, jf. boks 3.1.

Boks 3.1 Bevægelsesregisteret

Bevægelsesregisteret er en kobling af forskellige registre, herunder Autorisationsregisteret og den Registerbaserede Arbejdsstyrkestatistik (RAS), som tilsammen giver en beskrivelse af arbejdsstyrken af sundhedsuddannede personer, herunder læger.

Bevægelsesregisteret indeholder oplysninger om lægernes uddannelses- og arbejdsmarkeds mæssige forhold såsom speciallægeuddannelse og branche for beskæftigelse fx hospital, almen praksis, etc.. De enkelte registre, som danner bevægelsesregisteret, kan være opgjort på forskellige tidspunkter. F.eks. er RAS fra ultimo november, mens bopælsoplysninger er fra primo året.

Opgørelsen af læger fordelt på branche sker ud fra Danmarks Statistiks branchekodning (seneste Danske Branchekode 2007). Branchekoden skal vælges i forbindelse med oprettelse af virksomhed, og der sker ikke fagligt nogen validering af, om den pågældende virksomhed forestår en aktivitet, som kan klassificeres som almen praksis. I den betragtede periode 2000 og frem har der fundet to revisioner af branchekodningen sted hhv. Danske Branchekode 2003 og Danske Branchekode 2007 (som er den gældende).

Beskrivelsen den lægelige beskæftigelse kan også ske ud fra andre registre. Det gælder især for beskæftigelsen i almen praksis, som ofte beskrives ud fra Yderregisteret. Yderregisteret indeholder oplysninger om ydere, der udøver virksomhed under den offentlige sygesikring. I Yderregisteret er det muligt at opgøre beskæftigelse mere detaljeret og bl.a. skelne mellem beskæftigelse i almen praksis i dagtid og vagttid. Det er ikke tilfældet i bevægelsesregisteret, og beskæftigelsen i almen praksis giver pba. Bevægelsesregisteret således en bred sektorbeskrivelse og omfatter fx både alment praktiserende læger med konsultationer i dagtid og vagttid, hvad enten det foregår i individuel praksis, lægehuse eller patientens hjem.

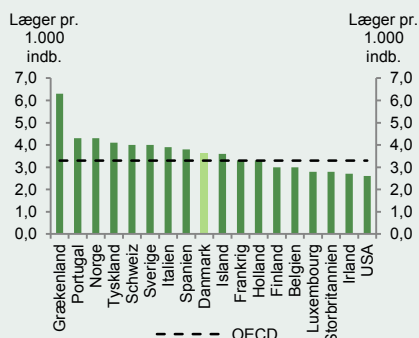
Bevægelsesregisteret kan på nuværende tidspunkt alene opgøre antal læger i hoveder, og det er ikke muligt at omregne til fuldtidsstillinger. Dvs. læger på fuld- eller deltid tæller med samme vægt, og opgørelser af antal læger skal bruges med forsigtighed i forhold til at vurdere udviklingen i den lægelige arbejdstid.

Kilde: esundhed.dk og Danmarks Statistik

Geografiske forskelle i lægelig arbejdsstyrke i andre lande

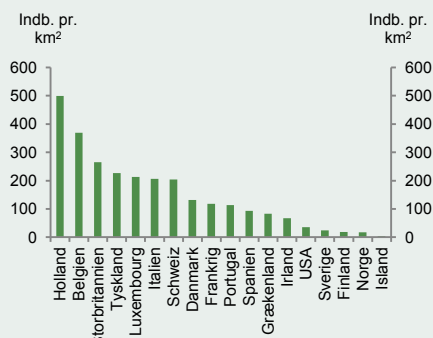
Danmark er internationalt set et lille land med små geografiske afstande. Befolkningstætheden er forholdsvis høj i forhold til de andre lande i Skandinavien, jf. figur 3.4. I OECD's sammenligning af læger pr. indbygger på tværs af lande ligger Danmark ca. 10 pct. over OECD-gennemsnittet, jf. figur 3.3. Danmark har i opgørelsen 3,6 læger pr. 1.000 indbyggere. Til sammenligning har Finland godt 3,0 læger pr. 1.000 indbyggere, og Storbritannien har 2,8 læger pr. 1.000 indbyggere. Norge og Sverige har lidt flere læger med hhv. 4,3 og 4,0 læger pr. 1.000 indbyggere.

Figur 3.3
Antal læger pr. indbygger for udvalgte lande



Anm.: Tallene er for 2013. Opgørelse og afgrænsning adskiller sig fra tallene i figur 3.1.
Kilde: OECD

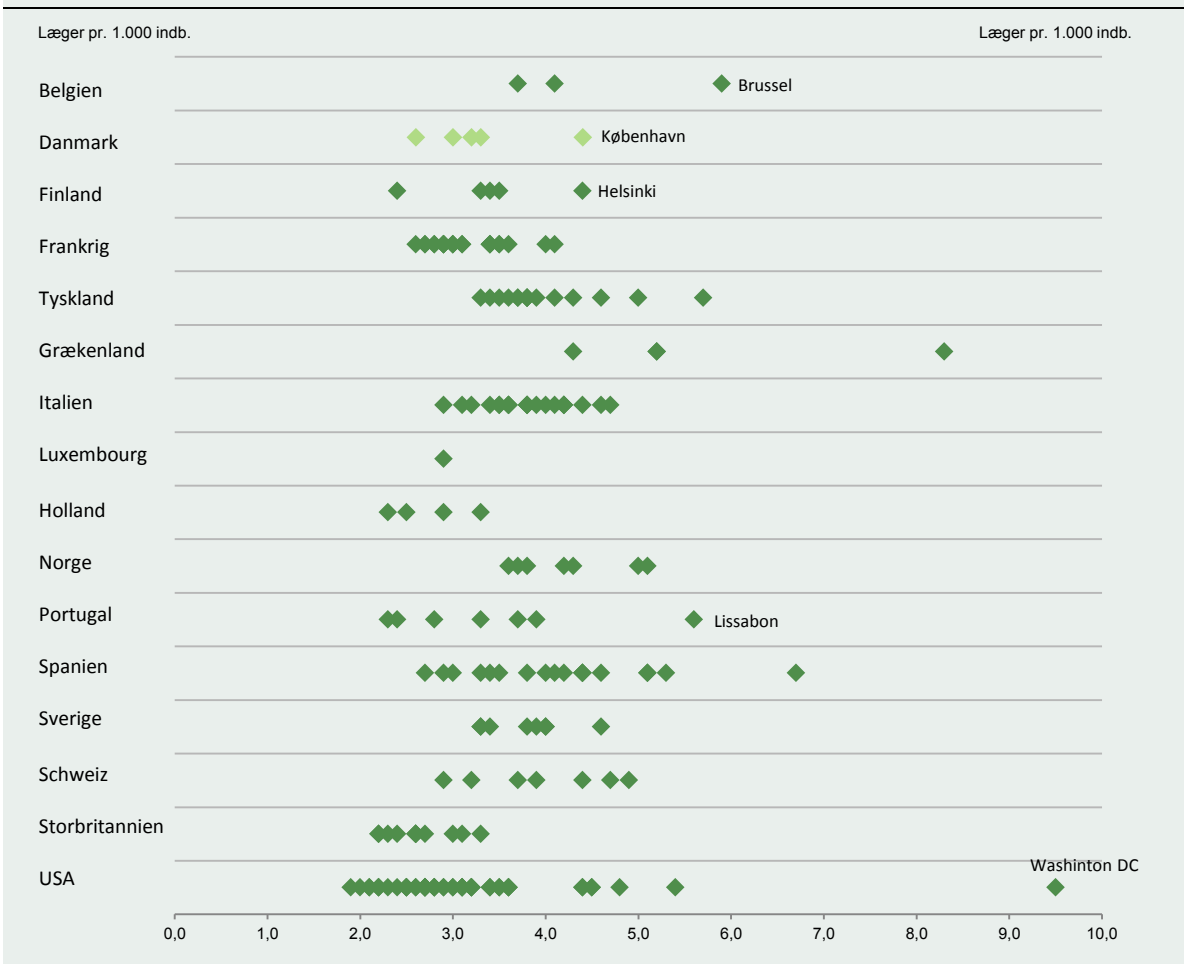
Figur 3.4
Befolkningstæthed for udvalgte lande – indbyggere pr. km²



Anm.: Tallene er for 2014.
Kilde: OECD

Sammenlignet med andre OECD-lande fremstår den geografiske variation i Danmark i læger pr. indbygger ikke som særlig udtalt, jf. figur 3.5. Det er således en generel tendens på tværs af OECD-landene, at koncentrationen af læger er større i landenes store byer og hovedstæder.

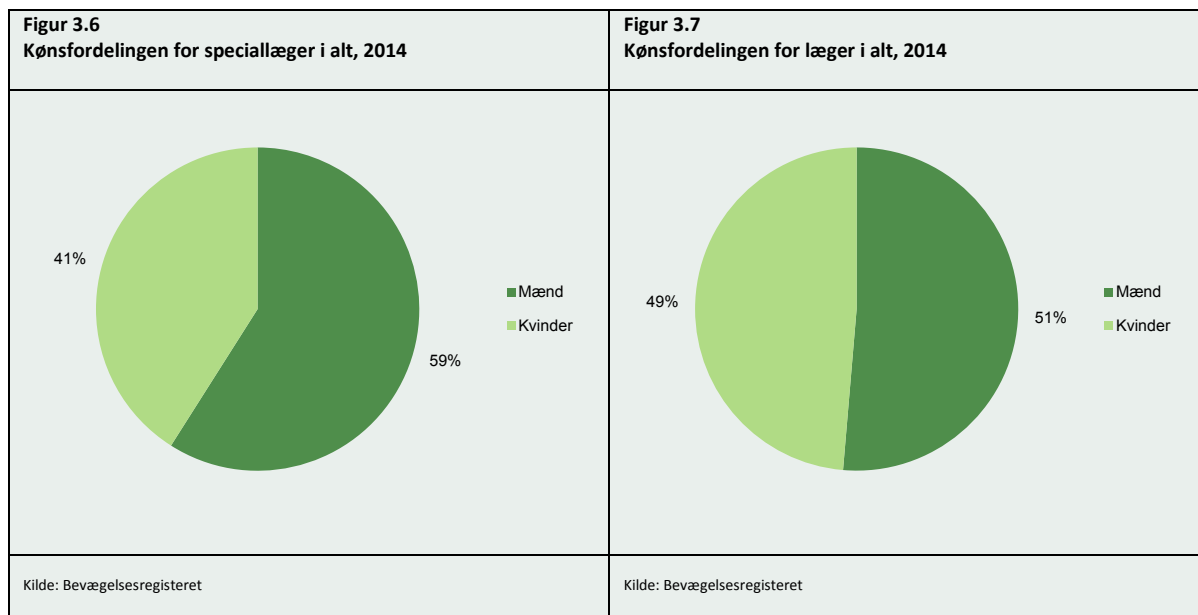
Figur 3.5
Læger pr. 1.000 indbyggere fordelt på regioner for udvalgte lande, 2013



Anm.: Tallene omfatter læger i alt. Der er variation mellem lande for så vidt angår opgørelsesåret. For de fleste lande er tallene fra 2012 eller 2013. Tallene for Danmark er dog fra 2009. Forskellig organisering af sundhedsopgaver og arbejdsdeling mellem sundhedsfaglige kan påvirke sammenligneligheden af tallene mellem lande.
Kilde: OECD Health Statistics 2015

3.2 Lægernes køns- og aldersfordeling

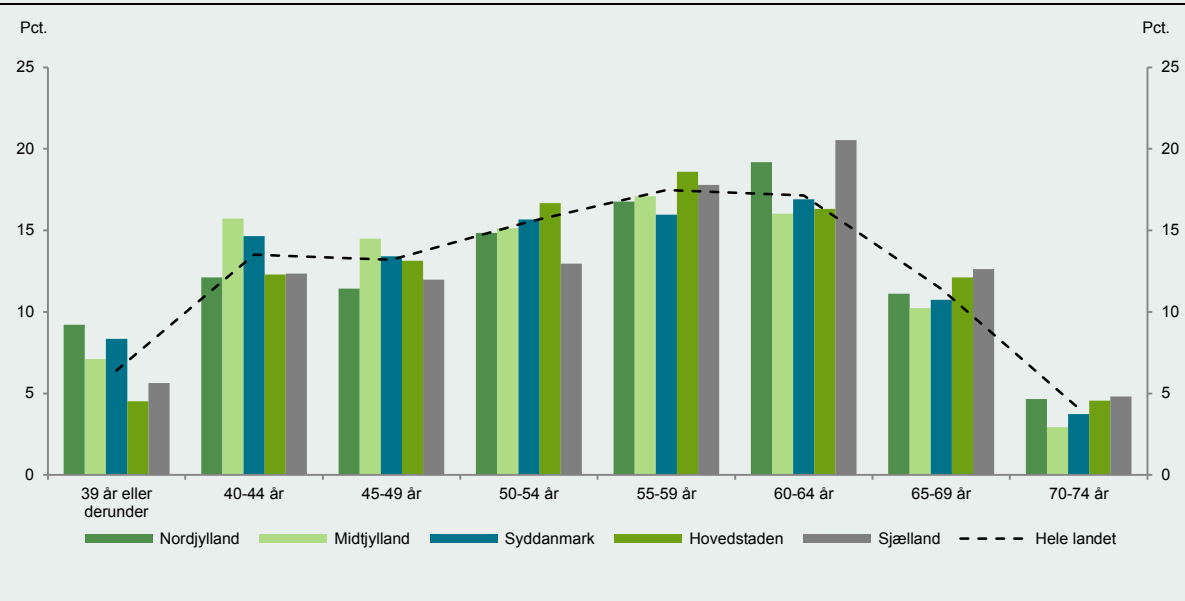
Der er en overvægt af mænd blandt speciallægerne. Det er således ca. 6 ud af 10 speciallæger, som er mænd, jf. figur 3.6. Ses der på lægerne samlet set, er fordelingen mere lige, jf. figur 3.7. Dvs. der er flere kvinder blandt de yngre læger, som endnu ikke har gennemført en speciallægeuddannelse.



Det tager tid at uddanne sig til speciallæge, og uddannelsesvarigheden fra påbegyndt universitetsuddannelse til speciallægeanerkendelse kan strække sig over 15 år eller mere. Speciallægerne er derfor typisk færdiguddannede i en relativt sen alder. Det er blandt andet med til at forklare, at kun en lille andel af speciallægerne eller godt 5 pct. er 39 år eller derunder, jf. figur 3.8.

En tredjedel af arbejdsstyrken af speciallæger er mere end 60 år. Det gælder for arbejdsstyrken i de fleste af regionerne, med undtagelse af Region Sjælland, hvor det er knap 40 pct. af speciallægerne, som er 60 år eller derover.

Figur 3.8
Aldersfordelingen for speciallæger i de enkelte regioner, 2014

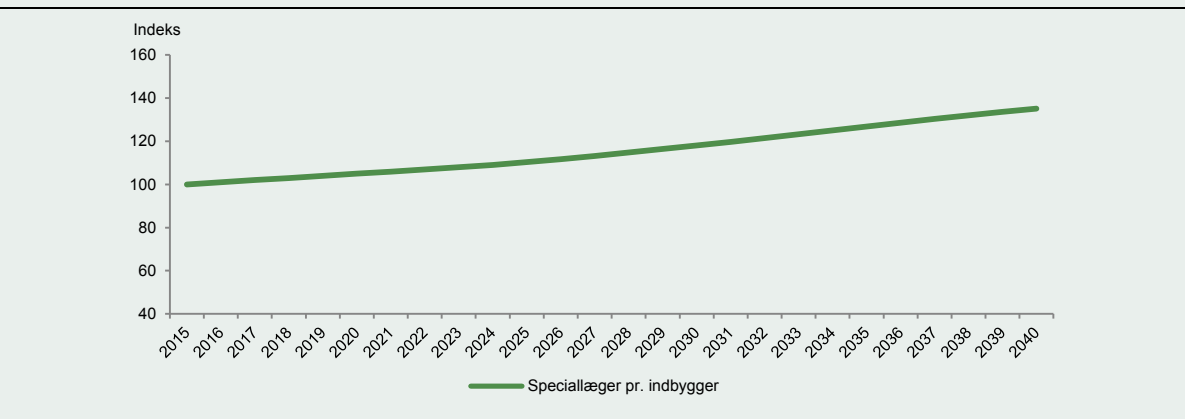


Kilde: Bevægelsesregisteret

3.3 Det fremtidige udbud af speciallæger i Danmark

Der forventes et stigende antal speciallæger i de kommende år, jf. figur 3.8. Frem mod 2040 ventes antallet af speciallæger pr. 1.000 indbyggere at stige med 35 pct., jf. figur 3.9. Hvor antal beskæftigede speciallæger i dag udgør godt 2½ læger pr. 1.000 indbyggere, ventes antallet af speciallæger at udgøre 3½ læger pr. 1.000 indbyggere i 2040. Der er tale om en prognose, som er forbundet med usikkerhed.

Figur 3.9
Udvikling i antal speciallæger pr. indbygger, indeks 2015=100



Kilde: Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2015-2040

Inden for samtlige specialeområder forventes en stigning i antallet af speciallæger frem mod 2040, som overstiger befolkningsudviklingen, jf. tabel 3.3. Den største stigning ses inden for øvrige specialer, som blandt andet dækker over klinisk onkologi, neurologi og

pædiatri samt specialerne intern medicin og psykiatri, hvor antallet af speciallæger pr. indbygger ventes at stige med hhv. 50-60 pct.

Tabel 3.3
Forventet udvikling 2015-40 i antal speciallæger pr. indbygger (indeks, 2015=100)

Indeks 2015=100	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Almen medicin	100	99,2	101,2	108,0	116,5	124,2
Intern medicin	100	112,4	123,5	134,2	144,1	154,1
Kirurgi	100	103,5	105,8	108,8	113,4	117,7
Psykiatri	100	103,0	109,1	120,9	134,8	148,0
Tværgående specialer	100	108,3	115,0	121,9	130,1	138,8
Øvrige	100	112,5	125,4	140,5	154,7	166,9

Kilde: Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2015-2040, Danmarks Statistik og egne beregninger

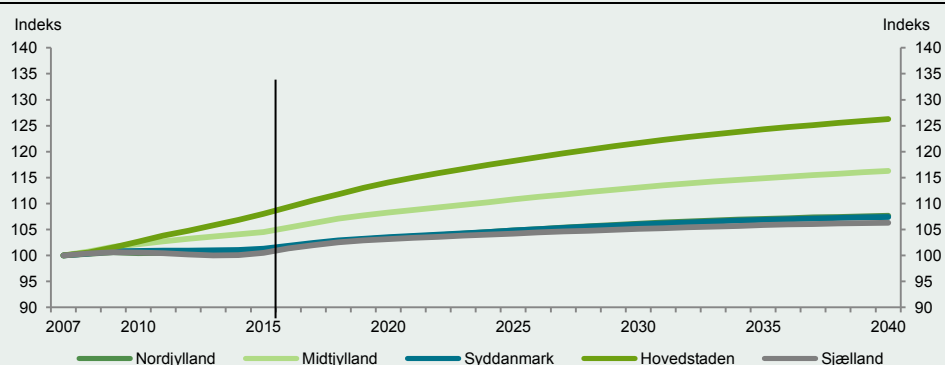
Den fremtidige geografiske fordeling af speciallæger pr. indbygger afhænger både af den fremtidige udvikling i speciallæger i de enkelte regioner og den fremtidige befolkningsudvikling.

De senere år har der været en tendens til, at befolkningen flytter mod de større byer. Siden 2007 har befolkningstilvæksten været størst i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, jf. figur 3.10. I disse regioner har befolkningsandelen derfor været stigende, mens befolkningsandelen har været aftagende i de øvrige regioner.

De officielle befolkningsprognoser peger på, at denne befolkningsudvikling vil fortsætte, jf. figur 3.10. Region Hovedstaden og Region Midtjylland forventes en befolkningstilvækst på hhv. 15 pct. og 10 pct., mens befolkningstilvæksten skønnes til omkring 5 pct. i de øvrige regioner.

Befolkningen ventes således at stige i alle regioner fremover, men med de største stigninger i Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Sådanne prognoser er naturligvis forbundet med stor usikkerhed.

Figur 3.10
Befolkningsudviklingen for delt på regioner, 2007-40 (indeks, 2007=100)



Anm.: Udviklingen i Region Nordjylland følger tilnærmelsesvist udviklingen i Syddanmark og Sjælland, hvorfor kurven for Nordjylland kun er begrænset synlig.
Kilde: Danmarks Statistik

I alle regioner har der i perioden 2008-2014 været en vækst i antallet af beskæftigede speciallæger, som overstiger befolkningstilvæksten, jf. tabel 3.4.

Denne udvikling har også ført til en mere ligelig fordeling af antallet af beskæftigede speciallæger opgjort i forhold til regionens indbyggertal, da den regionale udvikling i antal specialelæger ikke har fulgt samme mønster som den overordnede befolkningsudvikling.

I perioden 2008-14 er antallet af speciallæger fx steget relativt mest i Region Midtjylland og Region Syddanmark, mens væksten i de øvrige regioner har været relativt ens. I samme periode er befolkningstallet steget mest i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens befolkningstallet har været nogenlunde uændret i de øvrige regioner.

Tabel 3.4			
Vækst i befolkningen og antal speciallæger i regionerne, 2008-14			
Pct.	Befolkningvækst	Vækst i speciallæger	Vækst i speciallæger pr. indbygger
Nordjylland	0,4	9,5	9,1
Midtjylland	3,3	13,5	9,9
Syddanmark	0,7	14,5	13,7
Hovedstaden	6,3	10,9	4,3
Sjælland	-0,3	10,4	10,7
Hele landet	2,8	12,0	8,9

Kilde: Danmarks Statistik, bevægelsesregisteret og egne beregninger.

De senere års udvikling ændrer dog ikke på, at der fortsat eksisterer tydelige regionale forskelle i antallet af speciallæger pr. 1.000 indbyggere, men det understreger, at den fremtidige geografiske fordeling af antal speciallæger skal ses i sammenhæng med den forventede befolkningsudvikling og i øvrigt også befolkningens sammensætning, sygdomsmønstre, socioøkonomiske forhold m.v.

Af tabel 3.5 fremgår en indeksering af antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere, sådan at det landsgennemsnitlige niveau svarer til 100. Heraf ses det, at Region Hovedstaden i 2014 har 19 pct. flere læger pr. indbyggere end landsgennemsnittet, mens Region Sjælland har 16 pct. færre læger pr. indbygger end landsgennemsnittet.

Frem mod 2020 vil den forventede befolkningsudvikling – hvis den nuværende geografiske fordeling af speciallæger fastholdes – mindske forskellen mellem regionen med flest speciallæger pr. indbygger og regionen med færrest. En stor del af reduktionen i forskellene mellem regionerne – som den skønnede befolkningsudvikling bibringer - kan forventes at ske i årene frem mod 2020. Der eksisterer dog fortsat forskelle i den geografiske fordeling af speciallæger.

Tabel 3.5

Antal speciallæger pr. indbygger fordelt på regioner ved en uændret regional fordeling af antal speciallæger

Hele landet = 100	2014	2020	2025	2030	2040
Nordjylland	84	86	86	87	88
Midtjylland	94	95	95	94	94
Syddanmark	96	98	99	100	101
Hovedstaden	119	117	115	114	112
Sjælland	84	85	86	87	88
Hele landet	100	100	100	100	100
Minimum	84	85	86	87	88
Maksimum	119	117	115	114	112
Forskel (pct.point)	35	32	29	27	25

Kilde: Danmarks Statistik, bevægelsesregisteret og egne beregninger.

3.4 Flytninger og geografisk mobilitet

Arbejdsstyrkens mobilitet og bevægelighed spiller en vigtig rolle i lægedækningen og den geografiske fordeling af læger. En mobil arbejdsstyrke og strukturer, der understøtter dette (incitament, rekrutteringspolitik m.m.) er vigtige forudsætninger for et velfungerende arbejdsmarked, hvor arbejdsudbuddet løbende tilpasser sig efterspørgslen efter arbejdskraft. Det gælder for arbejdsstyrken generelt som for den lægelige arbejdsstyrke.

Barrierer, som begrænser mobiliteten i den lægelige arbejdsstyrke, kan hæmme tilpasninger i det regionale arbejdsudbud og bidrage til en uhensigtsmæssig geografisk fordeling af lægerne.

I afsnittet belyses den geografiske mobilitet blandt læger. Der ses først på lægernes bopælsmobilitet, som angiver, i hvilket omfang læger i arbejdsstyrken flytter bopæl – eksempelvis af hensyn til at arbejde i et andet geografisk område. Derudover belyses lægernes arbejdsstedsmobilitet, som angiver lægernes tilbøjelighed til at rejse over større afstande for at arbejde fx mellem regioner – uden nødvendigvis at flytte bopæl.

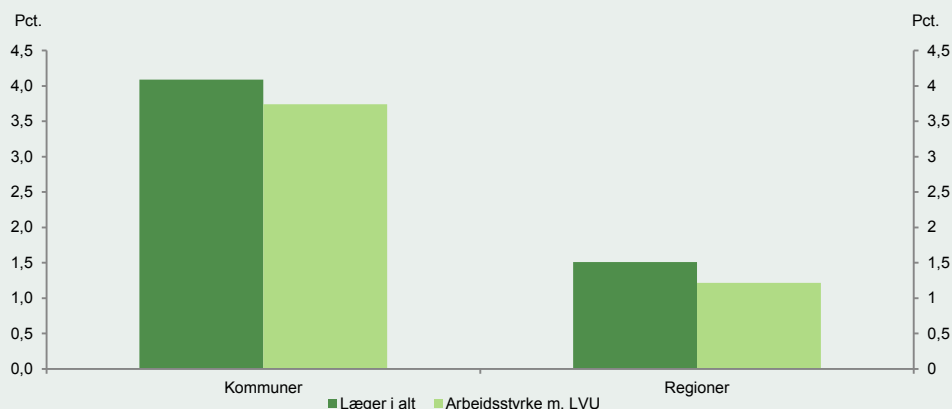
Lægernes geografiske mobilitet sammenlignes med den øvrige arbejdsstyrke med en lang videregående uddannelse. Desuden opdeles lægernes mobilitet på alder, speciale og ansættelsessektor.

Læger har lidt højere bopælsmobilitet end øvrig arbejdsstyrke

I perioden 2007-13 flyttede 1,5 pct. af lægerne i gennemsnit om året bopæl fra en region til en anden. Det er en lidt højere flyttefrekvens sammenlignet med den øvrige arbejdsstyrke med lang videregående uddannelse, hvor den gennemsnitlige andel, som flyttede bopæl til en anden region eller kommune, var 1,2 pct. jf. figur 3.11.

Figur 3.11

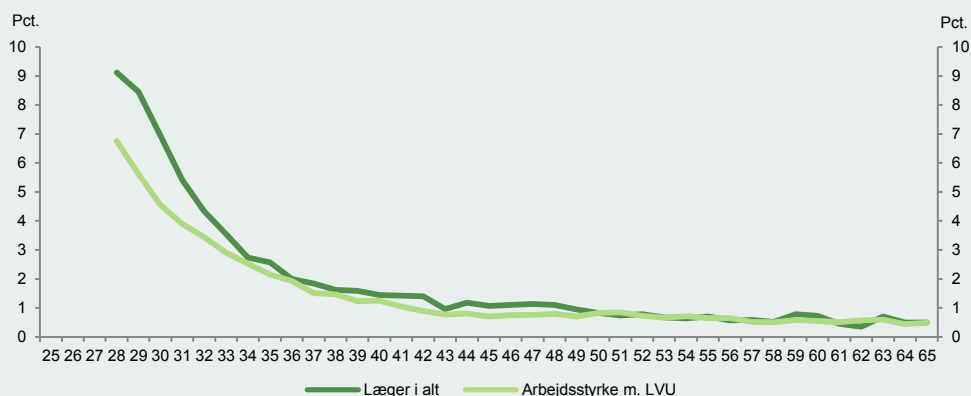
Andel personer 30-65 år i lægelig arbejdsstyrke og arbejdsstyrken med en lang videregående uddannelse (LVU) som flytter mellem kommuner og regioner



Anm.: Tallene er et gennemsnit for perioden 2007-13. Data for arbejdsstyrke med lang videregående uddannelse er aldersstandardiseret svarende til aldersfordelingen blandt læger for at kontrollere for forskelle i alderssammensætning mellem de to populationer.
Kilde: Bevægelsesregisteret og egne beregninger.

Unge er som regel mere fleksible og mobile end lidt ældre, og det gælder også for den lægelige arbejdsstyrke, jf. figur 3.12. Flyttefrekvensen er højest for de yngre læger. Ca. 7 pct. af lægerne på 30 år flytter bopæl mellem regioner, mens den tilsvarende andel er knap 5 pct. for den samlede arbejdsstyrke med en lang videregående uddannelse. Det kan hænge sammen med, at de yngre læger i højere grad er nødt til at være mobile efter endt uddannelse for at gennemføre KBU eller få den ønskede hoveduddannelse. Hoveduddannelse kan endvidere indebære skift mellem forskellige sygehuse rundt i landet.

Flyttefrekvensen er aftagende frem til omkring 50 årsalderen. Herefter stabiliserer den sig på et niveau, hvor knap 1 pct. flytter bopæl mellem regioner. Den højere mobilitet blandt den lægelige arbejdsstyrke – i forhold til den øvrige arbejdsstyrke – gør sig hovedsageligt gældende for de yngre læger, men der ses en lidt højere mobilitet frem til 50 årsalderen.

Figur 3.12**Andel personer i lægelig arbejdsstyrke og arbejdsstyrken med en lang videregående uddannelse (LVU) som flytter mellem regioner fordelt på alder**

Anm.: Figuren viser andelen af læger i given alder ud af den samlede aldersspecifikke population, som flytter mellem regioner i perioden 2007-13.
Kilde: Bevægelsesregisteret og egne beregninger.

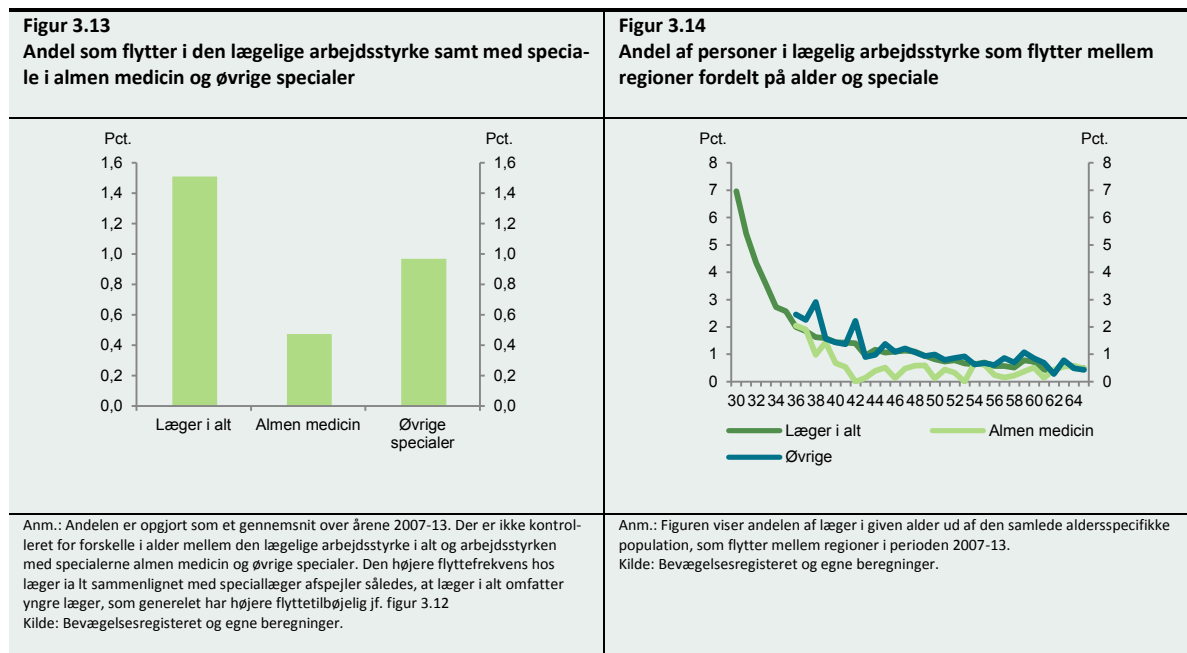
Lavere bopælsmobilitet blandt alment praktiserende læger

Speciallægerne har generelt lavere bopælsmobilitet end den samlede lægelige arbejdsstyrke, da speciallægerne består af en aldersmæssig ældre gruppe af personer, jf. figur 3.13. Men den geografiske mobilitet og antallet af flytninger varierer også i forhold til lægernes specialeuddannelse. Speciallæger med speciale i almen medicin er mindre mobile end speciallæger med øvrige specialer. Blandt speciallæger med speciale i almen medicin flytter ½ pct. af lægerne typisk mellem regioner, mens det for øvrige speciallæger var én pct., jf. figur 3.13.¹

I slutningen af 30 årsalderen er flyttetilbøjeligheden blandt lægerne nogenlunde ens uanset lægens speciale, jf. figur 3.14. Men fra omkring 40 årsalderen ses et brud på denne tendens. Flyttefrekvensen for læger med speciale i almen medicin falder til et vedvarende lavere niveau i forhold til de øvrige læger.² Denne tendens fortsætter frem til lægerne er omkring de 60 år.

¹ Den observerede forskel er statistisk signifikant og gør sig også gældende, når der kontrolleres for andre forhold, som har indflydelse på flyttetilbøjeligheden fx alder, køn mv.

² Samme mønster ses for den geografiske jobmobilitet, som måler lægernes tilbøjelighed til at flytte ansættelse mellem regionerne.



Den lavere mobilitet blandt læger med speciale i almen medicin efter 40-årsalderen er givetvis et udtryk for, at lægerne hovedsageligt finder beskæftigelse som alment praktiserende læge, som ofte forudsætter køb af en praksis med en geografisk fast placering, mens læger med andre specialer typisk er ansat i sygehusvæsenet og ofte har ansættelser på flere sygehuse i løbet af karrieren.

Køb og opstart (eller overtagelse) af en praksis kan være forbundet med en række omkostninger og risici. Det forhold, at en praksis har en fast geografisk placering, forudsætter samtidig, at lægerne er forholdsvis sikre i deres beskæftigelsesvalg.

Den valgte organiseringsform kan medvirke til at understøtte kontinuitet i lægens kontakt med og behandling af borgerne, hvilket kan rumme en række fordele for patienterne og sundhedsvæsenet. Omvendt kan organisationsformen medvirke til at lægernes fleksibilitet på arbejdsmarkedet begrænses, og dermed potentielt villigheden til at nedsætte sig som alment praktiserende læge. Der kan således være tale om en afvejning mellem kontinuitet og fleksibilitet. Og det indikerer, at hvis man vil øge praktiserende lægers mobilitet, vil det kræve organisatoriske og strukturelle ændringer, og det vil forventeligt have betydning for kontinuiteten.

Sammenlignet med almen praksis er ansættelse på eksempelvis et sygehus i den henseende en mere fleksibel beskæftigelsesform, idet det ikke forudsætter en investeringsudgift, og det i øvrigt er forbundet med færre omkostninger at foretage et skift i beskæftigelse.

Boks 3.2

Opgørelse af bopælsmobilitet samt afgrænsning af population

Data og population

Antal flytninger for den lægelige arbejdsstyrke er opgjort ud fra bevægelsesregisteret, som indeholder oplysninger om lægers bopæl, specialeuddannelse og beskæftigelse, herunder beskæftigelsesregion for den fulde population af læger. Den lægelige arbejdsstyrke er afgrænset ud fra RAS-statistikens definition af arbejdsmarkedsstatus, og arbejdsstyrken er afgrænset til læger i beskæftigelse, ledighed eller orlov. Den lægelige arbejdsstyrke omfatter alle læger uanset branche og ansættelsessektor.

Antal flytninger for den samlede arbejdsstyrke er opgjort ud fra datagrundlaget til lovmodellen og en 3,3 pct. stikprøve af befolkningen. Den samlede arbejdsstyrke er ligesom for lægerne afgrænset til personer i arbejdsstyrken ud fra RAS-statistikens definition af arbejdsmarkedsstatus, og som har afsluttet en lang videregående uddannelse. Det gøres af hensyn til at sammenligne den lægelige population med en forholdsvis sammenlignelig gruppe af personer.

Definition af en flytning

En flytning opgøres ud fra de årlige registeroplysninger om personernes bopælskommune. En ændring i bopælskommune fra primo året til ultimo året registreres som en flytning. Med denne definition opgøres alene flytninger, som sker over kommunegrænser og regionsgrænser, og flytninger inden for en kommune indgår ikke i opgørelsen. Derudover vil flere flytninger pr. person inden for året eller midlertidige flytninger, hvor en person flytter bopælskommune under et år, ikke medtages i opgørelsen. Definitionen kan dermed siges at afgrænse sig til flytninger, som sker over længere afstande, og som er af en mere permanent karakter.

Grundlaget for opgørelsen af flytninger med årlige registeroplysninger betyder, at personernes flyttestatus kan opdeles i to kategorier:

1. Flyttestatus er kendt: Personer og deres bopælskommune kan observeres i registreres både år t og $t-1$, og flyttestatus kan opgøres.
2. Flyttestatus er *ikke* kendt: Personer kan kun observeres i registeret i år t og ikke i år $t-1$, og flyttestatus kan derfor ikke opgøres. I bevægelsesregisteret skyldes det, at læger kun kan observeres fra det år, hvor de har opnået autorisation. Derudover kan ukendt flyttestatus skyldes manglende observationer for bopælsstatus i registeret.

Flyttefrekvensen – eller andelen af personer som flytter – er beregnet ud fra de personer, hvor flyttestatus er kendt og kan opgøres. Det kan betyde, at flyttefrekvensen over- eller undervurderes, såfremt personerne, hvor flyttestatus ikke kan opgøres, har en anderledes høj eller lav flyttefrekvens end personerne, hvor flyttestatus er kendt.

Den geografiske arbejdsstedsmobilitet

Arbejdsstyrkens mobilitet og fleksibilitet handler ikke kun om arbejdsstyrkens tilbøjelighed til at flytte bopæl fx for at arbejde, men også arbejdsstyrkens villighed til at skifte job mellem regioner og til at rejse over større afstande for at arbejde – uden nødvendigvis at flytte bopæl.

Af tabel 3.6 fremgår en opgørelse af de beskæftigede læger fordelt på arbejdsregion og bopælsregion. Det ses, at lægerne ansat i Region Nordjylland og Region Sjælland ofte er bosat i naboregionen, og derfor må pendle over regionsgrænsen for at arbejde. I Region Sjælland er godt 40 pct. af lægerne bosat i Region Hovedstaden. Og i Region Nordjylland er 15 pct. af lægerne er bosat i Region Midtjylland.

Tabel 3.6						
Andel beskæftigede læger fordelt på bopælsregion og arbejdsregion, 2013						
Pct.		Arbejdsregion				
		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Bopælsregion	Nordjylland	82,1	2,2	0,0	0,1	0,2
	Midtjylland	15,5	94,0	5,7	0,5	0,5
	Syddanmark	0,0	2,7	90,1	0,7	1,6
	Hovedstaden	2,5	0,9	3,4	94,3	44,4
	Sjælland	0,0	0,2	0,8	4,4	53,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kilde: Bevægelsesregisteret.						

Denne fleksibilitet og rejseadfærd kan hovedsagelig henføres til de hospitalsansatte læger, jf. tabel 3.7. Knap 60 pct. af de hospitalsansatte i Region Sjælland og 20 pct. af de hospitalsansatte i Region Nordjylland bor i naboregionen (hvv. Region Hovedstaden og Region Midtjylland) og rejser over regionsgrænsen for at arbejde.

Tabel 3.7						
Beskæftigede hospitalslæger fordelt på bopælsregion og arbejdsregion, 2013						
Pct.		Arbejdsregion				
		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Bopælsregion	Nordjylland	77,0	3,0	0,0	0,0	0,0
	Midtjylland	20,2	93,1	7,8	0,3	0,0
	Syddanmark	0,0	2,9	87,0	0,5	1,8
	Hovedstaden	2,8	0,9	4,1	94,4	59,1
	Sjælland	0,0	0,2	1,1	4,8	39,1
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kilde: Bevægelsesregisteret						

Der ses således ikke samme grad af bevægelighed mellem arbejde og bopæl blandt de alment praktiserende læger, jf. tabel 3.8. Det er fx kun 4 pct. af de alment praktiserende læger, som er beskæftiget i Region Nordjylland, som bor i Region Midtjylland. Det kan være en indikation på, at alment praktiserende læger rejser over mindre afstande for at arbejde.³

³ Hospitalsansatte læger er i gennemsnit yngre end de alment praktiserende læger, da gruppen i højere grad omfatter yngre læger, som ikke har opnået specialeanerkendelse. Der ses dog fortsat en signifikant forskel i placering af arbejdsregion og bopælsregion, når de hospitalsansatte speciallæger sammenlignes med alment praktiserende læger.

Tabel 3.8 Beskæftigede alment praktiserende læger fordelt på bopælsregion og arbejdsregion, 2013						
Pct.		Arbejdsregion				
		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
	Nordjylland	94,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Midtjylland	3,9	98,3	1,5	0,0	0,0
Bopælsregion	Syddanmark	0,0	1,7	98,0	0,0	0,8
	Hovedstaden	1,6	0,0	0,5	96,7	13,7
	Sjælland	0,0	0,0	0,0	3,3	85,5
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kilde: Bevægelsesregisteret

Årsager til mobilitet og bosætning

Den lægelige arbejdsstyrkes mobilitet har sammenhæng til flere forhold blandt andet alder og typen af specialeuddannelse.

Det er vanskeligt at sige noget om de præcise årsager til de observerede forskelle og sammenhænge i mobilitet. Den højere mobilitet blandt yngre læger sammenlignet med den øvrige arbejdsstyrke kan hænge sammen med, at det lægelige arbejdsmarked med hospitaler og lægehuse spredt rundt i landet forudsætter større skift i geografisk bosættelse for at gennemføre KBU og specialeuddannelse.

Der er en overordnet set sammenhæng mellem lægers uddannelsessted og senere ansættelse.⁴ Det er imidlertid vanskeligt at konkludere på den præcise årsagssammenhæng. Det kan være et udtryk for, at de studerende etablerer sociale og professionelle relationer under uddannelsen, hvorfor uddannelsens geografiske placering spiller en vigtig rolle for senere beslutning om bosættelse og arbejde. Det kan imidlertid også være et resultat af, at de studerende typisk tager en uddannelse i samme region, som de er født, og hvor familie og venner og andre relationer i forvejen befinder sig. Dvs. at det er den sociale og familiære tilknytning, som er bestemmende for både uddannelsens og arbejdets geografiske placering. Det har ikke været muligt at foretage en undersøgelse og kontrollere for dette forhold inden for udvalgets tidshorisont.

Der foreligger ikke danske undersøgelser af årsagerne til lægernes flyttemønstre, herunder faktorer – og barrierer – der har indflydelse på arbejdsstyrkens mobilitet. Men der foreligger en række danske undersøgelser af befolkningens og arbejdsstyrkens mobilitet mere generelt.

⁴ Se *Lægeprognose 2015-2040 – Udbuddet af læger og speciallæger, Sundhedsstyrelsen (2016)*.

Disse studier finder blandt andet, at familiære og sociale relationer spiller en vigtig rolle for mobilitet og beslutninger om at flytte. Deding og Filges (2004, 2010)⁵ finder eksempelvis, at selvom flytninger ofte er forbundet med skift af arbejde, så er den bestemmende årsag til at flytte oftere den sociale og familiemæssige relation, mere end den jobmæssige. Undersøgelserne finder dog også, at jobskifte øger tilbøjeligheden til at flytte, og at villigheden til at flytte efter et arbejde ikke er uvæsentlig, men det er ikke den primære årsag for hovedparten af flytningerne.

Boks 3.3

Medlemsundersøgelse fra Yngre Læger

I en medlemsundersøgelse foretaget af Yngre Læger i marts 2016 har 3.300 yngre læger (svarende til en svarprocent på 28 pct.) svaret på spørgsmål vedr. det lægelige arbejdsmarked for yngre læger.

I undersøgelsen vurderede respondenterne, hvilke initiativer fra arbejdsgiverne der havde betydning for deres lyst til fortsat ansættelse. Nedenfor er oplyst en række initiativer med angivelse af den procentvise andel af respondenterne, der svarede "i stort omfang" eller i "meget stort omfang" på spørgsmålet, om initiativet har betydning for fortsat ansættelse:

- Fleksibel arbejdstid, fx 4 dages komprimeret arbejdsuge (58 pct.)
- Deltidsansættelse (47 pct.)
- Periodelis vagtfritagelse (50 pct.)
- Forskningsaktivitet i arbejdstiden (60 pct.)
- Kombinationsstillinger fx i forbindelse med ph.d. forløb eller andet (48 pct.)
- Frivillig rotation, med mulighed for ansættelse andre steder i regionen (29 pct.)
- Langsigtet karriereplanlægning fx dialog om efterfølgende fastansættelse (69 pct.)
- Lønforbedringer (59 pct.)

Undersøgelsen viste desuden, at følgende initiativer var mindre vigtige i forhold til fastholdelse og rekruttering. Nedenfor er oplyst initiativer med angivelse af den procentvise andel af respondenterne, der svarede, at initiativet "slet ikke" eller "i mindre omfang" har betydning for deres lyst til fortsat ansættelse:

- Bistand i forbindelse med job til partner/ægtefælle (57 pct.)
- Bistand i forbindelse med institutionsplads til børn (55 pct.)
- Bistand til at skaffe den bolig, du og din familie har behov for (54 pct.)

Undersøgelsen belyste også, at der er regionale forskelle på, hvorvidt arbejdsgiverne gør brug af de forskellige initiativer i forhold til at fastholde og rekruttere medarbejdere.

Kilde: Yngre Lægers medlemsundersøgelse af det lægelige arbejdsmarked, 2016

⁵ Deding, M. og T. Filges. 2004. "Derfor flytter vi – geografisk mobilitet i den danske arbejdsstyrke," *Socialforskningsinstituttet* 04:19.

Deding, M. og T. Filges. 2010. "Geographical mobility of danish dual-earner couples – The relationship between change of job and change of residence," *Journal of Regional Science*, Vol. 50, No. 2, s.615-634.

Kapitel 4: Fordelingen af alment praktiserende læger

Indledning og sammenfatning

Som gatekeeper, tovholder, behandler og henviser til det specialiserede sundhedsvæsen har almen praksis en central rolle i at løfte en række nuværende og fremtidige opgaver, ikke mindst indsatsen over for ældre og kronisk syge patienter. Det er derfor vigtigt at sikre en passende lægedækning overalt i landet, herunder i yderområder og i socialt belastede områder, så sektoren kan levere en effektiv indsats og høj behandlingskvalitet – uanset patienternes bopæl.

Behovet for almen praksis afhænger af flere faktorer. Hensigtsmæssig lægedækning handler derfor ikke kun om antallet af læger i de enkelte geografiske områder, men også om den lokale befolkningstilvækst og sammensætning – herunder demografiske, sygdomsmæssige og socioøkonomiske forhold – og udviklingen i sundhedsvæsenets organisation og arbejdsdeling.

En effektiv anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet, herunder lægekapaciteten i almen praksis, forudsætter en passende geografisk fordeling af praksisser, der afspejler befolkningens bosætning, et fornuftigt forbrug af almen praksis ydelser og en hensigtsmæssig organisering med effektiv arbejdstilrettelæggelse i den enkelte praksis.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er følgende:

- *Alle sikrede borgere har adgang til almen lægehjælp og er tilknyttet en lægepraksis eller en regions- eller udbudsklinik.*
- *Lægedækningsproblemerne i almen praksis har karakter af forskellige lokale udfordringer snarere end et generelt, landsdækkende problem. Udfordringerne er ikke entydigt by- eller udkantsspecifikke.*
- *Der er steder i landet udfordringer ift. kapacitet, herunder ubesatte lægepraksis og dermed vanskeligheder i forhold til at sikre borgerne frit valg af læge, inden for rammerne af den nuværende overenskomst..*
- *Der ses dog også stor spredning inden for lokale geografiske områder. I flere kommuner er der fx stor spredning i antal patienter pr. læge, og i mange kommuner har en stor andel af lægerne flere end 1.800 patienter tilmeldt. Det kan være*

en indikation af, at der er udfordringer i forhold til at sikre en mere ligelig fordeling inden for kommunen og det lokale område.

- *Aldersfordelingen blandt de alment praktiserende læger peger på, at der de kommende år kan forventes en større udskiftning blandt de beskæftigede læger. I omkring 40 kommuner er 10 pct. af lægerne 65 år eller over.*
- *Der er variation på tværs af landet ift. organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis, herunder praksisstørrelse, brug af praksispersonale m.m.*
- *Der er variationer i lægedækningen og brugen af almen praksis på tværs af regioner, men også inden for den enkelte region.*

I tabel 4.1. er de forskellige aspekter af lægedækningen, der er gennemgået i dette kapitel, opsummeret for hver af de fem regioner, og i afsnit 4.5 er de enkelte indikatorer foldet ud på kommune- og regionsniveau. Metodebeskrivelsen fremgår også af afsnit 4.5.

Tabel 4.1
Karakteristika for almen praksis fordelt på regioner, 2015

	Kapacitet			Organisering		Brugen af almen praksis	Befolkningens karakteristika***			
	Tilmeldte pr. læge*	Lukket for tilgang* pct.	Lægens alder* år	Fuldtidslæger pr. praksis*	Klinikpersonale pr. speciallæge**		Ydelseshonorar** kr.	Ældre 80+ år pct.	Sygelighed pct.	Førtidspension pct.
Region Hovedstaden	1.660	44	53	1,5	0,7	910	4	7	4	43
Region Midtjylland	1.560	40	53	2,1	0,9	1.020	4	7	7	37
Region Nordjylland	1.720	77	55	1,9	1,2	1.000	5	7	7	38
Region Sjælland	1.640	51	53	2,6	1,0	960	4	8	8	37
Region Syddanmark	1.530	34	52	2,1	0,9	1.050	5	8	8	37
Hele landet	1.610	45	53	1,8	0,9	980	4	7	6	39

Anm.: **Kapacitet:** Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge (afrundet til nærmeste tiendedele), andel praksis lukket for tilgang af patienter og lægens gennemsnitlige alder. **Organisering:** Antal fuldtidslæger pr. praksis og klinikpersonale pr. speciallæge. **Brugen af almen praksis:** Køns- og alders-standardiseret bruttohonorar pr. indbygger (afrundet til nærmeste tiendedele). **Befolkningens karakteristika:** Andel indbyggere over 80 år, andel indbyggere med en vis sygelighed (Charlson komorbiditetsindeks på 2 eller derover), andel førtidspensionister og andel enlige på 65 år eller derover. Klinikpersonale pr. speciallæge er opgjort som den ikke-lægelige beskæftigelse pr. speciallæge (almen medicin) i branchen almen praksis pba. Bevægelsesregisteret. Antal læger hhv. speciallæger opgjort pba. Yderregisteret og Bevægelsesregisteret måler antal hoveder uanset arbejdstid. Afgrænsningen af læger og branche er endvidere forskellig mellem Yderregisteret og Bevægelsesregisteret jf. boks 3.1 og 4.1.

Kilder:
 * Yderregisteret og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.
 **Egne beregninger pba. Bevægelsesregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret.
 ***CPR-registeret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (marts 2016), Landspatientregisteret, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

- *I Region Hovedstaden er de enkelte praksis forholdsvis små, og brugen af klinikpersonale er relativt begrænset sammenlignet med de øvrige regioner. Lægerne har relativt flere patienter end andre steder i landet, men patienterne er forholdsvis unge og har færre sygdomsmæssige og socioøkonomiske udfordringer sammenlignet med andre dele af landet.*
- *I Region Midtjylland er der generelt en god lægedækning i almen praksis sammenlignet med de øvrige regioner. Indbyggerne kontakter dog lægen lidt hyppigere end deres køns- og alderssammensætning umiddelbart tilsiger.*

- *Region Nordjylland har landets laveste lægedækning. De enkelte læger har derfor relativt mange patienter tilmeldt, og en relativt stor del af praksis har lukket for tilgang af nye patienter.⁶*
- *I Region Sjælland er der også visse udfordringer ift. kapacitet. Regionen har i gennemsnit flere end 1.600 patienter pr. fuldtidslæge. Derudover har regionen relativt flere syge, ældre og personer på førtidspension sammenlignet med de øvrige regioner.*
- *I Region Syddanmark er der relativt få patienter pr. fuldtidslæge sammenlignet med landsgennemsnittet. Befolkningen bruger almen praksis noget mere, end deres køns- og alderssammensætning tilsiger.*

4.1 Udvikling og karakteristika af alment praktiserende læger

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet, hvor alle almindelige sygdomme og tilstande hos befolkningen varetages. Almen praksis har som den primære indgang en bred berøringsflade med befolkningen. Omkring 85 pct. af danskerne er årligt i kontakt med almen praksis, og danskerne har i gennemsnit ca. 7 kontakter årligt (fysisk, telefonisk og via e-mail). Enhver med bopæl i Danmark, som har valgt sikringsgruppe 1, har ret til at tilmelde sig en praktiserende læge eller praksis.

Almen praksis varetager en funktion som *gatekeeper* til det specialiserede sundhedsvæsen. Vederlagsfri behandling for gruppe-1 sikrede personer hos praktiserende speciallæger kræver således - som hovedregel - en lægehenvielse fra almen praksis, ligesom behandling på sygehus kræver henvielse, som oftest er fra patientens egen læge. Det indebærer, at den praktiserende læge afgør, om en patient har et medicinsk defineret behov for et videre forløb i det øvrige sundhedsvæsen.

Lægen skal sikre, at henvielse sker på den rigtige indikation, på det rette tidspunkt til det rette niveau og den rette instans. Som *tovholder* skal almen praksis bidrage til overblik og kontinuitet i patientforløbet defineret ud fra patientens behov.

Den lægelige beskæftigelse i almen praksis

Den lægelige beskæftigelse i almen praksis udgøres først og fremmest af de alment praktiserende læger, som er uddannede speciallæger i almen medicin og ejer et ydernummer (en praksis) og dermed retten til at levere ydelser under den offentlige sygesikring.

Derudover består beskæftigelsen også af læger, både speciallæger og læger uden speciale, som er ansat i de enkelte praksisser og beskæftiger sig med patientbehandling på hel- eller deltid. Det kan være en fuldtidsansat speciallæge med speciale i almen medicin

⁶ Opgørelsen over andel praksisser lukket for tilgang er baseret på Yderregisteret pr. 1. januar 2015. Status for lukkede praksisser kan ændre sig løbende..

eller en læge uden speciale. Det kan også være lægevikarer og uddannelseslæger, som arbejder på deltid eller midlertidigt i sektoren.

Den lægelige beskæftigelse i almen praksis kan derfor opgøres på flere forskellige måder. Der kan overordnet skelnes mellem to opgørelser: Antal fuldtidslægestillinger og antal læger beskæftiget i almen praksis (målt i hoveder).

Antal fuldtidslæger er antal stillinger besat af speciallægelæger i almen medicin, som svarer til et fuldtidsarbejde i praksissen. En fuldtidslæge betegnes også som en *kapacitet*, og det er regionen, der bestemmer, hvor mange kapaciteter en praksis skal have. Der kan være flere fuldtidslæger tilknyttet et ydernummer, og desuden kan flere læger (målt i hoveder) tilsammen dække en fuldtidslægestilling.

Antal læger i alt dækker over alle læger, som er beskæftiget i en almen praksis – uanset speciale og arbejdstid. Dvs. både ejerne af en praksis og de ansatte læger i praksissen. Denne opgørelse siger kun noget om antal læger – målt i hoveder – som er beskæftiget i praksissektoren, og ikke noget om hvorvidt de arbejder fuldtid, deltid eller som vikarer. Opgørelsen tillægger således fuldtid- og deltidsbeskæftigede samme vægt, og opgørelsen skal bruges med forsigtighed i forhold til at vurdere kapaciteten i almen praksis.

Antal fuldtidslæger og beskæftigede læger (målt i hoveder) i almen praksis kan opgøres ud fra Yderregisteret. Yderregisteret indeholder oplysninger om ydere, der udøver virksomhed under den offentlige sygesikring, herunder i almen praksissektoren. Derudover kan beskæftigelsen i almen praksis også beskrives ud fra Bevægelsesregisteret, som er grundlaget for beskrivelsen af den samlede lægelige beskæftigelse (herunder almen praksis) i kapitel 3. De to registre giver anledning til forskellige opgørelser af beskæftigelsen i almen praksis, hvilket bl.a. afspejler forskellige opgørelsesmetoder og afgrænsninger, jf. boks 3.1 og 4.1.

I dette kapitel baserer beskrivelsen af beskæftigelsen i almen praksis sig hovedsageligt på Yderregisteret. Yderregisteret indeholder dog ikke fuldt dækkende oplysninger om andre ikke-lægelige faggrupper i almen praksis fx sygeplejersker, lægesekretærer etc., hvorfor beskrivelsen af disse personalegrupper baserer sig på Bevægelsesregisteret.

Boks 4.1

Opgørelse af antal alment praktiserende læger og læger beskæftiget i almen praksis

Antal læger beskæftiget i almen praksis kan opgøres ud fra to officielle registre: *Yderregisteret* og *Bevægelsesregisteret*.

Yderregisteret

Yderregisteret indeholder oplysninger om ydere, der udøver virksomhed under den offentlige sygesikring, og ud fra registeret kan antal alment praktiserende læger opgøres som antal læger (målt i hoveder) eller fuldtidslæger tilknyttet et ydernummer. Yderregisteret indeholder oplysninger om antal beskæftigede læger i almen praksis og kapaciteter. Registeret indeholder ikke fuldt dækkende oplysninger om alle ansatte i almen praksis, men alene oplysninger om ansatte, som de alment praktiserende læger er forpligtet til at indberette til registret.

Bevægelsesregisteret

Bevægelsesregisteret indeholder oplysninger om bl.a. den lægelige arbejdsstyrke og beskæftigelse opdelt på specialer og brancher. Ud fra registeret kan antal alment praktiserende opgøres som antal læger eller speciallæger – målt i hoveder – beskæftiget i almen praksis. Opgørelsen sker ud fra Danmarks Statistiks branchekodning, hvor alment praktiserende læger har branchekoden kode 86.21. Branchekoden skal vælges i forbindelse med oprettelse af virksomhed, og der sker ikke nogen faglig validering af, om den pågældende virksomhed forestår en aktivitet, som kan klassificeres som almen praksis. Branchen omfatter både alment praktiserende læger med konsultationer etc. i dagtid og vagtlæger. Det er ikke muligt at opdele beskæftigelsen yderligere fx på ydertype og specialer, ligesom i Yderregisteret. Bevægelsesregisteret kan alene opgøre antal læger i hoveder, og det er ikke muligt at omregne til fuldtidsstillinger. Dvs. læger på fuld- eller deltid tæller med samme vægt, og opgørelser af antal læger skal bruges med forsigtighed i forhold til at vurdere på udviklingen i de lægelige kapaciteter.

Kilde: esundhed.dk og Danmarks Statistik

Antal fuldtidslæger og læger beskæftiget i almen praksis

I 2015 var der omkring 3.500 fuldtidslæger fordelt på ca. 1.935 praksis, *jf. tabel 4.2*. Fordelingen af læger pr. 1.000 indbyggere varierer med ca. 12 pct. på tværs af regionerne. Der er generelt flest læger pr. indbygger i Region Syddanmark og færrest i Region Nordjylland.

Tabel 4.2
Antal almen praksis og fuldtidslæger pr. 1. januar 2015

	Praksis	Fuldtidslæger	Antal fuldtidslæger pr. 1.000 indbyggere
Region Hovedstaden	711	1.062	0,60
Region Midtjylland	395	819	0,64
Region Nordjylland	180	337	0,58
Region Sjælland	271	493	0,60
Region Syddanmark	378	786	0,65
I alt	1.935	3.497	0,62

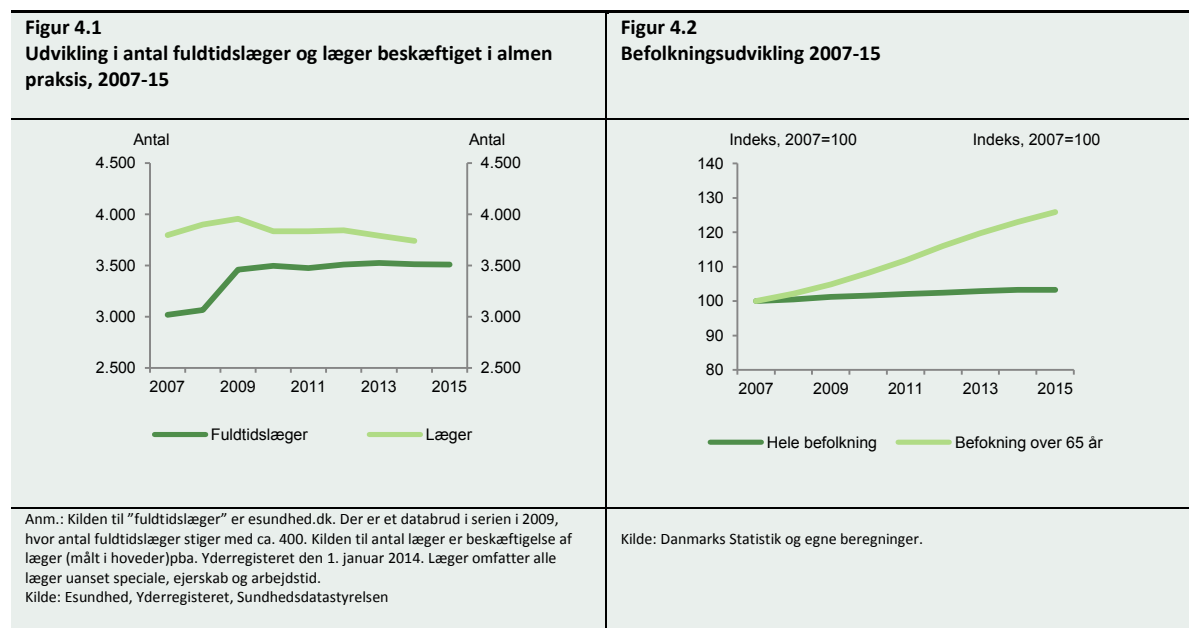
Anm.: Antal praksis og fuldtidslæger er afgrænset til at der til et ydernummer er tilmeldt mere end 200 patienter pr. januar det pågældende år.
Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Antallet af fuldtidslæger er de senere år steget fra ca. 3.450 fuldtidslæger i 2009 til 3.500 fuldtidslæger i 2015, *jf. figur 4.1*.⁷ Det svarer til en stigning på 1½ pct. Udviklingen i antal fuldtidslæger har været en smule lavere end udviklingen i befolkningstallet, som er vokset med ca. 2 pct. samme periode, *jf. figur 4.2*.

⁷ Der er et databrud i opgørelsen af antal kapaciteter i 2009. Derfor beskrives udviklingen fra 2009 og frem.

Beskæftigelsen af læger i almen praksis (ekskl. vagtlæger) er niveaumæssigt noget højere end antal fuldtidslæger og udgjorde i 2014 ca. 3.700 læger, *jf. figur 4.1*. Det skyldes blandt andet, at opgørelsen dækker over alle læger uanset speciale, ejerskab og arbejdstid, dvs. såvel de alment praktiserende læger, som ejer et ydernummer, som lønmodtageransatte speciallæger, vikarer og uddannelseslæger.

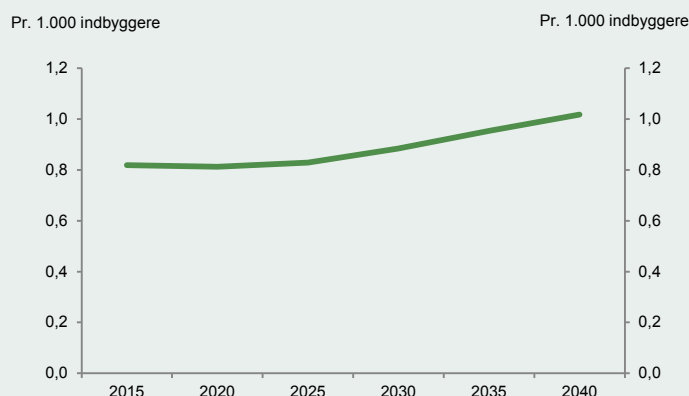
Siden 2009 ses et lille fald i antallet læger beskæftiget i almen praksis. Opgørelsen af antal læger skal bruges med forsigtighed i forhold til at konkludere på udviklingen i arbejdsudbuddet, da opgørelsen ikke tager højde for den lagte arbejdstid.



Det er vanskeligt at skønne over den fremtidige udvikling i arbejdsstyrken i almen praksis. Sundhedsstyrelsens seneste lægeprognose⁸ indeholder en prognose over arbejdsstyrken af almene medicinere, som udgør rekrutteringsgrundlaget for læger til almen praksis. Ifølge prognosen vil arbejdsstyrken af almen medicinere opgjort pr. indbygger falde en smule frem mod 2020, for herefter at stige frem mod 2025, hvor den vil være på omtrent samme niveau som i dag. Fra 2025 og frem forventes antallet af almene medicinere i arbejdsstyrken at stige relativt i forhold til befolkningen, *jf. figur 4.3*. Disse prognosetal er selvsagt behæftet med usikkerhed.

⁸ Lægeprognose 2015-2040 - Udbuddet af læger og speciallæger, Sundhedsstyrelsen (2016)

Figur 4.3
Prognose for antal læger med speciale i almen medicin, 2015-2040



Kilde: Lægeprognose 2015-2040 - Udbuddet af læger og speciallæger, Sundhedsstyrelsen (2016)

Den samlede kapacitetsudvikling (antal fuldtidslæger og læger) skal ses i sammenhæng med udviklingen i befolkningens alderssammensætning mv. Ældre patienter og patienter med kroniske sygdomme bruger almen praksis i højere grad end resten af befolkningen. Ændringer i befolkningens alderssammensætning med forholdsvis flere ældre indebærer i sig selv et øget behov for ydelser i almen praksis. Siden 2007 er antallet af ældre på 65 år eller derover steget med godt 25 pct. og har udgjort en stigende andel af befolkningen, som i samme periode er steget med ca. 2 pct. Denne udvikling vil fortsætte de kommende år, og andelen af ældre i befolkningen vil være stigende.

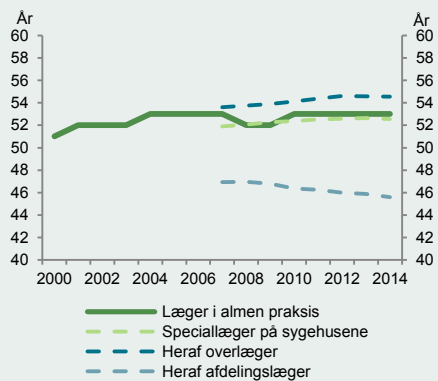
De praktiserende lægers alderssammensætning

Det fremgår af Lægeprognosen 2015-2040, at aldersfordelingen blandt læger og speciallæger har varieret meget over tid som følge af de skift, der historisk set har været i uddannelseskapaciteten på universiteterne og i den lægelige videreuddannelse. Et stort antal speciallæger vil i løbet af de næste 10 år nå pensionsalderen. Lægernes pensionsalder vil derfor komme til at spille en vigtig rolle for udbuddet af især speciallæger – herunder alment praktiserende læger.

I de kommende år vil der ske en væsentlig udvikling i aldersprofilen i takt med, at de ældre speciallæger går på pension, og der kommer yngre speciallæger til. I 2040 forventes den største andel af speciallæger at være 45-49 år.

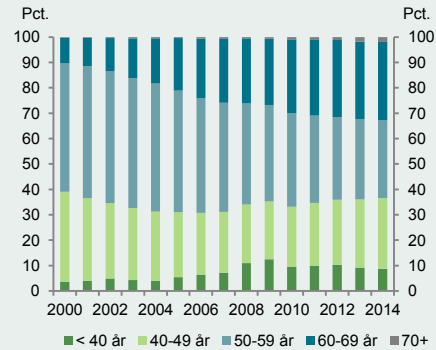
Den enkelte læge i almen praksissektoren er i gennemsnit 53 år gammel, hvilket svarer til gennemsnitsalderen for en speciallæge ansat på sygehuset, *jf. figur 4.4.*

Figur 4.4
Gennemsnitlig lægealder, 2000-2014



Anm.: Alderen læger i almen praksis er opgjort for samtlige læger, uanset hvor mange timer de er tilknyttet.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Figur 4.5
Andel læger i almen praksis fordelt i de enkelte aldersintervaller, 2000-2014

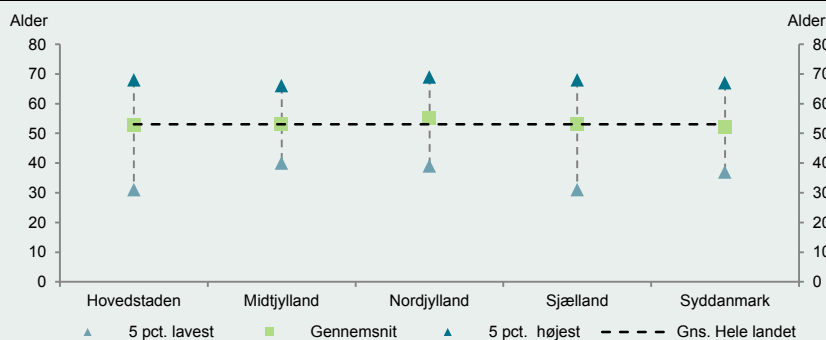


Anm.: Alderen er opgjort for samtlige læger i almen praksis, uanset hvor mange timer de er tilknyttet, og uanset deres uddannelsesmæssige baggrund.
Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Over perioden 2000-2014 er gennemsnitsalderen for alment praktiserende læger steget med ca. 2 år. Der er dog sket betydelige aldersforskydninger inden for lægegruppen. I 2015 er der således færre læger i alderen 50-59 år, men betydeligt flere læger over 60 år, *jf. figur 4.5*. Omkring hver tredje læge er over 60 år i 2014. For 15 år siden var det kun hver tiende læge. Samtidigt er der i dag dobbelt så mange læger under 40 år som for 15 år siden. Det indebærer, at lægernes gennemsnitsalder ikke er steget i betydeligt omfang, men de kommende år kan der forventes en større udskiftning blandt de alment praktiserende læger end set i tidligere år.

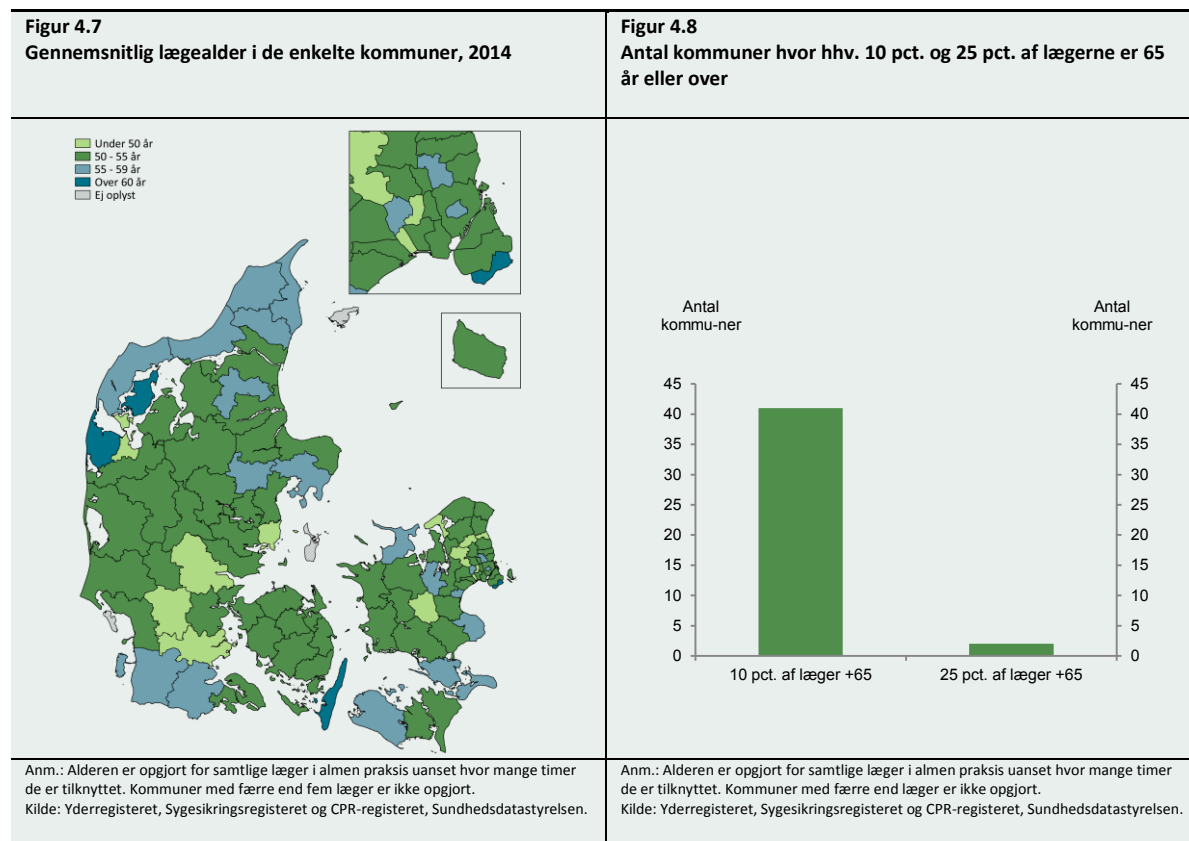
Lægernes gennemsnitlige alder varierer en smule på tværs af regionerne. Lægerne i Region Syddanmark er i gennemsnit 52 år, mens lægerne i Region Nordjylland i gennemsnit er tre år ældre, *jf. figur 4.6*. I alle fem regioner er 5 pct. af lægerne over pensionsalderen, og i Region Nordjylland er 5 pct. af lægerne 69 år eller derover.

Figur 4.6
Spredning i praktiserende lægers gennemsnitlige alder i de enkelte regioner, 2014



Anm.: Alderen er opgjort for samtlige læger i almen praksis uanset hvor mange timer de er tilknyttet.
Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Denne variation afspejles også på tværs af landets kommuner. Lægernes gennemsnitlige alder er over 60 år i Morsø, Lemvig, Dragør og Langeland kommuner, mens lægerne i kommuner som Ringsted, Vallensbæk, Halsnæs og Glostrup i gennemsnit er under 50 år, jf. figur 4.7. Forskelle mellem kommuner med den højeste og laveste gennemsnitlige lægealder er 18 år.



De kommunale gennemsnit kan dække over en stor spredning inden for kommunen, og en lægelig gennemsnitsalder på niveau med landsgennemsnittet kan godt skjule en større gruppe af ældre læger, som snart kan forventes at trække sig fra arbejdsmarkedet. I omkring 40 af kommunerne er eksempelvis 10 pct. af de alment praktiserende læger 65 år eller derover.

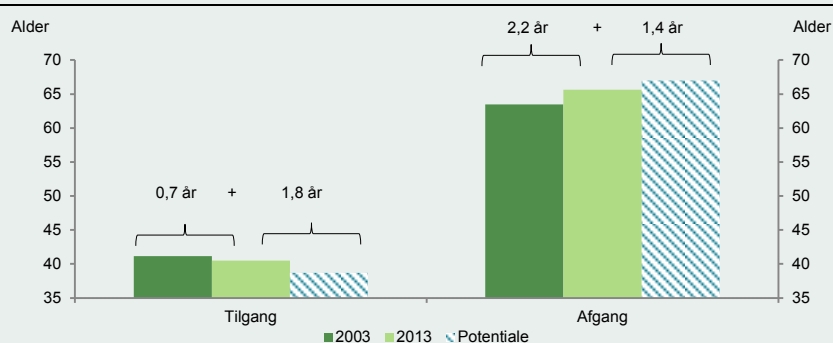
Hvis en stor gruppe ældre læger skjuler sig i det samlede kommunale gennemsnit, vil der dog i sagens natur også være en forholdsvis stor gruppe af yngre læger i kommunen.. Men det peger på, at flere kommuner de kommende år står over for en større udskiftning blandt de beskæftigede læger i almen praksis og vil have behov for at rekruttere nye læger til at dække ledige praksisser. Det kan i nogle geografiske områder være forbundet med udfordringer.

Lægerne nedsætter sig tidligere og trækker sig senere tilbage

Flere år i almen praksis vil være med til at øge arbejdskraften i sektoren. Gennemsnitsalderen for nye praktiserende læger er faldet fra 41,2 år i 2003 til 40,5 år 2013, jf. figur 4.8. Gennemsnitsalderen for læger, der opnår speciallægeanerkendelse i almen medicin er 38,7 år. Det indebærer, at der er potentiale for at rekruttere læger til almen praksis på et endnu tidligere tidspunkt end det nuværende gennemsnit på 40,5 år. Det fremgår af Lægeprognosen 2015-2040, at uddannelsesvarigheden forventes at falde yderligere, hvilket betyder, at den enkelte er speciallæge i længere tid end tidligere.

Samtidigt er den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder steget fra knap 63,5 år i 2003 til godt 65,6 år i 2013. Dermed trækker lægerne sig i gennemsnit 2,2 år senere tilbage fra arbejdsmarkedet i dag end for 10 år siden. Højere tilbagetrækningsalder afspejler også udviklingen i den danske befolkning generelt. Den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder for personer med lang videregående uddannelse var dog i 2011 ca. 67 år⁹. Der er således potentiale for, at lægerne kan fastholdes i endnu længere tid i praksissektoren. Udskydelse af de praktiserende lægers pensionsalder kombineret med en tidligere tilgang til almen praksis rummer et potentiale til på kortere sigt at øge den nuværende lægekapacitet i almen praksis.

Figur 4.8
Gennemsnitlig alder ved tilgang og afgang af alment praktiserende læger, 2000-2013



Anm: Gennemsnitlig alder ved afgang er beregnet på læger der er over 59 år. Gennemsnitlig alder ved tilgang er beregnet for alle læger, der enten er ejere eller ansat i almen praksis, eksklusiv læger under uddannelse.

Kilde: Egne beregninger pba. Yderregistret, Sundhedsdatastyrelsen

⁹ Danskerne trækker sig senere tilbage fra arbejdsmarkedet – Arbejderbevægelsens erhvervsråd (2013)

4.2 Effektiv anvendelse af kapaciteten i almen praksis

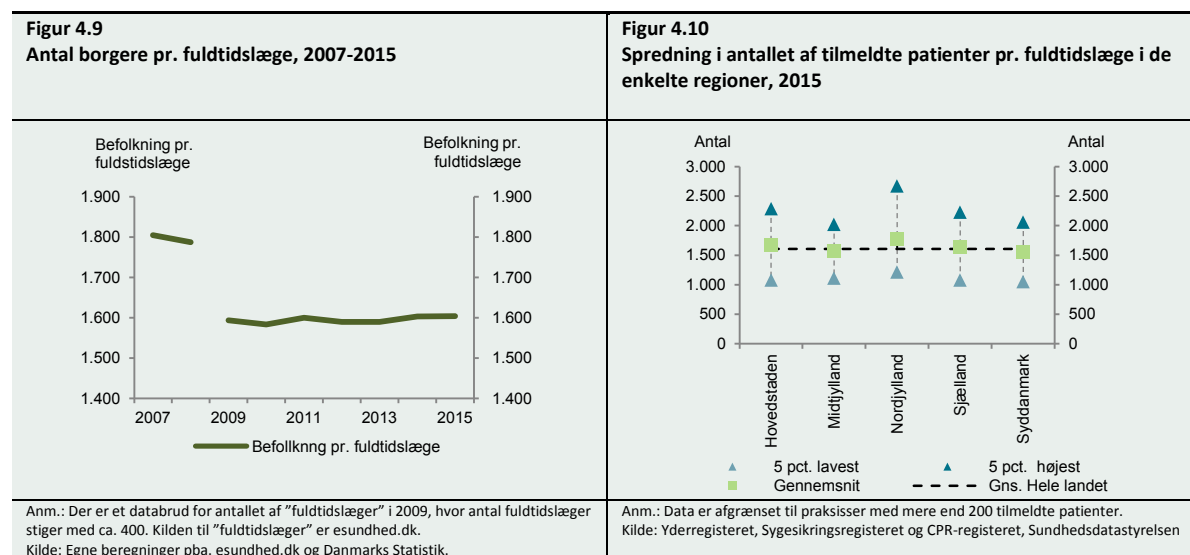
Kapaciteten i almen praksis skal anvendes så effektivt som muligt, så borgerne kan tilbydes ydelser af høj kvalitet til de laveste mulige omkostninger. Det er herudover vigtigt at styre de samlede udgifter til almen praksis.

Geografiske forskelle i antal tilmeldte patienter pr. læge

I 2015 var i alt 5,6 mio. danskere tilmeldt almen praksis, hvilket svarer til godt 99 pct. af befolkningen.

Antallet af fuldtidslæger er dimensioneret efter befolkningens størrelse. I 2015 var der således ca. 1.600 borgere pr. fuldtidslæge i almen praksissektoren, *jf. figur 4.9*. Og antallet af borgere pr. fuldtidslæge er på samme niveau i dag som i 2009, da antallet af fuldtidslæger overordnet set har fulgt befolkningsudviklingen.

Med godt 1.700 patienter i gennemsnit var der flest patienter pr. fuldtidslæge i Region Nordjylland og færrest i Region Syddanmark (godt 1.500 patienter pr. fuldtidslæge) i 2015, *jf. figur 4.10*. Således har den enkelte læge i Region Nordjylland i gennemsnit 12 pct. flere tilmeldte patienter end en fuldtidslæge i Region Syddanmark.

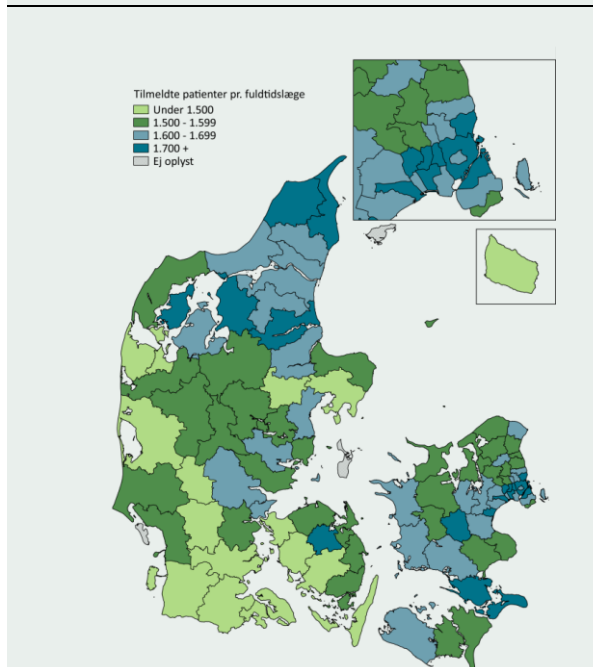


Inden for de enkelte regioner er der dog en betydelig spredning i antallet af tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge. I alle fem regioner er der både læger med relativt få og mange tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge. I Region Nordjylland har 5 pct. af praksis minimum 2.600 tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge, *jf. figur 4.11*. I de øvrige regioner har 5 pct. af lægerne mindst 2.000-2.300 tilmeldte patienter. Samtidigt har 5 pct. af lægerne med lavest antal tilmeldte patienter mellem 1.000-1.200 tilmeldte patienter i alle fem regioner.

Flest tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge findes i de nordvestjyske kommuner samt i enkelte kommuner i hovedstadsområdet, *jf. figur 4.12*. Kommunen med flest patienter pr. fuldtidslæge (knap 2.760 patienter) er Morsø. Derefter kommer Frederikshavn og Ishøj (godt 1.800 patienter pr. fuldtidslæge). Færrest patienter pr. fuldtidslæge findes i kommuner i

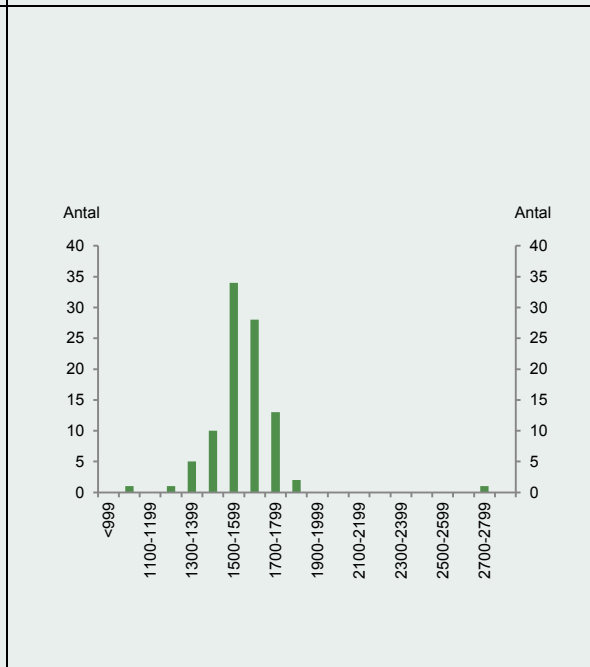
Region Syddanmark, bl.a. Ærø (ca. 1.040 tilmeldte patienter), Billund, Tønder, Vejen og Assens (med omkring 1.340-1.360 patienter pr. fuldtidslæge).

Figur 4.11
Antal tilmeldte patienter pr. alment praktiserende fuldtidslæge fordelt efter kommuner, 2015



Anm.: Kommuner med færre end fem læger er ikke opgjort.
Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Figur 4.12
Fordelingen af kommuner efter antal patienter pr. fuldtidslæge, 2015



Anm.: Kommuner med færre end fem læger er ikke opgjort. Den horisontale akse viser intervaller for antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge.
Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Det nuværende normtal (1.600 patienter pr. fuldtidslæge) er den nedre grænse for, hvornår læger som udgangspunkt kan vælge at få lukket for yderligere patienttilgang. Hvis en praksis har mere end 2.700 patienter tilmeldt pr. fuldtidslægekapaцитet, skal der søges om samarbejdsudvalgets godkendelse af fortsat at have åbent for patienttilgang.

Der er som nævnt kun én kommune, som i gennemsnit havde flere end 2.700 patienter pr. fuldtidslæge, og 15 kommuner har i gennemsnit omkring 1.700-1.800 patienter pr. fuldtidslæge, mens hovedparten af kommunerne har færre end 1.700 patienter pr. fuldtidslæge i gennemsnit, jf. figur 4.12. Det overordnede kommunale gennemsnit kan dog dække over en del spredning inden for kommunen. I ca. 40 af kommunerne har eksempelvis 25 pct. af de praktiserende fuldtidslæger mere end 1.800 tilmeldte patienter.

Når det ikke ses i de kommunale gennemsnitlige niveauer, er det naturligvis et udtryk for, at der inden for samme kommune også er læger, som har væsentligt færre patienter tilknyttet.

Der må forventes nogen variation blandt de alment praktiserende læger i forhold til antallet af tilmeldte patienter. En mere erfaren alment praktiserende læge må eksempelvis formodes at kunne behandle flere patienter end en yngre læge med mindre erfaring. Og en alment praktiserende læge, som har en behandlingskrævende gruppe af borgere tilknyttet, må formodes at kunne behandle færre patienter end læger i områder med mindre

behandlingskrævende borgere. Endelig kan forskelle i arbejdsdeling i sundhedsvæsenet mellem praksis, sygehuse og kommuner og organisering og effektivitet af praksisser og forskelle i præferencer til arbejdsomfang også bidrage til variation.

Men stor variation inden for en kommune kan også være en indikation af, at der er lokale udfordringer i forhold til sikre en mere ligelig fordeling af de lægelige ressourcer inden for kommunen.

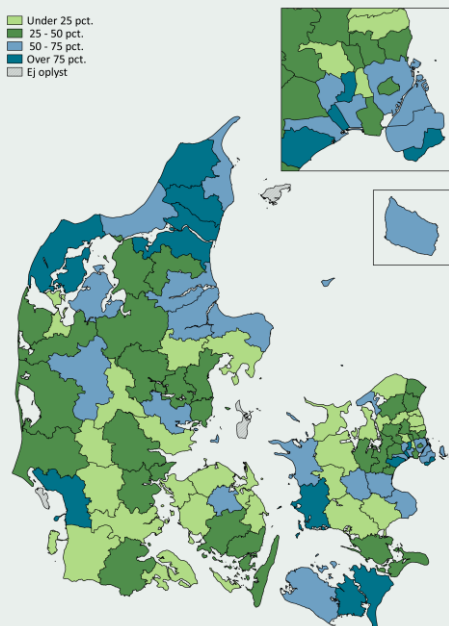
På landsplan havde 45 pct. af alle landets praksis lukket for tilgang af patienter i 2015.¹⁰ Der er dog betydelig spredning på tværs af kommuner. I en række kommuner havde mere end tre ud af fire praksis lukket for tilgang af nye patienter, mens det i andre kommuner var gældende for mindre end én ud af fire klinikker. Mere end otte ud af ti klinikker havde lukket for tilgang i en række nordjyske kommuner (bl.a. Morsø, Aalborg, Brønderslev og Thisted) og hovedstadskommuner (Glostrup, Greve, Vallensbæk og Dragør), *jf. figur 4.13*.

Det bemærkes, at det typisk er i områder med en høj andel af praksis, der er lukket for tilgang af patienter, at midlertidige regionsdrevne klinikker og almen medicinske tilbud i ud-budsklinikker etableres.

Der ses en svag til tendens til, at kommuner, som har et større gennemsnitligt antal patienter pr. fuldtidslæge på den ene side, også har en større andel praksisser lukket for tilgang på den anden side, *jf. figur 4.14*. Der er dog ikke tale om nogen tydelig sammenhæng.

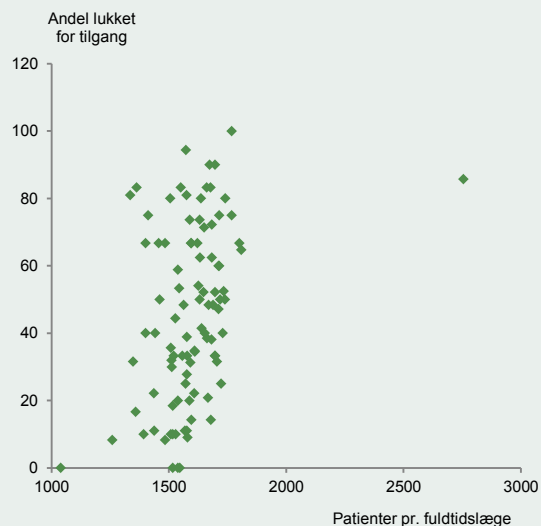
¹⁰ Opgørelsen over andel lukkede praksisser er baseret på Yderregisteret for pr. 1. januar 2015. Status for lukkede praksis kan ændre sig løbende.

Figur 4.13
Andel praksis lukket for tilgang fordelt efter kommuner, 2015



Anm.: Kommuner med færre end fem læger er ikke opgjort.
 Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Figur 4.14
Sammenhæng mellem tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge og andel praksis lukket for tilgang på tværs af kommuner, 2015



Anm.: Kommuner med færre end fem læger er ikke opgjort.
 Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Alle regioner kan varetage flere patienter

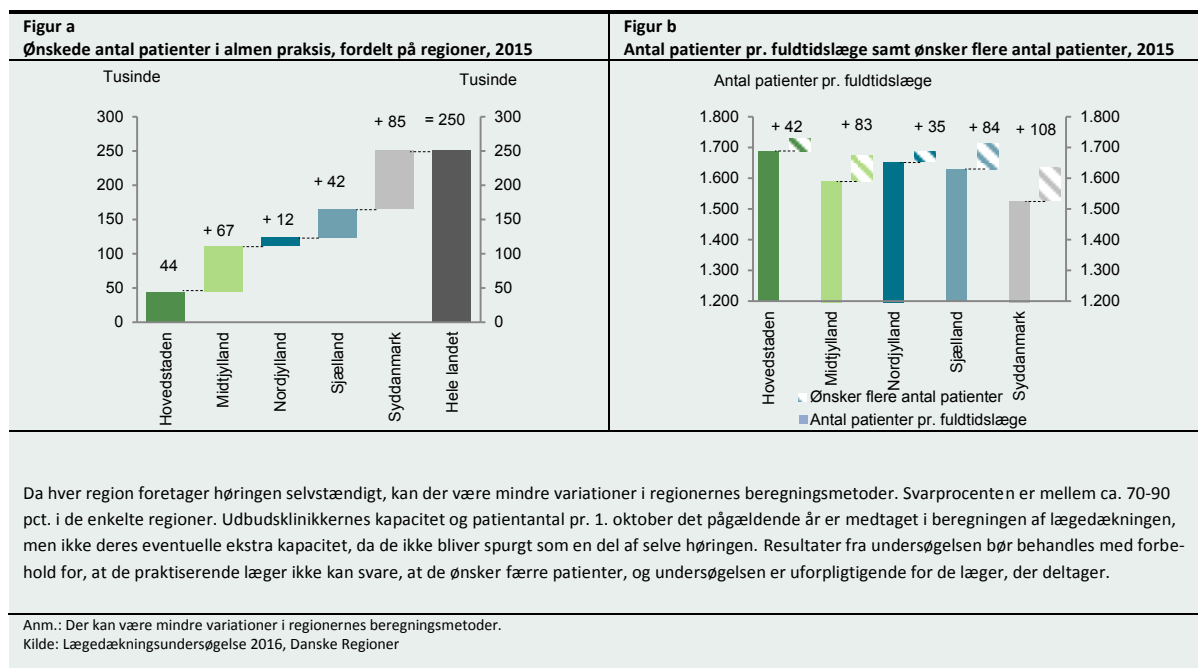
Den seneste Lægedækningsundersøgelse, som regionerne udarbejdede i 2015, viser umiddelbart, at de eksisterende almene lægepraksisser på landsplan samlet set havde plads til ca. 250.000 flere patienter, *jf. boks 4.2*. Det svarer til en mulig forøgelse af kapaciteten på ca. 4 pct. I gennemsnit ønsker de adspurgte læger en kapacitet svarende til ca. 1.700 patienter pr. fuldtidslæge. Det bemærkes, at undersøgelsen ikke har givet lægerne mulighed for at svare, at de ønsker færre patienter, og at svarene i det hele taget er uforpligtende for de læger, der har deltaget.

Boks 4.2 **Årlig lægedækningsundersøgelse**

Der skal ifølge overenskomsten om almen praksis foretages en årlig fastsættelse af lægedækningen i hver region. Formålet er at synliggøre en eventuel uudnyttet behandlingskapacitet og sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1-sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge.

Alle fem regioner gennemfører høringen som en spørgeskemaundersøgelse, hvor alle praksis spørges om, hvor mange patienter de højst ønsker tilmeldt praksis. Nogle læger ønsker at udvide med ekstra patienter, og andre ønsker dispensation til mindre end 1.600 patienter. I beregningen af den samlede kapacitet er de praksis, som ikke har besvaret høringen tillagt 1.600 patienter pr. kapacitet, dog undtaget de læger, som har dispensation til lukning under normtallet.

Lægeundersøgelsen for 2015 peger samlet set på, at der er plads til ekstra kapacitet i almen praksis, svarende til 250.000 nye patienter, *jf. figur a*. Der er et ønske om flere tilmeldte patienter i alle regioner, og særligt i Region Syddanmark og Midtjylland. Undersøgelsen peger endvidere på, at lægerne i gennemsnit ønsker at have knap 1.700 patienter tilmeldt pr. fuldtidslæge, mens de i dag har lidt over 1.600, *jf. figur b*. I alle regioner giver de praktiserende læger udtryk for at kunne varetage flere patienter. Ønsket om flere patienter gælder læger i alle regioner. Lægerne i Region Hovedstaden og Sjælland ønsker i gennemsnit mere end 1.700 patienter tilmeldt pr. fuldtidslæge, mens læger i de øvrige regioner ønsker at have mellem 1.600 og 1.700 patienter pr. læge.



Betydelig variation i lægens daglige kontakt med patienterne

Adgang til lægen og lægedækning handler ikke kun om, at der er tilstrækkeligt antal læger pr. patient eller i et geografisk område. Det er også interessant at undersøge, hvor meget den enkelte læge er i stand til at producere med den givne mængde af ressourcer, de har til rådighed.

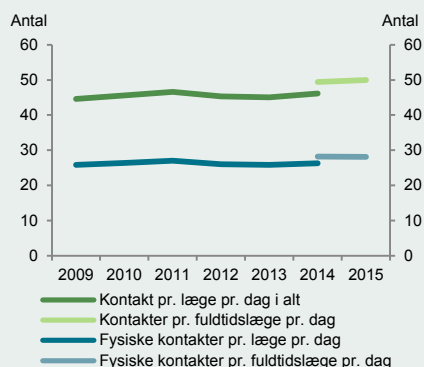
I sygehussektoren benytter man ofte antallet af udskrivinger som mål for produktionen. En række danske og udenlandske studier benytter antallet af konsultationer pr. læge som mål for produktionen i almen praksis.

På landsplan var der gennemsnitligt 50 kontakter pr. fuldtidslæge pr. arbejdsdag¹¹ i de enkelte praksis i 2015, jf. figur 4.15. En patientkontakt dækker her både kontakter med fysisk fremmøde samt telefon- og e-mailkonsultationer. Kriteriet er alene, at der har været en korrespondance med en patient om dennes helbred. Denne beregning tager ikke hensyn til, om selve konsultationen blev foretaget af den enkelte læge, uddannelseslæge, sygeplejerske o.l.

Antallet af fysiske kontakter, dvs. (almindelige konsultationer, øvrige fysiske fremmøder og sygebesøg), udgør 28 af kontakterne pr. fuldtidslæge pr. dag.

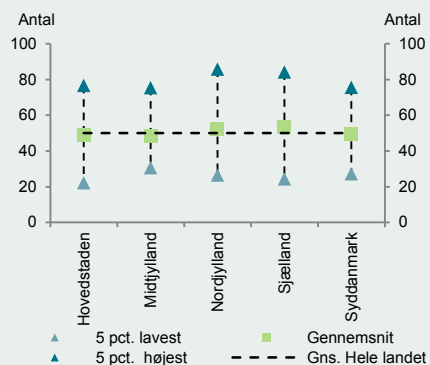
¹¹ Baseret på et normtal på 216 arbejdsdage pr. år, jf. SKATs beregningsgrundlag af f.eks. befordringsfradrag.

Figur 4.15
Gennemsnitligt antal kontakter til almen praksis pr. læge pr. dag 2009-2015



Anm.: Kontakt indebærer kontakt til enten læge eller lægens personale. For perioden indtil 2014 dækker læger over samtlige læger tilknyttet praksis uanset antal timer i praksis og speciale. Det er først muligt at opgøre antal fuldtidslæger i Yderregistret fra 2014 og frem. Der er anvendt et normaltal på 216 arbejdsdage pr. år, jf. SKATS beregningsgrundlag af f.eks. befordringsfradrag. Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer, sygebesøg og andet fysisk fremmøde.
Kilde: Yderregistret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Figur 4.16
Spredning i antallet af kontakter til almen praksis pr. læge pr. dag i de enkelte regioner, 2015



Anm.: For perioden indtil 2014 dækker læger over samtlige læger tilknyttet praksis uanset antal timer i praksis og speciale. Det er først muligt at opgøre antal fuldtidslæger i Yderregistret fra 2014 og frem. Der er anvendt et normaltal på 216 arbejdsdage pr. år, jf. SKATS beregningsgrundlag af f.eks. befordringsfradrag. Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer, sygebesøg og andet fysisk fremmøde. Opgørelsen af fuldtidslæger er pr. 1. januar 2014, mens aktiviteten er for hele året. Aktiviteten pr. læge vil derfor være lavere for de praksisser, som lukker i løbet, i forhold til de praksisser, som er åbent hele året.
Kilde: Yderregistret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen:

I gennemsnit var der flest kontakter pr. fuldtidslæge i Region Sjælland (ca. 53,3 pr. dag) efterfulgt af Region Nordjylland ca. (52,4 pr. dag) og færrest i Region Midtjylland (ca. 48,5 pr. dag), jf. figur 4.16. Det svarer til, at lægerne i Region Sjælland i gennemsnit har 10 pct. flere kontakter pr. dag end lægerne i Region Midtjylland.

Inden for de enkelte regioner er der dog en betydelig variation i aktiviteten på tværs af almen praksis. For eksempel har 5 pct. af de almene praksisser i regionerne 75-85 konsultationer. Det indebærer, at der er almene praksisser, der har ca. 1½ gange så mange kontakter dagligt som gennemsnittet af praksisser.

Disse forskelle kan bl.a. skyldes, at der er praksis, som har ansat personale, fx sygeplejersker, læger under uddannelse mv., der varetager en del af kontakten med patienterne, ligesom patientsammensætningen, adgangen til praktiserende speciallæger m.m. kan spille ind.

Geografisk tilgængelighed af almen praksis

Hovedprincipperne for befolkningens frie valg af alment praktiserende læge, der følger af sundhedsloven og landsoverenskomsten, er bl.a.:

- At alle borgere som udgangspunkt frit kan vælge at blive tilmeldt den ønskede læge/praksis, i det omfang lægen eller praksis har åbent for tilgang.
- I det omfang der ikke inden for en afstand af 15 km (5 km i hovedstadsområdet) fra den sikredes bopæl er mindst to læger eller klinikker, der har åben for tilgang, at vælge imellem, er bopælsregionen snarest muligt forpligtet til at anvise den sikrede lægevalgsmuligheder. Dette kan også omfatte læger eller klinikker, der er lukket for tilgang, og hvor lægen eller klinikken indvilger i at have den pågældende

sikrede tilmeldt, eller læger eller klinikker, som ligger mere end 15 km (5 km i hovedstadsområdet) fra sikredes bopæl.

- Hvis det ikke er muligt at tilbyde den sikrede lægevalg inden for kilometergrænsen, kan regionen tilbyde vedkommende en læge eller praksis, der er beliggende længere væk, og som har åbent for patienttilgang. Den sikrede skal i disse tilfælde informeres om, at vedkommende ikke har krav på sygebesøg fra den tilbudte læge eller klinik. Regionen stiller i disse tilfælde sygebesøgstilbud eller transportordning til rådighed.
- Den sikrede har selv mulighed for at vælge en læge eller klinik, hvor afstanden mellem sikredes bopæl og lægen eller klinikken er større end 15 km ad nærmeste offentlige vej. I disse tilfælde har den sikrede ikke krav på sygebesøg.

4.3 Sammenhæng mellem lægekapaciteten og behovet for almen praksis' ydelser

Behovet for almen praksis' ydelser afhænger af en række faktorer, herunder befolkningens alderssammensætning, sygdomsbillede og socioøkonomiske faktorer. Det realiserede forbrug af praksisydelser kan herudover afspejle den enkelte patients og lægens præferencer og adfærd samt sundhedsvæsenets organisering fx adgangen til mere specialiserede tilbud.

I det følgende sammenholdes udbuddet af læger i de enkelte geografiske områder med befolkningens forbrug af ydelser i almen praksis og befolkningens karakteristika.

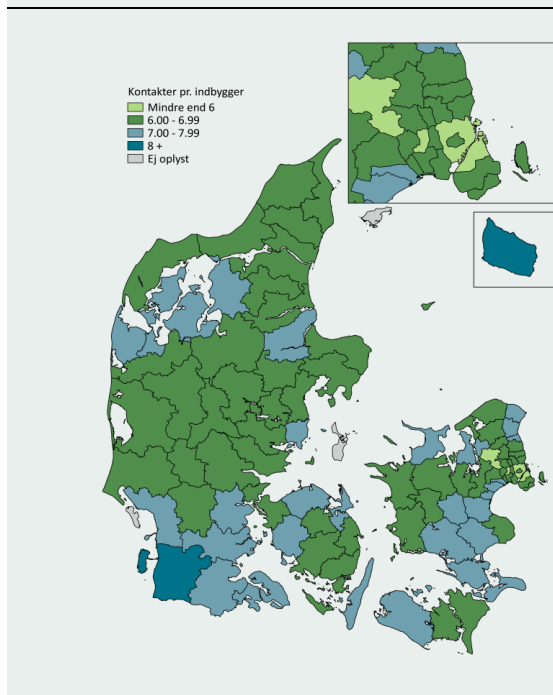
Forskelle i antal kontakter og ydelser på tværs af landet

Den danske befolkning havde i gennemsnit ca. 7 kontakter årligt til almen praksis i 2015 og modtog godt 3 tillægsydelser (bl.a. vaccination, laboratorieprøver mv.).

I de fleste kommuner kontakter indbyggerne almen praksis mellem 6 og 7 gange årligt, *jf. figur 4.17*. Færrest kontakter pr. indbygger ses i en række hovedstadskommuner, bl.a. i København, Egedal og Dragør, hvor befolkningen i gennemsnit har mindre end 6 kontakter til almen praksis om året. Indbyggerne med bopæl i kommunerne Bornholm og Tønder har i gennemsnit over 8 årlige kontakter til almen praksis.

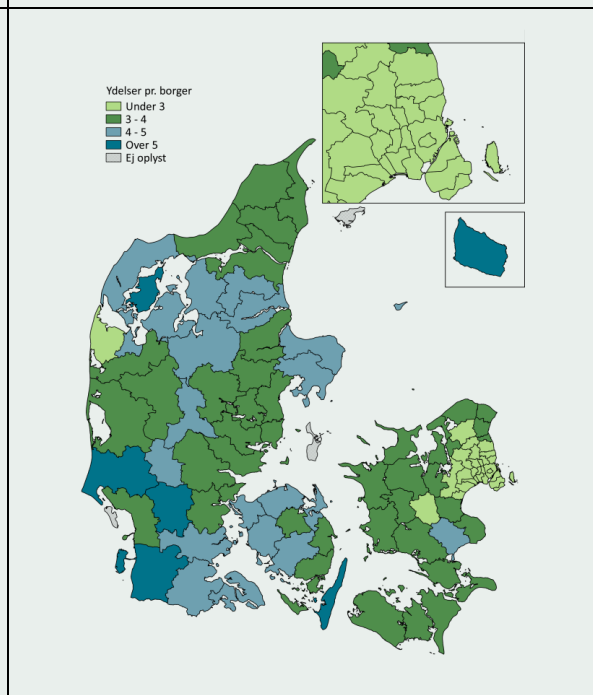
Befolkningen i de fleste hovedstadskommuner modtager i gennemsnit under tre tillægsydelser om året, *jf. figur 4.18*. Til sammenligning modtager befolkningen i en række kommuner i Syddanmark over fem ydelser i gennemsnittet.

Figur 4.17
Gennemsnitligt antal kontakter til almen praksis pr. indbygger fordelt på kommuner, 2015



Anm.: Kommuner med færre end fem læger er ikke opgjort. Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer, sygebesøg og andet fysisk fremmøde.
Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret og CPR-registeret

Figur 4.18
Gennemsnitligt antal tillægsydelser til almen praksis pr. indbygger fordelt på kommuner, 2015



Anm.: Kommuner med færre end fem læger er ikke opgjort. Tillægsydelser er defineret som alle øvrige ikke-kontaktgivende ydelser (bl.a. laboratorieprøver mv.).
Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret og CPR-registeret.

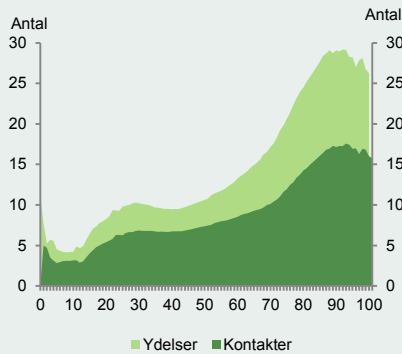
Variationen i de gennemsnitlige kontakter på tværs af landet kan til dels forklares af forskelle i patienttyngden på tværs af landet. Derudover kan forskelle i befolkningens brug af almen praksis også skyldes forskelle i adgangen til den mere specialiserede del af sundhedsvæsenet.

Almen praksis' ydelser afhænger af befolkningens karakteristika

Den enkeltes antal årlige kontakter til almen praksis afhænger betydeligt af alderen – fra fire gange årligt blandt børn og unge under 18 år, til 16 gange årligt for ældre på 80 år eller derover, *jf. figur 4.19*. Antallet af tillægsydelser er også stigende med alderen.

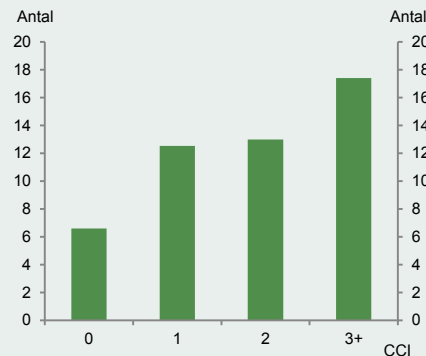
Kronisk og alvorligt syge har også betydeligt flere kontakter til almen praksis end befolkningen generelt. Jo større grad af sygelighed, jo flere kontakter har de enkelte patienter i almen praksis, *jf. figur 4.20*. Sygeligheden måles her ved Charlsons Comorbidity Index (CCI), hvor den enkelte kategoriseres efter sygelighed (0 angiver ingen betydelig sygelighed, mens tre eller derover angiver meget svær grad af sygelighed).

Figur 4.19
Gennemsnitligt antal kontakter og tillægsydelser i almen praksis pr. patient fordelt efter alder, 2015



Anm.: Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg.
Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret og CPR-registeret.

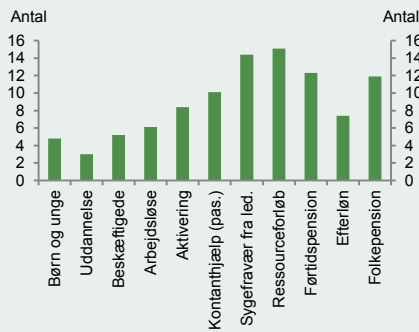
Figur 4.20
Gennemsnitligt antal kontakter i almen praksis pr. patient fordelt efter Charlsons Comorbidity Index (CCI), 2015



Anm.: Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg.
Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret og CPR-registeret.

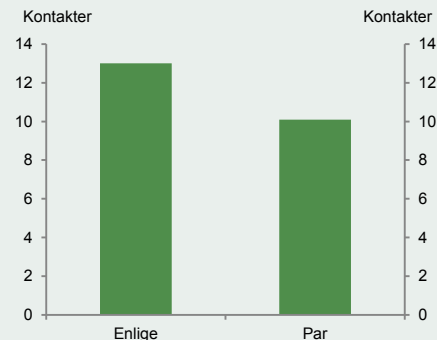
Der er en herudover en klar sammenhæng mellem kontakter til alment praktiserende læge og befolkningens socioøkonomiske faktorer. Generelt er personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet i højere grad i kontakt med almen praksis, *jf. figur 4.21*. Der er også en forskel i hyppigheden af kontakter til almen praksis mellem folkepensionister, der er enlige og lever i par. Enlige folkepensionister kontaktede lægen i gennemsnit 13 gange i 2013, mens pensionister, der lever i par, kontaktede lægen i gennemsnit 10 gange, *jf. figur 4.22*.

Figur 4.21
Gennemsnitligt antal almen praksis kontakter pr. patient fordelt efter arbejdsmarkedstilknytning, 2013



Anm.: Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg.
Kilde: Egne beregninger pba. af lovmodellen

Figur 4.22
Gennemsnitligt antal kontakter pr. folkepensionist fordelt efter civilstand, 2013



Anm.: Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer og sygebesøg.
Kilde: Egne beregninger pba. af lovmodellen

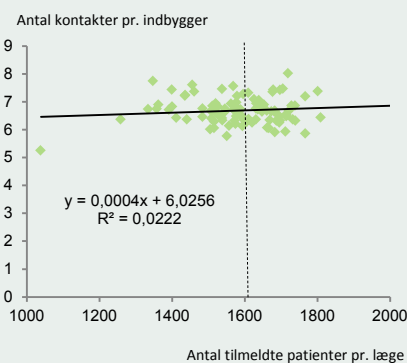
Sammenhæng mellem lægelige kapaciteter og befolkningens behandlingsbehov

Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem antallet af patienter pr. læge og antallet af kontakter pr. indbygger på tværs af de enkelte kommuner, når der tages hensyn til befolkningens køns- og alderssammensætning, *jf. figur 4.23*. Tilsvarende ses der ingen tydelige sammenhæng mellem antal patienter pr. læge og antal tillægsydelser pr. patient, *jf. figur 4.24*. Det betyder, at antallet af befolkningens kontakter til lægen og de ydelser, læ-

gen foretager ifm. besøget, er uafhængigt af, om lægen har forholdsvis mange eller få patienter.

Figur 4.23

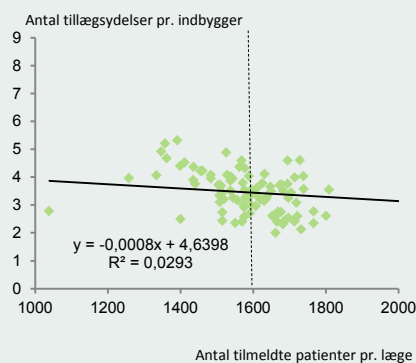
Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge og antal kontakter pr. indbygger på tværs af kommuner, 2015



Anm.: Kontakterne er defineret som almindelige konsultationer, telefonkonsultationer, e-mailkonsultationer, sygebesøg og andet fysisk fremmøde. Køns- og aldersstandardiseret.
Kilde: Egne beregninger pba. Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret.

Figur 4.24

Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge og antal tillægsydelser pr. på tværs af kommuner, 2015



Anm.: Tillægsydelser er defineret som alle øvrige ikke-kontaktgivende ydelser (bl.a. laboratorieprøver mv.). Køns- og aldersstandardiseret.
Kilde: Egne beregninger pba. Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret.

Det skal bemærkes, at der her er vist simple sammenhænge mellem to faktorer. En række øvrige faktorer, som fx forskelle i befolkningens underliggende sygelighed, socioøkonomiske faktorer, adgang til specialiserede tilbud mv. kan have betydning for, hvor mange kontakter og ydelser den enkelte patient får på tværs af landet.

En stor andel ældre patienter, patienter med betydelig sygdomsbyrde og socioøkonomiske udfordringer kombineret med en forholdsvis lav lægetæthed kan have konsekvenser for tilgængelighed af lægen og i sidste ende patienternes forbrug af almen praksis.

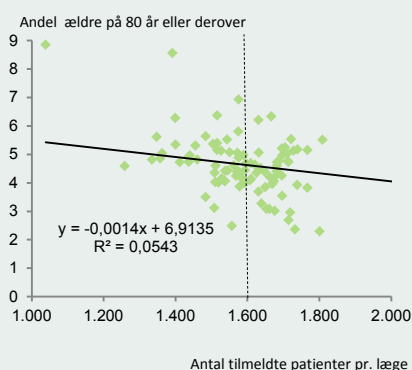
Der er generelt en skæv geografisk fordeling af befolkningen på tværs af demografiske, sygdomsmæssige og socioøkonomiske faktorer.

Der tyder ikke på at være en entydig sammenhæng mellem udbuddet af læger og befolkningens behandlingstygde. Nogle kommuner med relativt mange patienter pr. læge, har forholdsvis lette patienter og andre forholdsvis tunge patienter, jf. figur 4.25.

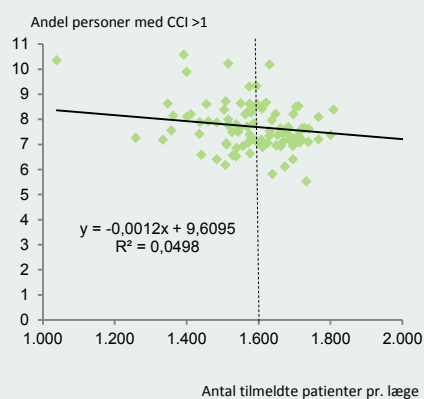
Figur 4.25

Sammenhæng mellem antal patienter pr. læge og befolkningens karakteristika på tværs af kommuner, 2015

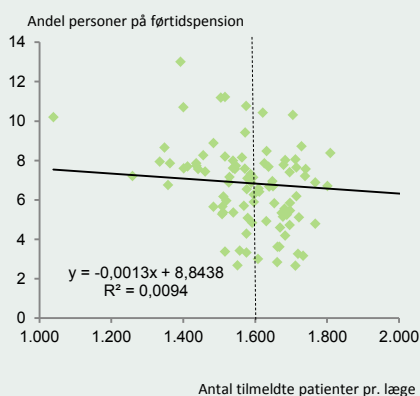
Andel ældre på 80 år eller derover



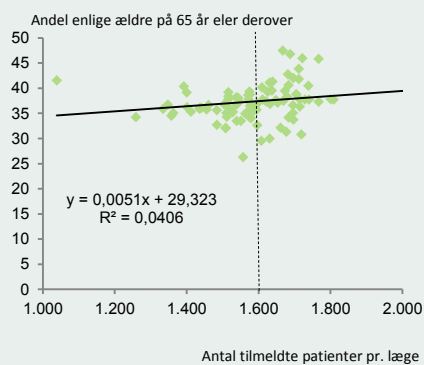
Andel personer med betydelig sygelighed



Andel personer på førtidspension i kommunen



Andel enlige ældre på 65 år eller derover i kommunen



Kilde: Egne beregninger pba. Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret

4.4 Organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis

En hensigtsmæssig organisering af de enkelte praksis kan fremme en effektiv ressourceanvendelse i almen praksis. Det kan herudover fremme rekruttering og fastholdelse af læger i almen praksis og derigennem understøtte kapaciteten i sektoren. Det er derfor vigtigt at se på udviklingen i praksisstørrelse og praksisformer, brugen af praksispersonalet samt lægernes tidsforbrug generelt.

Efter overenskomsten kan almen praksis drives som enkeltmandspraksis (solopraksis) eller kompagniskabspraksis. Begge disse praksisformer kan drives som samarbejdspraksis. Der er endvidere mulighed for, at læger eller klinikker, der ejer et ydernummer og virker inden for overenskomstens rammer, kan oprette satellitpraksis. Det giver mulighed for, at lægerne skiftes til at arbejde, fx én dag om ugen i satellitklinikken, uden at skulle pendle hver dag eller flytte hele familien til yderområdet.

Det er i henhold til overenskomsten muligt at tildele 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. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag. Lægen har mulighed for at overtage prak-

sis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse m.v.

En praktiserende læge, som ønsker at afhænde sit ydernummer, kan sælge ydernumret til en læge, der ønsker at praktisere inden for overenskomsten. De praksis, som ikke sælges på sædvanlig vis mellem læger, kan regionerne disponere over og få besat på forskellige måder. Ydernumre som regionsrådet har fået overdraget, f.eks. i forbindelse med, at en læge, der ønsker at ophøre med at praktisere, ikke har kunnet sælge ydernumret til en anden læge, kan regionsrådet overdrage til læger, som vil praktisere i henhold til overenskomsten. Regionsrådet kan endvidere overdrage nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har købt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til overenskomsten. Overdragelse af ydernumre kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til 6 ydernumre, som er erhvervet på denne måde.

Regionen kan endvidere foretage udbud. Ud over læger, der virker inden for overenskomsten, vil det være muligt for andre private aktører at deltage i eventuelle udbud. Regionsrådet kan alene foretage udbud af driften af praksis. Der er således ikke tale om, at regionsrådet i denne forbindelse kan sælge et ydernummer til en leverandør, der virker uden for overenskomsten. Hvis det ikke lykkes for regionen at afsætte driften af en almen praksisklinik via udbud, kan regionsrådet etablere et midlertidigt tilbud, en regionsdrevet klinik, i en periode på op til 4 år.

Boks 4.3

Praksistyper i Danmark

I Danmark har regionerne ansvaret for den lægelige behandling. Danskernes indgang til sundhedsvæsenet og primære behandler er deres praktiserende læge. Det er læger, der som private erhvervsdrivende leverer den primære lægehjælp til borgerne. I dag har regionerne også mulighed for at sætte driften af lægepraksis i udbud. Praksis inddeles i følgende praksistyper:

1. Enkeltmandspraksis (solopraksis) drives af én læge eller ét alment lægeselskab uden fælleskab med andre læger om patienter og økonomi.
2. Kompagniskabspraksis drives af to eller flere læger og/eller almene lægeselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. Læger i kompagniskabspraksis kan have forskellige ejerandele (partnerlæger).

Samarbejdspraksis

Begge af disse kan drives som samarbejdspraksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller almene lægeskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde om lokaler og personale.

Delepraksis

Den nuværende overenskomst giver mulighed for, at samarbejdsudvalget kan give særlig tilladelse til at etablere delepraksis, hvor to eller flere læger driver og ejer én fuldtidspraksis. Adgangen til delepraksis er efter de gældende regler en overenskomstmæssig mulighed for, at læger kan tilrettelægge deres arbejdsituation mere fleksibelt. De omstændigheder, der kan begrunde tilladelse til delepraksis, kan være familiemæssige årsager, ønsket om at stille sin arbejdskraft til rådighed for andre funktioner, lægens alder eller svagelighed, rekrutterings- eller fastholdelseshensyn, eller andre årsager, der er af betydning for den enkelte læge.

Satellitpraksis

Den nuværende overenskomst giver mulighed for, at regionen kan give en praksis tilladelse til at etablere en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted. Muligheden for at sikre lægedækning i et lokalområde via etablering af satellitpraksis kan indgå i praksisplanen.

Ydernummer på licens

Det er i henhold til overenskomsten muligt at tildele en læge et ydernummer personligt uden mulighed for videresalg. Regionerne kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen. Lægen driver praksis efter overenskomstens regler og honorering, men betaler til regionen et nærmere aftalt omkostningsbidrag. Lægen har mulighed for at overtage praksis på sædvanlige ejervilkår efter nærmere aftale med regionen om værdiansættelse, overtagelse m.v.

Kædeklিনikker

Regionsrådene kan overdrage ydnumre til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til 6 ydnumre, som er erhvervet på denne måde.

Udbuds- og regionsdrevne kliniker

Regionsrådet kan foretage udbud af driften af almen praksisklinikker til andre private aktører end læger, der virker efter Overenskomst om almen praksis. Hvis det ikke lykkes for regionen at afsætte driften af en almen praksisklinik via udbud, kan regionsrådet etablere et midlertidigt tilbud, en regionsdrevet klinik, i en periode på op til 4 år. Pr. 1. august 2016 var der i alt 16 udbudsklinikker i Region Midtjylland, Nordjylland og Sjælland, *jf. tabel a*. Disse havde tilsammen 30 ansatte fuldtidslæger.

Tabel a

Antal udbudsklinikker samt de tilhørende læger (fuldtid) fordelt efter regioner pr. 1. august 2016

Klinikker	Fuldtidslæger	
Hovedstaden	0	0
Midtjylland	4	6
Nordjylland	7	15
Sjælland	5	9
Syddanmark	0	0
Hele landet	16	30

Anm: Pr. 1. april 2016 var der 1 regionsklinik og 15 udbudsklinikker

Kilde: Danske Regioner

Almen praksis i Danmark adskiller sig strukturelt fra sammenlignelige lande ved i gennemsnit at have et forholdsvist højt antal små praksis, færre patienter pr. læge, en stor andel af enkeltmandspraksis og relativt begrænset brug af praksispersonale, *jf. boks 4.5*.

Boks 4.4 Organisering af almen praksis i internationalt perspektiv

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har til udvalget vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen (2008) belyst udenlandske erfaringer med organisering af almen praksis. I den forbindelse har DSI udvalgt England og Holland, som lande med sammenlignelige sundhedssystemer og praksissektor, der tidligere har stået over for udfordringer med hensyn til demografi, lægemangel mv., der ligner de danske. Disse lande har i de seneste år ikke oplevet kapacitetsproblemer.

Det fremgår af DSI-rapporten, at Danmark i 2008 havde betydeligt færre patienter pr. læge sammenlignet med England og Holland, at klinikpersonale anvendes i mindre grad end de øvrige lande, samt at flere læger er organiseret i solopraksis, jf. tabel a.

Tabel a

Nøgletal for almen praksis i England, Holland og Danmark, 2008

	England	Holland	Danmark
Antal patienter pr. praktiserende læge	1.732	2.406	1.484
Antal fuldtidspraksispersonale pr. fuldtidslæge	2,4	1,4	0,9
Andel praktiserende læger på (pct.):			
Solopraksis	5	22	37
Mindre gruppepraksis (2-3)	19	49	41
Mellemstore gruppepraksis(4-5)	26	19	18
Store gruppepraksis (over 5)	49	10	4

Der er tale om en ældre undersøgelse fra 2008. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at forholdene kan have ændret siden. Almen praksis i Danmark er dog stadig kendetegnet ved en forholdsvis høj andel af solopraksis, og det har ikke ændret sig nævneværdigt siden 2008. Derimod har der fundet en lille stigning sted i antallet af praksispersonale (målt i hoveder) siden 2008, som det fremgår af figur 4.26. Der skal dog tages forbehold for, at afgrænsning er forskellig fra den her nævnte undersøgelse.

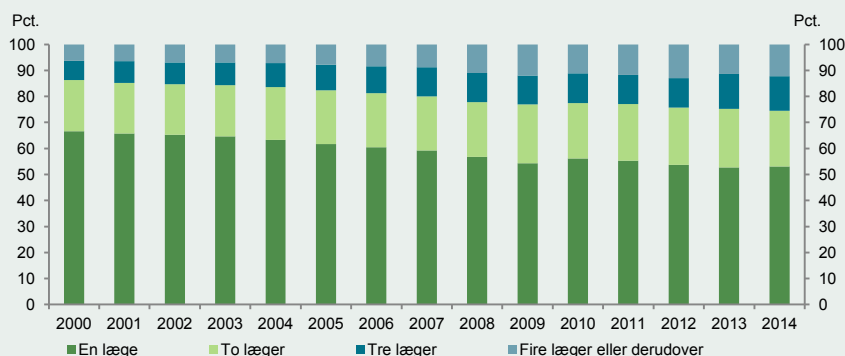
Anm.: Data skal dog tolkes varsomt, eftersom der kan være væsentlige forskelle i landenes serviceudbud og kontaktmønstre til almen praksis.
Kilde: Dansk Sundhedsinstitut (2008): "Effektiv organisering af almen praksis – erfaringer fra udlandet"

Relativt små praksis i Danmark

Den hyppigste organiseringsform i almen praksis er enkeltmandspraksis. Der har dog igennem de seneste 15 år været en bevægelse i retning af flere læger i de enkelte praksis. Andelen af enkeltmandspraksis er således reduceret fra to tredjedele i år 2000 til godt halvdelen i 2014, mens andelen af praksis med 4 eller flere læger er fordoblet fra godt 6 pct. i 2000 til godt 12 pct. i 2014, jf. figur 4.26.

Udviklingen forventes at fortsætte de kommende år i takt med, at ældre solopraktiserende læger går på pension, og andelen af yngre og kvindelige læger stiger. Yngre og kvindelige praktiserende læger er mere tilbøjelige til at praktisere i større enheder.

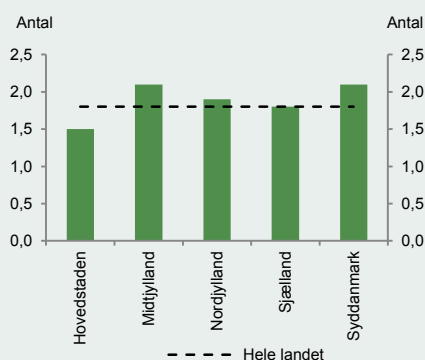
Figur 4.26
Praksis fordelt på antal læger, 2000-2014



Anm.: Antal læger er opgjort i hoveder – og ikke fuldtidslæger. Antal læger dækker som nævnt over alle læger beskæftiget i praksissektoren, uanset speciale og arbejdstid.
Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

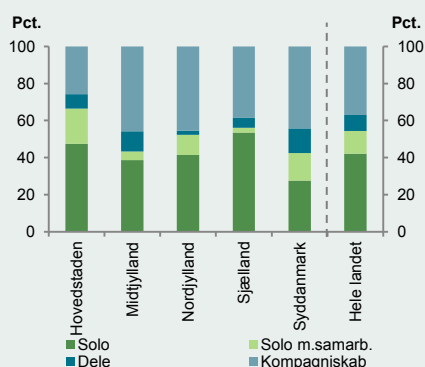
På tværs af regionerne er der betydelige forskelle i gennemsnitligt antal fuldtidslæger pr. praksis med færrest læger i Region Hovedstaden (1,5 pr. praksis) og flest i Region Midtjylland og Syddanmark (2,1 pr. praksis), *jf. figur 4.27*. Det svarer til en forskel på 40 pct. mellem disse regioner.

Figur 4.27
Gennemsnitligt antal fuldtidslæger pr. praksis, 2015



Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Figur 4.28
Fuldtidslæger fordelt på praksistype, 2015



Kilde: Yderregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

Der er tilsvarende betydelige regionale forskelle i praksissammensætningen med flest solo praksis i Region Hovedstaden (ca. 67 pct.) og færrest i Syddanmark (ca. 42 pct.), *jf. figur 4.28*.

Praksisstørrelse og organisering kan have indflydelse på rekruttering og fastholdelse af læger til sektoren, faglig sparring, samlet ressourceanvendelse mv. Det fremgår bl.a. af en

spørgeskemaundersøgelse foretaget af Dansk Selskab for Almen Medicin¹², at de fleste yngre læger ser sig selv i en flerlægepraksis med 2-5 læger. Lægernes begrundelse for at foretrække flerlægepraksis er især knyttet til mulighed for øget fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelse og kollegial sparring.

Praksisstørrelse kan derudover have virkninger i forhold til de praktiserende lægers mulighed for at fremme kvalitet i behandlingen. Således viser et studie en positiv sammenhæng mellem kvalitet og praksisstørrelse, *jf. boks 4.6*.

Boks 4.6

Praksisstørrelsens betydning for kvalitet i almen praksis – Casestudy fra England

De engelske praktiserende læger i England kan som i Danmark vælge at arbejde alene i deres egen praksis eller sammen med andre praktiserende læger i såkaldte gruppepraksis. Over perioden 2004-2010 har der været et organisatorisk skifte af almen praksis i England, således at antallet af fuldtidslæger pr praksis er steget fra 3,6 i 2004 til 4,2 læger i 2010. Det engelske uafhængige mikroøkonomiske analyseinstitut Institute for Fiscal Studies (IFI 2014) har undersøgt sammenhængen mellem praksisstørrelse og en række kvalitetsindikatorer. I undersøgelsen findes en positiv sammenhæng mellem behandlingskvalitet og praksisstørrelse:

- Der er en positiv sammenhæng mellem Quality and Outcomes Framework (QOF) og praksisstørrelse. QOF er et beregnet samlet score af udvalgte kvalitetsmål. Solopraksis har de laveste gennemsnitlige QOF-resultater, mens store praksis (mere end seks fuldtidslæger) har opnået højeste gennemsnitlige resultater
- Praksis med mere end seks fuldtidslæger har i gennemsnit en lavere akut indlæggelsesrate end mindre praksis. Set på patienter med kroniske sygdomme er solopraksis de dårligst præsterede.
- Generelt er der betydelig variation i kvaliteten inden for praksisstørrelser. Dette er særligt gældende blandt solopraksis, hvor en betydelig andel leverer en høj behandlingskvalitet, selvom solopraksis i gennemsnit har dårligere kvalitetsscore.
- Selvom større praksis leverer bedre behandlingskvalitet, så er patienttilfredsheden blandt patienterne tilsyneladende lavere end hos patienter tilknyttet en mindre praksis.

I rapporten kontrolleres bl.a. for forskelle i praksispopulationen, de lokale betingelser og lægernes karakteristik. Der kan dog stadig være forskelle i den underliggende patientpopulations helbredsstatus.

Kilde: Does GP Practice size Matter? - Institute for Fiscal studies, November 2014

Større potentiale for brug af praksispersonale

Uanset praksisstørrelse og praksisorganisering har lægerne mulighed for at benytte praksispersonale. Flerlægepraksis, der har et større patientgrundlag end solopraksis, vil dog have bedre økonomisk og fagligt grundlag for anvendelse af praksispersonale¹³.

Undersøgelser viser, at praksispersonale kan frigive lægelig tid, men også, at lægen ofte vælger at begrænse sin egen indsats i klinikken frem for at varetage flere patienter eller flere opgaver.¹⁴ Dette er formodentlig også en af årsagerne til, at kompagniskabslægehuse i Danmark gennemsnitligt har færre patienter pr. læge end solo- og samarbejdspraksis. Undersøgelser viser også, at praksispersonale kan aflaste den praktiserende læge, hvis

¹² *Sørgeskemaundersøgelse af yngre almenmedicinere vedr. praksisorganisering (2008)*, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Forum for Yngre Almenmedicinere.

¹³ *Almen Praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen – rapport fra udvalg vedrørende almen praksis, november 2008*

¹⁴ *Kapacitet i fremtidens almenpraksis Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner*, Martin Sandberg Buch og Jakob Kjellberg, *Månedsskrift for almen praksis* maj 2011

de løser opgaverne selvstændigt og med minimal indblanding fra lægen. Brug af praksispersonale til klinisk arbejde kræver derfor styring og koordinering, hvis det skal bidrage til øget kapacitet i almen praksis.

De seneste ti år har der været en tendens til stigende beskæftigelse af andre faggrupper end læger i almen praksissektoren relativt til læger, jf. boks 4.7. Det kan indikere, at de alment praktiserende læger i stigende grad ansætter praksispersonale i deres praksisser. De senere år er udviklingen dog stagneret. På tværs af regionerne ses der tydelige forskelle i beskæftigelse af andre faggrupper og dermed tilsyneladende en forskellig brug af praksispersonale.

Almene medicinere uden for almen praksis

Arbejdsstyrken af speciallæger med speciale i almen medicin udgør det primære rekrutteringsgrundlag for beskæftigelsen i almen praksis. Men speciallægerne er ikke kun beskæftiget i almen praksis. I 2014 var der godt 750 speciallæger med speciale i almen medicin, som var beskæftiget i andre brancher end almen praksis fx hospitaler, jf. boks 4.7. Det svarer til ca. 16 pct. af arbejdsstyrken af speciallæger i almen medicin.

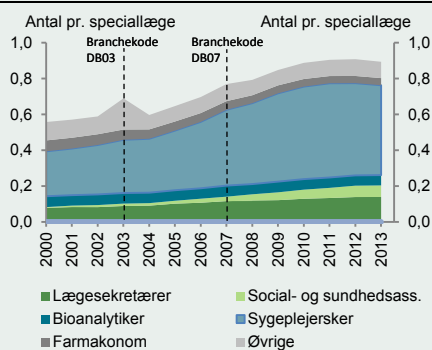
Boks 4.7

Ikke-lægelige beskæftigelse i almen praksis og almene medicinere uden for almen praksis

Yderregisteret om ydere under den offentlige sygesikring indeholder ikke fuldt dækkende registreringer af praksispersonale. Ud fra bevægelsesregisteret – beskrevet i boks 3.1 – er det imidlertid muligt at opgøre beskæftigelsen af ikke-lægelige faggrupper i branchen almen praksis fx sygeplejersker, lægesekretærer etc.. Det kan give en indikation af omfanget af praksispersonale i almen praksis. Branchen almen praksis dækker som nævnet både over lægelige beskæftigelse i dagstid og vagttid. Det er endvidere vigtigt at være opmærksom på, at udviklingen over tid i den branchefordelte beskæftigelse dækker over forskellige overordnede branchekodninger i hhv. Dansk Branchekode 2003 og 2007.

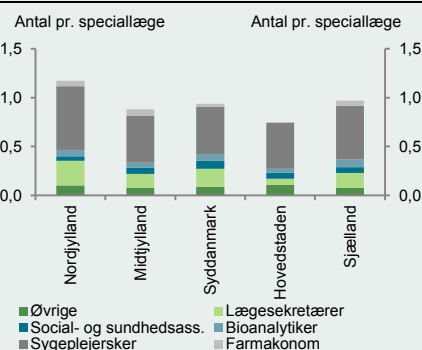
I 2013 var der i almen praksis beskæftiget 0,9 personer med en ikke-lægelige uddannelse for hver speciallæge i almen medicin. De seneste ti år har der fundet en stigning sted i forholdet mellem beskæftigede speciallæger og andre uddannelsesgrupper, jf. figur 4.29. Udviklingen er dog stagneret de senere år. Sygeplejerskerne er den faggruppe, som hyppigst er beskæftiget i almen praksis, og det er især sygeplejersker, som er steget relativt til lægerne. På tværs af regioner ses der forskelle i beskæftigelsen af ikke-lægelige uddannelsesgrupper i almen praksis, jf. figur 4.30.

Figur 4.29
Ikke-lægelige beskæftigelse pr. speciallæge, 2000-2013



Anm.: Den ikke-lægelige beskæftigelse er målt ift. antal speciallæger med speciale i almen medicin beskæftiget i branchen almen praksis.
Kilde: Egne beregninger pba. Bevægelsesregisteret

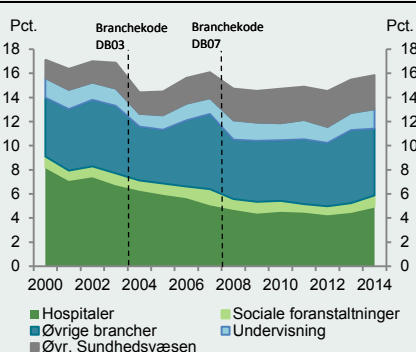
Figur 4.30
Ikke-lægelig beskæftigelse pr. speciallæge, 2013



Anm.: Den ikke-lægelige beskæftigelse er målt ift. antal speciallæger med speciale i almen medicin beskæftiget i branchen almen praksis.
Kilde: Egne beregninger pba. Bevægelsesregisteret

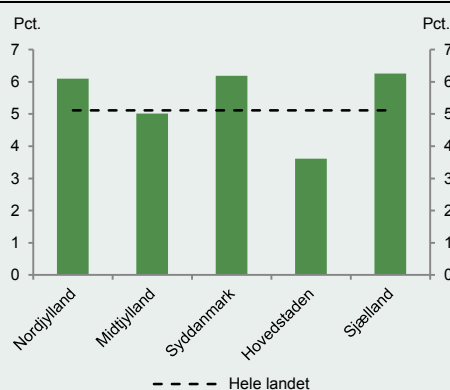
Bevægelsesregisteret kan også belyse antal speciallæger med speciale i almen medicin, som er beskæftiget i andre brancher end almen praksis. Ifølge registeret var der godt 750 almene medicinere, der arbejdede uden for almen praksis i 2014 eller 16 pct. af det samlede antal, jf. figur 4.31. Andelen har været nogenlunde uændret de seneste ti år. Knap 250 almene medicinere eller ca. 5 pct. arbejder på hospitalerne. Omkring 6 pct. af alle almene medicinere i Region Sjælland arbejder på hospitalerne, mens det kun er tilfældet for ca. 3,5 pct. i Region Hovedstaden, jf. figur 4.32.

Figur 4.31
Andel almene medicinere, der arbejder uden for almen praksis, fordelt efter brancher, 2000-2014



Kilde: Egne beregninger pba. Bevægelsesregisteret.

Figur 4.32
Andel hospitalsansatte almene medicinere fordelt efter regioner, 2014



Kilde: Egne beregninger pba. Bevægelsesregisteret.

Både opgørelsen af ikke-lægelig beskæftigelse i almen praksis og antal almene medicinere beskæftiget i andre brancher end almen praksis er målt i hoveder og ikke omregnet til fuldtidsstillinger. Forskelle i arbejdstid mellem faggrupper og brancher kan påvirke forholdet.

Kilde: esundhed.dk og Danmarks Statistik

4.5 Kan udfordringerne i almen praksis afgrænses til bestemte dele af landet?

På tværs af landet er der forskellige udfordringer i forhold til at sikre en passende lægedækning, herunder effektiv anvendelse af lægekapaciteten samt hensigtsmæssig brug af almen praksis ydelser.

I tabel 4.3 er der angivet en markering af, om de enkelte kommuner og regioner er udfordret samt på hvilke parametre. Metoden til selve farvelægningen fremgår af boks 4.8.

Konklusionerne er:

- *I Region Hovedstaden er de enkelte praksis forholdsvis små og brugen af klinikpersonale er relativt begrænset sammenlignet med de øvrige regioner. Lægerne har relativt flere patienter end andre steder i landet, men patienterne er forholdsvis unge og har færre sygdomsmæssige og socioøkonomiske udfordringer sammenlignet med andre dele af landet.*
 - *I Bornholms Kommune har relativt mange praksis lukket for tilgang af nye patienter, den enkelte læge har i gennemsnit 1.400 patienter tilmeldt, og lægerne er i gennemsnit 54 år. Befolkningen er samtidigt relativt ældre og forholdsvis mere syg end i øvrige kommuner. Lægerne i kommunen anvender klinikpersonalet i mindre grad sammenlignet med resten af landet, og befolkningen bruger almen praksis i højere grad, end deres køns- og alderssammensætning umiddelbart tilsiger.*
 - *Der kan herudover være indikationer af kapacitetsmæssige udfordringer bl.a. i Tårnby, Dragør og en række vestegnskommuner. Relativt mange praksis har frivilligt lukket for tilgang af nye patienter og anvender klinikpersonalet i meget begrænset omfang.*
 - *Praksis er generelt relativt små i de fleste kommuner i Region Hovedstaden – dog ikke i Egedal, Halsnæs, Gribskov og Frederikssund kommune. I Egedal kommune er der i gennemsnit 4 fuldtidslæger pr. praksis.*
- *I Region Midtjylland er der generelt en god lægedækning i almen praksis sammenlignet med de øvrige regioner. Indbyggerne kontakter dog lægen lidt hyppigere, end deres køns- og alderssammensætning umiddelbart tilsiger.*
 - *Visse kapacitetsmæssige udfordringer findes i Horsens Kommune, hvor relativt mange praksis har lukket for tilgang. Antal patienter pr. læge ligger i gennemsnit lige over normtallet, og lægerne er i gennemsnit 53 år gamle.*
 - *I Lemvig Kommune er lægerne i gennemsnit 60 år gamle, og praksis er forholdsvis små.*

- *I Region Nordjylland har landets laveste lægedækning. De enkelte læger har derfor relativt mange patienter tilmeldt, og en relativt stor del af praksis har lukket for tilgang af nye patienter.*
 - *Inden for regionen er de største lægedækningsudfordringer i Morsø Kommune. Lægerne har forholdsvis mange patienter, og hovedparten af klinikkerne har lukket for tilgang af nye patienter. Hertil kommer, at lægerne i gennemsnit er over 60 år gamle. Modsat andre kommuner i regionen anvendes klinikpersonalet i høj grad, dog er de enkelte praksis relativt små.*
 - *I de fleste øvrige kommuner er der også kapacitetsmæssige udfordringer. Det skyldes primært, at en relativt høj andel af praksis frivilligt har lukket for tilgang af nye patienter, samt at lægernes gennemsnitlige alder er relativt høj. Fx har 94 pct. af klinikkerne lukket for tilgang af nye patienter i Thisted. Det gennemsnitlige antal patienter pr. læge er under normtallet på 1.600, og lægernes gennemsnitlige alder er 57 år. Andre steder er der relativt mange patienter tilmeldt den enkelte praksis – fx Frederikshavn, hvor der i gennemsnit er over 1.800 patienter pr. læge. Omkring 65 pct. af klinikkerne har lukket for tilgang af nye patienter i kommunen.*
- *I Region Sjælland er der også visse udfordringer ift. kapacitet. Derudover har regionen relativt flere syge, ældre og personer på førtidspension sammenlignet med de øvrige regioner.*
 - *Guldborgsund og Lolland kommuner har visse kapacitetsmæssige udfordringer og en patientpopulation med en vis tyngde. Kapacitetsmæssige udfordringer skyldes primært, at relativt mange klinikker frivilligt har lukket for patienttilgangen, mens antallet af patienter ligger lige omkring normtallet.*
- *I Region Syddanmark er der relativt få patienter pr. læge sammenlignet med landsgennemsnittet. Befolkningen bruger almen praksis noget mere, end deres køns- og alderssammensætning tilsiger.*
 - *Der er en række kapacitetsmæssige udfordringer i flere af regionens kommuner. Disse skyldes dog først og fremmest, at relativt mange praksis har lukket for tilgang af nye patienter. Antallet af patienter pr. læge ligger i gennemsnit langt under normtallet for de fleste kommuner. Fx har 83 pct. af praksis lukket for tilgang af nye patienter i Assens, mens det gennemsnitlige antal tilmeldte patienter pr. læge i kommunen er ca. 1.360. Lægernes gennemsnitlige alder i Assens er 52 år.*
 - *I de fleste kommuner bruger befolkningen almen praksis mere end deres køns- og alderssammensætning tilsiger.*

- Der er flere kommuner i regionen med en relativ stor andel af syge, ældre og personer på førtidspension. Det gælder særligt Langeland og Ærø kommuner.

Tabel 4.3
Karakteristika for almen praksis fordelt på kommuner og regioner, 2015

	Kapacitet			Organisering		Brugen af almen praksis	Befolkningens karakteristika***			
	Tilmeldte pr. læge*	Lukket for tilgang*	Lægens alder*	Læger pr. praksis*	Klinikpersonale pr. speciallæge**		Ydeshonorar**	Ældre 80+ år	Sygelighed	Førtidspension
Region Hovedstaden	1.660	44	53	1,5	0,7	910	3,9	7,0	4,4	43,3
Albertslund	1.720	75	56	1,5	1,0	940	2,7	7,5	6,2	36,3
Allerød	1.610	22	50	1,8	0,6	930	4,1	7,2	3,0	29,5
Ballerup	1.570	25	52	1,8	0,7	910	4,4	8,3	7,6	38,6
Bornholm	1.400	67	54	2,3	0,8	1.120	6,3	9,9	10,7	39,1
Brøndby	1.710	60	54	1,3	0,7	930	4,8	8,5	8,1	41,8
Dragør	1.550	83	61	1,0	0,7	850	5,1	8,6	2,7	33,5
Egedal	1.560	33	50	4,0	0,9	940	2,5	6,9	3,4	26,2
Fredensborg	1.520	33	55	1,3	0,8	1.010	4,0	7,7	6,0	35,9
Frederiksberg	1.660	39	55	1,2	0,6	830	4,2	6,9	3,6	53,4
Frederikssund	1.580	9	52	2,6	0,8	1.020	3,9	8,3	5,1	34,0
Furesø	1.580	28	54	1,3	0,8	930	4,9	7,4	4,3	34,2
Gentofte	1.710	47	55	1,2	0,6	870	5,0	7,3	2,7	43,8
Gladsaxe	1.690	48	55	1,2	0,7	890	4,8	7,2	5,2	46,8
Glostrup	1.770	100	49	1,6	0,9	870	5,2	8,1	4,8	45,8
Gribskov	1.510	10	52	2,6	0,9	950	4,3	8,7	5,7	32,0
Halsnæs	1.590	67	48	3,0	1,1	980	4,4	9,3	7,1	35,7
Helsingør	1.610	35	54	1,7	0,9	1.010	4,7	8,4	6,6	40,2
Herlev	1.700	33	52	1,3	1,1	900	5,0	8,2	5,8	42,0
Hillerød	1.590	31	51	1,9	1,0	910	4,0	7,2	4,8	36,6
Hvidovre	1.680	38	53	1,4	0,8	900	4,4	7,6	5,5	42,7
Høje-Taastrup	1.650	40	52	1,6	1,0	930	3,1	7,4	5,8	37,1
Hørsholm	1.580	11	50	2,0	0,9	980	6,9	8,6	3,3	38,7
Ishøj	1.800	67	52	1,5	1,1	990	2,3	7,4	6,7	37,8
København	1.730	53	53	1,4	0,6	860	2,4	5,5	3,2	56,1
Lyngby-Taarbæk	1.670	21	53	1,5	0,9	880	6,3	7,4	3,6	47,5
Rudersdal	1.520	19	52	1,3	0,8	870	6,4	7,8	3,4	39,2
Rødovre	1.720	25	52	1,5	1,0	960	5,5	7,6	5,1	46,0
Tårby	1.680	72	53	1,4	0,4	880	4,7	7,7	4,2	40,6
Vallensbæk	1.660	83	48	1,7	0,5	910	3,1	7,6	2,8	32,1
Region Midtjylland	1.560	40	53	2,1	0,9	1.020	4,0	6,6	6,8	37,1
Favrskov	1.480	8	58	2,7	0,9	1.080	3,5	6,4	5,6	32,7
Hedensted	1.540	0	54	3,9	0,9	1.020	4,4	6,8	5,3	33,5
Herning	1.540	59	52	3,2	1,0	1.010	4,1	6,5	7,6	36,7
Holstebro	1.580	39	53	2,2	0,7	1.000	4,4	6,6	6,5	36,5
Horsens	1.650	71	53	2,6	0,8	1.020	3,8	7,0	6,7	37,5
Ikast-Brande	1.530	10	54	2,7	0,9	1.070	4,1	6,6	7,2	35,2
Lemvig	1.400	40	60	1,4	0,8	950	5,3	8,1	7,6	36,2
Norddjurs	1.540	53	54	1,7	1,1	1.050	5,5	7,5	7,6	38,1
Odder	1.510	30	50	1,4	0,9	1.020	4,6	7,0	6,2	34,3
Randers	1.630	54	55	1,6	1,0	1.000	4,4	7,1	7,9	39,3
Ringkøbing-Skjern	1.440	40	53	2,5	1,1	1.020	5,0	6,6	7,6	36,1
Silkeborg	1.510	32	51	2,4	0,8	1.030	4,0	7,0	5,4	35,1
Skanderborg	1.510	36	51	2,6	1,0	1.020	3,1	6,2	5,3	32,1
Skive	1.630	63	54	1,8	1,2	1.030	5,1	7,5	8,5	36,9
Struer	1.440	22	50	1,6	0,9	1.060	4,9	7,4	7,8	35,9
Syddjurs	1.260	8	56	2,4	0,9	1.050	4,6	7,3	7,2	34,2
Viborg	1.580	33	52	2,1	1,0	1.100	4,3	7,2	7,1	37,0
Aarhus	1.640	42	53	1,7	0,8	1.010	3,3	5,8	6,7	41,3
Hele landet	1.610	45	53	1,8	0,9	980	4,2	7,2	6,3	38,9

Anm.: **Kapacitet:** Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge (afrundet til nærmeste tiendedele), andel praksis lukket for tilgang af patienter og lægens gennemsnitlige alder. **Organisering:** Antal fuldtidslæger pr. praksis og klinikpersonale pr. speciallæge. **Brugen af almen praksis:** Køns- og alders-standardiseret bruttohonorar pr. indbygger (afrundet til nærmeste tiendedele). **Befolkningens karakteristika:** Andel indbyggere over 80 år, andel indbyggere med en vis sygelighed (Charlson komorbiditetsindeks på 2 eller derover), andel førtidspensionister og andel enlige på 65 år eller derover. Klinikpersonale pr. speciallæge er opgjort som den ikke-lægelige beskæftigelse pr. speciallæge (almen medicin) i 2013 i branchen almen praksis pba. Bevægelsesregisteret. Antal læger hhv. speciallæger opgjort pba. Yderrregisteret og Bevægelsesregisteret måler antal hoveder uanset arbejdstid. Afgrænsningen af læger og branche er endvidere forskellig mellem Yderrregisteret og Bevægelsesregisteret jf. boks 3.1 og 4.1.

Kilder:

* Yderrregisteret og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

**Egne beregninger pba. Bevægelsesregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret. I tillæg til ydeshonoraret modtager almen praksis også et basishonorar. Basishonoraret udgør 100,74 kr. pr. grp. 1 sikret for et kvartal i 14-priser (pr. 1.4.2014)

***CPR-registeret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (marts 2016), Landspatientregisteret, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 4.3 – fortsat
Karakteristika for almen praksis fordelt på kommuner og regioner, 2015

	Kapacitet			Organisering		Brugen af almen praksis	Befolkningens karakteristika***			
	Tilmeldte pr. læge*	Lukket for tilgang*	Lægens alder*	Læger pr. praksis*	Klinikpersonale pr. speciallæge**		Ydelses-honorar**	Ældre 80+ år	Sygelighed	Førtidspension
Region Nordjylland	1.720	77	55	1,9	1,2	1.000	4,7	7,0	7,0	37,9
Aalborg	1.670	90	53	2,1	1,2	1.000	4,0	6,1	5,3	39,4
Brønderslev	1.700	90	57	1,7	1,3	1.010	5,2	6,9	7,4	36,6
Frederikshavn	1.810	65	58	1,9	1,0	980	5,5	8,4	8,4	37,7
Hjørring	1.740	80	55	1,6	1,3	960	5,2	7,6	7,6	37,8
Jammerbugt	1.680	63	57	2,5	1,2	930	4,6	7,4	8,0	34,2
Mariagerfjord	1.720	60	54	1,6	1,3	1.020	4,7	7,1	7,6	37,8
Morsø	2.760	86	60	1,1	2,5	1.130	5,9	7,7	10,9	38,4
Rebild	1.700	33	56	1,8	0,8	1.070	4,2	6,4	4,7	35,1
Thisted	1.570	94	57	1,6	0,9	960	5,0	7,1	9,4	37,8
Vesthimmerland	1.730	40	53	2,3	1,1	1.150	5,1	7,6	8,7	37,7
Region Sjælland	1.640	51	53	2,6	1,0	960	4,4	8,0	7,7	36,8
Faxe	1.570	11	52	1,8	1,1	1.130	4,2	7,7	5,7	35,2
Greve	1.680	83	52	1,1	0,9	930	3,0	7,6	5,1	31,3
Guldborgsund	1.580	81	53	1,8	1,0	910	5,8	9,3	10,8	39,3
Holbæk	1.590	20	52	2,4	1,0	960	4,1	7,8	7,3	35,6
Kalundborg	1.620	67	55	1,4	1,0	890	4,6	8,7	10,4	37,4
Køge	1.700	52	53	1,6	0,8	1.010	3,5	7,2	5,5	33,7
Lejre	1.630	50	56	1,8	1,1	890	3,7	7,3	4,9	30,0
Lolland	1.630	74	56	1,4	1,2	930	6,2	10,2	14,5	41,1
Næstved	1.680	14	52	2,3	1,1	1.080	4,2	7,5	7,8	38,3
Odsherred	1.520	10	57	1,9	0,8	880	5,4	10,2	11,2	37,8
Ringsted	1.770	75	47	2,3	0,8	960	3,8	7,2	6,9	37,3
Roskilde	1.670	48	52	1,6	0,8	880	4,0	7,1	4,6	37,5
Slagelse	1.640	80	54	1,8	1,1	970	4,5	8,0	7,7	39,5
Solrød	1.720	50	57	3,5	1,1	1.040	3,0	7,2	3,3	30,8
Sorø	1.550	0	51	2,4	0,9	970	4,4	7,6	7,7	37,3
Stevns	1.600	67	57	4,0	0,8	970	4,7	8,6	5,9	32,6
Vordingborg	1.710	32	56	1,4	1,1	1.020	5,2	8,5	10,3	38,8
Region Syddanmark	1.530	34	52	2,1	0,9	1.050	4,7	7,7	7,6	37,2
Aabenraa	1.440	11	55	1,9	0,7	1.030	4,7	7,9	7,7	36,1
Assens	1.360	83	52	2,8	0,9	1.130	5,0	8,1	7,9	35,1
Billund	1.340	81	54	1,7	0,7	1.020	4,8	7,2	7,9	35,9
Esbjerg	1.540	20	53	2,0	0,8	1.010	4,1	7,8	8,0	38,2
Faaborg-Midtfyn	1.480	67	53	2,3	1,0	1.040	5,6	7,9	8,9	35,6
Fredericia	1.650	52	50	1,8	1,1	990	4,4	8,2	6,9	37,6
Haderslev	1.460	50	50	2,4	0,8	1.050	4,8	7,9	7,4	36,6
Kerteminde	1.590	74	55	1,9	1,1	1.080	5,0	8,5	6,9	35,7
Kolding	1.600	14	52	2,0	0,9	1.030	4,0	7,1	6,3	37,0
Langeland	1.390	10	62	1,5	1,4	1.100	8,6	10,6	13,0	40,3
Middelfart	1.410	75	54	2,8	1,0	1.070	4,7	8,2	7,7	35,3
Nordfyn	1.560	48	53	2,1	1,2	1.140	4,6	8,2	8,1	35,0
Nyborg	1.510	80	52	2,6	0,9	1.000	5,4	8,4	11,2	36,8
Odense	1.740	50	51	1,9	1,0	1.080	3,9	7,1	7,2	40,5
Svendborg	1.520	0	51	2,0	1,0	1.010	5,1	8,0	8,2	38,4
Sønderborg	1.460	67	52	2,3	1,0	1.120	5,3	8,6	8,3	35,7
Tønder	1.350	32	56	2,4	0,9	1.140	5,6	8,6	8,7	36,7
Varde	1.530	44	52	1,9	1,4	1.130	5,1	7,5	6,9	35,2
Vejle	1.360	17	50	2,4	1,1	1.180	4,9	7,6	6,8	34,5
Vejle	1.610	35	50	2,3	0,8	990	4,1	6,9	6,4	37,8
Ærø	1.040	0	52	1,5	0,2	840	8,9	10,3	10,2	41,5
Hele landet	1.610	45	53	1,8	0,9	980	4,2	7,2	6,3	38,9

Anm.: **Kapacitet:** Antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge (afrundet til nærmeste tiendedele), andel praksis lukket for tilgang af patienter og lægens gennemsnitlige alder. **Organisering:** Antal fuldtidslæger pr. praksis og klinikpersonale pr. speciallæge. **Brugen af almen praksis:** Køns- og alders-standardiseret bruttohonorar pr. indbygger (afrundet til nærmeste tiendedele). **Befolkningens karakteristika:** Andel indbyggere over 80 år, andel indbyggere med en vis sygelighed (Charlson komorbiditetsindeks på 2 eller derover), andel førtidspensionister og andel enlige på 65 år eller derover. Klinikpersonale pr. speciallæge er opgjort som den ikke-lægelige beskæftigelse pr. speciallæge (almen medicin) i branchen almen praksis pba. Bevægelsesregisteret. Antal læger hhv. speciallæger opgjort pba. Yderregisteret og Bevægelsesregisteret måler antal hoveder uanset arbejdstid. Afgrænsningen af læger og branche er endvidere forskellig mellem Yderregisteret og Bevægelsesregisteret jf. boks 3.1 og 4.1.

Kilder:

* Yderregisteret og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

** Egne beregninger pba. Bevægelsesregisteret, Sygesikringsregisteret og CPR-registeret.

*** CPR-registeret, de reviderede algoritmer til brug for dannelsen af register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (marts 2016), Landspatientregisteret, Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase DREAM, Sundhedsdatastyrelsen.

Boks 4.8

Forklaring af farvekodning

I dette kapitel er der set på forskellige aspekter af lægedækningen i almen praksis, herunder lægekapaciteten, organiseringen, brugen af almen praksis og befolkningens baggrundskarakteristika. Det er vigtigt at undersøge alle disse aspekter af lægedækningen på tværs af landet. I områder med mange patienter pr. læge kombineret med en tung patientpopulation og fx begrænset brug af praksispersonale har lægen et betydeligt større arbejdspress, hvis der skal opnås gode behandlingsresultater. For at illustrere variationen på tværs af landet er værdierne for de enkelte variable inddelt i tre intervaller og tildelt en farvekodning, som angiver, om de kommunale værdier er særligt høje eller lave i forhold til det landsgennemsnitlige niveau.

Farvekodningen for de enkelte variable er baseret på kvartilerne i fordelingen af de kommunale gennemsnit. Kommunale gennemsnitlige niveauer for en variabel, som er lavere eller lig med end den nedre kvartil – dvs. observationen hvor alle observationer mindre end den udgør 25pct. af alle observationerne – markeres med lysegrøn farve. Og kommunale gennemsnitlige niveauer for en variabel, som er større eller lig med den nedre kvartil – dvs. observationen hvor alle observationer mindre end den udgør 25pct. af alle observationerne – markeres med mørkegrøn farve. Kommunale gennemsnitlige niveauer mellem den nedre og øvre kvartil markeres mellemgrøn. Markering af læger pr. praksis og klinikpersonale pr. læge er farvet omvendt, således, at en lav værdi medfører en mørkegrøn farve, mens en høj værdi medfører en lysegrøn farve, jf. tabel a.

Tabel a. Minimum, kvartiler, maksimum og farvekodning af de enkelte variable

	Tilmeldte pr. læge	Lukket for tilgang	Lægens alder	Læger pr. praksis	Klinikpersonale pr. speciallæge	Ydelseshonorar	Ældre over 80 + år	Sygelighed	Førtidspension	Enlige 65+ år
Minimum	1.040,0	0,0	47,4	1,0	0,2	830,0	2,3	5,5	2,7	26,2
1. kvartil	1.520,0	25,0	51,8	1,5	0,8	930,0	4,1	7,1	5,3	35,2
3. kvartil	1.680,0	66,7	54,9	2,4	1,1	1.040,0	5,1	8,2	7,9	38,7
Maksimum	2.760,0	100,0	62,0	4,0	2,5	1.180,0	8,9	10,6	14,5	56,1
Interval 1	1.040-1.520	0-25,0	47,4-51,8	1-1,5	0,2-0,8	830-930	2,3-4,1	5,5-7,1	2,7-5,3	26,2-35,2
Interval 2	1.521-1.679	25,1-66,6	51,9-54,8	1,6-2,3	0,9-1,0	931-1.039	4,2-5,0	7,2-8,1	5,4-7,8	35,3-38,6
Interval 3	1.680-2.760	66,7-100	54,9-62	2,4-4	1,1-2,5	1.040-1.180	5,1-8,9	8,2-10,6	7,9-14,5	38,7-56,1

Lægedækning i by- og udkantsområderne

Det er undersøgt, om de enkelte aspekter af lægedækningen er særligt gældende for udkantsområder eller fx byer.

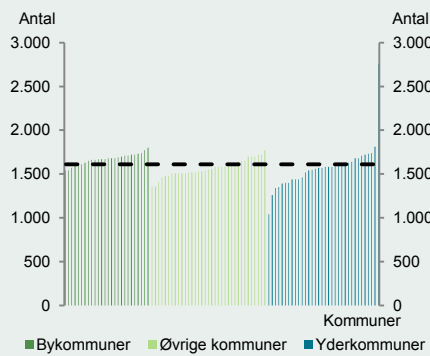
Der findes ikke én officiel definition af, hvordan udkantsområderne skal afgrænses. I dette kapitel er kommunerne inddelt i tre kommunetyper – bykommune, øvrig kommune og yderkommuner efter definitionerne i Det Økonomiske Råds formandskab - Dansk Økonomi, forår 2015, jf. boks 4.9.

Der er generelt betydelige variationer inden for hver af de tre kommunetyper, jf. figur 4.30.

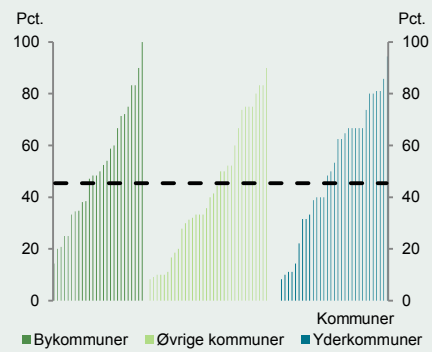
Figur 4.33

Fordelingen af de enkelte indikatorer på kommune­type, 2015

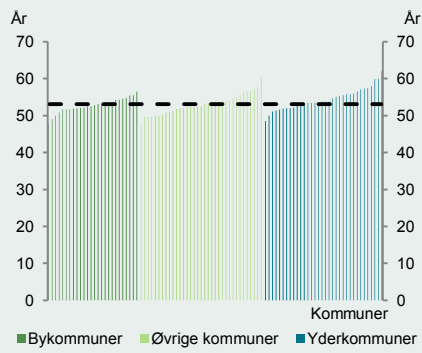
Antal tilmeldte patienter pr. læge



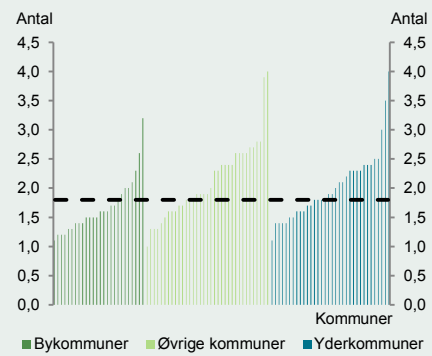
Andel praksis lukket for tilgang

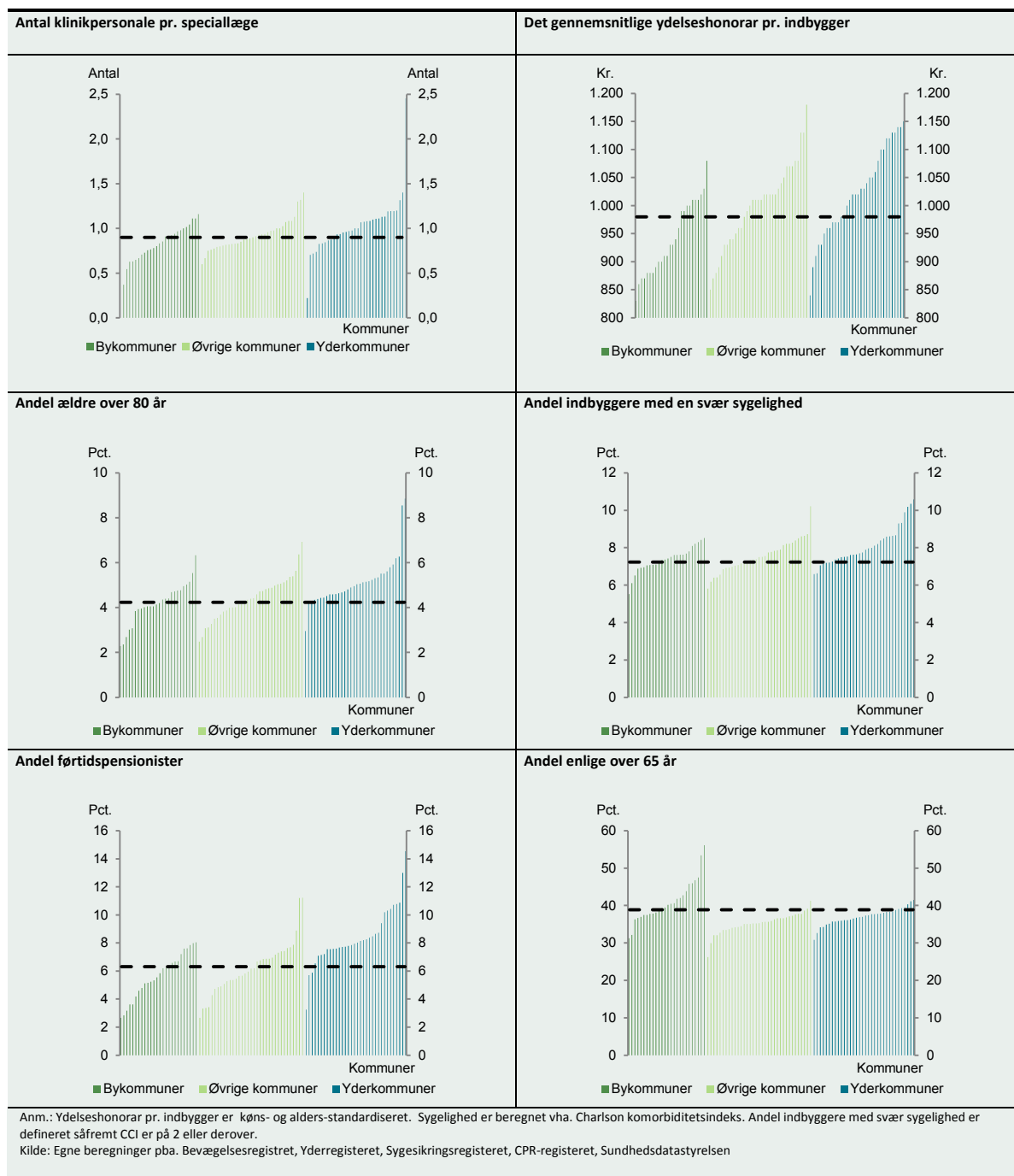


Lægens gennemsnitlige alder



Antal læger pr. praksis





Det ses af figur 4.33, at:

- Et større antal tilmeldte patienter pr. læge ses generelt i flere bykommuner end i de øvrige typer kommuner.
- Der er en betydelig variation i, hvor stor en andel praksis der har lukket for tilgang af nye patienter – fra ingen praksis i kommunen til stort set alle praksis. Det gælder alle tre kommunetyper.

- Lægerne er i gennemsnit ældre i flere yderkommuner end i de øvrige kommunetyper.
- I yderkommuner og øvrige kommuner har forholdsvis flere læger organiseret sig i større praksis og anvender klinikpersonalet i højere grad, end det er tilfældet for læger placeret i bykommuner.
- I flere yderkommuner og øvrige kommuner benytter befolkningen almen praksis i højere grad, end deres køns- og alderssammensætning umiddelbart tilsiger.
- Kommuner i yderområderne og i øvrige kommuner har en relativt tungere befolkning sammenlignet med bykommunerne, bortset fra andel enlige ældre, der er højere i bykommunerne.

Boks 4.9

Definition af kommunetyper

Kommunetyper

Kommuner, hvor medianborgeren har mere end en halv times kørsel til centrum af en by med mere end 45.000 indbyggere, defineres som yderkommuner. I yderkommunerne bor der knap 1,5 mio. indbyggere, hvilket svarer til ca. 25 pct. af Danmarks befolkning og halvdelen af Danmarks areal.

Yderkommuner er generelt kendetegnede ved, at befolkningen i disse områder har lavere gennemsnitlige indkomster og et lavere uddannelsesniveau, samt at der er relativt færre unge og relativt flere ældre. Der er også generelt flere i den arbejdsdygtige alder, der står uden for arbejdsmarkedet, og flere modtager offentlige indkomstoverførsler. Yderkommunerne er pr. definition relativt langt væk fra større byområder, hvor en række offentlige velfærdsinstitutioner som uddannelsesinstitutioner og hospitaler er placeret. Det betyder, at borgerne kan opfatte adgangen til den offentlige service som ringere, end borgere gør andre steder i landet. Disse kommuner er også kendetegnede ved, at befolkningstallet er faldet de senere år, mens det i resten af Danmark er steget.

Bykommuner omfatter kommuner i hovedstadsområdet og kommuner med byer med mere end 45.000 indbyggere. Øvrige kommuner er kommuner, der hverken er yderkommuner eller bykommuner. Denne definition indebærer, at 35 kommuner betegnes som yderkommuner, 27 som bykommuner og 36 som øvrige kommuner.

Kapitel 5: Fordelingen af øvrige speciallæger

Afsnittet indledes med en beskrivelse af speciallæger ansat på sygehuse, herunder hvordan gruppen adskiller sig fra alment praktiserende læger. Der vil blandt andet være fokus på det forhold, at specialeplanlægningen og specialiserede funktioner – som af hensyn til patientkvalitet og ressourceforbrug er placeret få steder i landet – kan indebære en ulige – men tilsigtet - geografisk fordeling af speciallæger.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er følgende:

- Den geografiske fordeling af sygehuslæger pr. 1.000 indbyggere varierer på tværs af regioner, og der er flest speciallæger pr. indbygger på sygehuse i Hovedstaden, Midtjylland og Syddanmark.
- Den regionale variation kan i et vist omfang forklares ud fra patienttrafik over regionsgrænser og forskelle i behandlingstygnde samt forskelle i lægelige opgaver, som ikke er direkte forbundet med patientbehandling, fx forskningsopgaver.
- De uddannede speciallæger – herunder de senere års tilgang af speciallæger - opnår hovedsageligt ansættelse på hospitalerne eller i praksissektoren frem for andre brancher. Det kan være en indikation af, at regionerne er konkurrencedygtige i forhold til det øvrige lægelige arbejdsmarked. Der ses dog stor variation mellem videreuddannelsesregionerne i niveauet af vakante hoveduddannelsesforløb. Det kan pege på lokale rekrutteringsproblemer.
- Den overordnede regionale variation dækker over betydelige forskelle for de enkelte specialer. Det kan som sagt være en naturlig konsekvens af behovet for specialisering, men inden for specialet psykiatri ses en særlig udtalt variation.
- Regionerne kan selv vælge organisering og brug af praktiserende speciallæger frem for fx ambulant behandling på sygehuse. Der ses en relativt skæv fordeling af praktiserende speciallæger pr. indbygger, som bl.a. afspejler, at Region Hovedstaden i højere grad har valgt en organisering med praktiserende speciallæger.
- Praktiserende speciallæger udgør et forholdsvist lille antal af læger, og set i sammenhæng med det samlede antal speciallæger på sygehuse bidrager fordelingen af praktiserende speciallæger ikke til en væsentlig større samlet skævhed på tværs af regioner.

- *Region Hovedstadens borgere modtager flere ydelser hos de praktiserende speciallæger, men når borgernes brug af ydelser sammenholdes med ambulante besøg på sygehusene udlignes denne forskel delvis.*

5.1 Geografisk fordeling af speciallæger ansat på sygehuse

I 2015 var der godt 7.000 fuldtidsbeskæftigede speciallæger på regionernes sygehuse. Det svarer til 1,25 speciallæge pr. 1.000 indbyggere eller 800 borgere pr. speciallæge, jf. figur 5.1. Der ses nogen variation på tværs af regionerne. I Region Hovedstaden var der 1,5 speciallæge pr. 1.000 indbyggere, mens der i Region Nordjylland og Region Sjælland var omkring 1,0 speciallæge pr. 1.000 indbyggere.

Siden 2008 er antallet af speciallæger pr. indbygger steget i alle regionerne. Stigningen har været størst i Region Sjælland, mens Region Hovedstaden har oplevet den laveste stigning i antal speciallæger pr. indbygger. Selvom der er geografisk forskel på fordelingen af speciallæger – særligt mellem Region Hovedstaden og de øvrige regioner – har der således været en udvikling i retning af en mere ligelig geografisk fordeling af speciallæger pr. indbygger pga. befolkningstilvæksten i Hovedstaden, også jf. kapitel 3.

Figur 5.1
Speciallæger på sygehusene opgjort pr. 1.000 indbyggere



Anm.: Figuren viser antal fuldtidsbeskæftigede speciallæger på regionernes sygehuse pr. december måned opgjort i forhold til regionens indbyggertal i 4. kvartal.
Kilde: Danske Regioner (KRL) og Danmarks Statistik, egne beregninger

Antal speciallæger pr. 1.000 indbyggere er en simpel indikator for borgernes adgang til lægelige ressourcer, og der kan være forskellige forklaringer på variation på tværs af regioner, som ikke nødvendigvis er udtryk for ulige adgang til sundhedsydelser for borgerne. For at få et mere retvisende billede af borgernes reelle adgang til lægelige ressourcer på sygehusene, er der behov for at tage højde for flere forhold.

For det første foregår der en del trafik af patienter mellem regionerne. Sygehusenes organisering bl.a. ift. de specialiserede funktioner gør, at nogle borgere vil skulle behandles i en anden region end bopælsregionen for at få den nødvendige behandling. Alle regionerne behandler borgere, som er bosat i andre regioner, men det gør sig i højere grad gældende for Region Hovedstaden. I Region Hovedstaden var ca. 90-92 pct. af patienter med en indlæggelse eller et ambulante besøg bosat i hovedstaden, jf. tabel 5.1. De resterende 8-10 pct. var hovedsagelig bosat i Region Sjælland og i mindre grad i de øvrige regioner.

Ydermere er Rigshospitalet i somatikken specialiseret hospital for både Færøerne og Grønland

Tabel 5.1
Indlagte patienter (somatik) fordelt på bopælsregion og behandlingsregion, 2015

		Sygehusregion				
		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Bopælsregion	Nordjylland	96,7	2,9	0,5	0,3	0,2
	Midtjylland	2,0	93,3	2,4	0,7	0,8
	Syddanmark	0,5	2,7	95,1	0,8	0,8
	Hovedstaden	0,6	0,6	0,7	92,2	3,5
	Sjælland	0,2	0,4	1,3	5,9	94,7
	I alt	100	100	100	100	100

Anm.: Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse. En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen. Patienter er antallet af unikke patienter, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. Når der tælles unikke patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), egne beregninger

Tabel 5.2
Ambulante patienter (somatik) fordelt på bopælsregion og behandlingsregion, 2015

		Sygehusregion				
		Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland
Bopælsregion	Nordjylland	97,0	3,2	0,4	0,5	0,1
	Midtjylland	2,1	93,7	4,8	1,8	0,3
	Syddanmark	0,4	2,5	93,2	0,8	0,4
	Hovedstaden	0,4	0,4	0,7	89,7	3,3
	Sjælland	0,1	0,2	0,9	7,1	95,9
	I alt	100	100	100	100	100

Anm.: Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en afdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg tælles som en patients fremmøde på et ambulatorium, i en tværgående klinisk serviceafdeling, et hjemmebesøg af et sundhedsfagligt uddannet personale eller modtaget en afregningsberettiget telemedicinsk ydelse. Der opgøres kun ét ambulant besøg per dag per afdeling. Skadestuekontakt og akut ambulant kontakt indgår under ambulante besøg. Patienter er antallet af unikke patienter, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. Når der tælles unikke patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), egne beregninger

For det andet kan der – som følge af sygehusvæsenets organisering og specialisering – være regionale forskelle i patienternes sygdomme og behandlingstygde. Det kan indebære, at nogle regioner bruger flere speciallæger pr. 1.000 indbyggere. Det kan derfor være mere relevant at sammenligne antal speciallæger pr. produceret enhed (produktionsværdi), hvor der tages højde for behandlingens ressourcemæssige tyngde.

For det tredje kan regionernes opgaver variere. Nogle regioner varetager i højere grad funktioner og opgaver, som ikke er forbundet med direkte patientbehandling, fx forskning. Og disse lægelige aktiviteter kan ikke betragtes som en kapacitet, der er til rådighed for regionens patienter.

Af tabel 5.3 fremgår forskellige andele for regionale aktiviteter sammenholdt med regionens befolkningsandel. Det ses af tabellen, at Region Hovedstaden, som har flest speciallæger pr. indbyggere, også behandler en større andel af de samlede patienter og står for en større andel af de samlede kontakter til sygehusvæsenet sammenlignet med regionens befolkningsandel. Regionen har også den højeste andel af den samlede produktionsværdi og de samlede forskningsudgifter – andele som overstiger regionens befolkningsandel. Det giver en indikation af, at variationen i speciallæger pr. 1.000 indbyggere også er et udtryk for organiseringen og opgavesammensætningen i sygehusvæsenet.

Tabel 5.3
Regionsandele for befolkning, patienter, sygehuskontakter, produktionsværdi og forskningsudgifter, 2015

Pct.	Befolkning	Behandlede patienter	Produktionsværdi*	Forskningsudgifter**
Nordjylland	10,3	9,3	8,7	9,5
Midtjylland	22,7	20,9	21,8	22,1
Syddanmark	21,2	22,2	21,6	21,1
Hovedstaden	31,3	33,4	35,5	40,6
Sjælland	14,5	14,3	12,4	6,7
Hele landet	100,0	100,0	100,0	100,0

Anm.: Behandlede patienter dækker over somatiske indlagte og ambulante patienter. Produktionsværdien er den korrigerede produktionsværdi, som anvendes i de løbende opgørelser af sygehusenes produktivitet. *Produktionsværdien er opgjort for 2014. **Forskningsudgifterne er de internt finansierede forskningsudgifter, som indgår i de tilrettede driftsudgifter i de løbende opgørelser af produktivitet. Forskningsudgiftsandelen er et gennemsnit over årene 2013-14.

Kilde: Danmarks Statistik, Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (XI delrapport) og egne beregninger

Af tabel 5.4 fremgår en sammenligning af forskellige mål for koncentrationen af antal speciallæger i de enkelte regioner. Målene er hhv. antal speciallæger pr. indbygger, antal speciallæger pr. behandlet patient og antal speciallæger pr. produceret enhed. Målene er indekseret, så det landsgennemsnitlige niveau svarer til 100.

Det ses således, at Region Hovedstaden har 22 pct. flere speciallæger pr. indbygger end landsgennemsnittet, og Region Sjælland har 19 pct. færre. Af tabellen ses det også, at forskellen mellem regionerne indsnævres, når antal speciallæger i stedet holdes op mod regionernes antal behandlede patienter og præsterede produktionsværdi. Region Hovedstaden har således 15 pct. flere speciallæger pr. behandlet patient end landsgennemsnittet, og 8 pct. flere speciallæger pr. produceret enhed.

Tabel 5.4
Speciallæger på sygehusene opgjort ift. antal indbyggere, patienter samt produktionsværdi, indeks, hele landet = 100, 2015

Indeks	Pr. indbygger	Pr. patient	Pr. produceret enhed*
Nordjylland	84	93	96
Midtjylland	95	103	100
Syddanmark	93	89	94
Hovedstaden	122	115	108
Sjælland	81	82	90
Hele landet	100	100	100

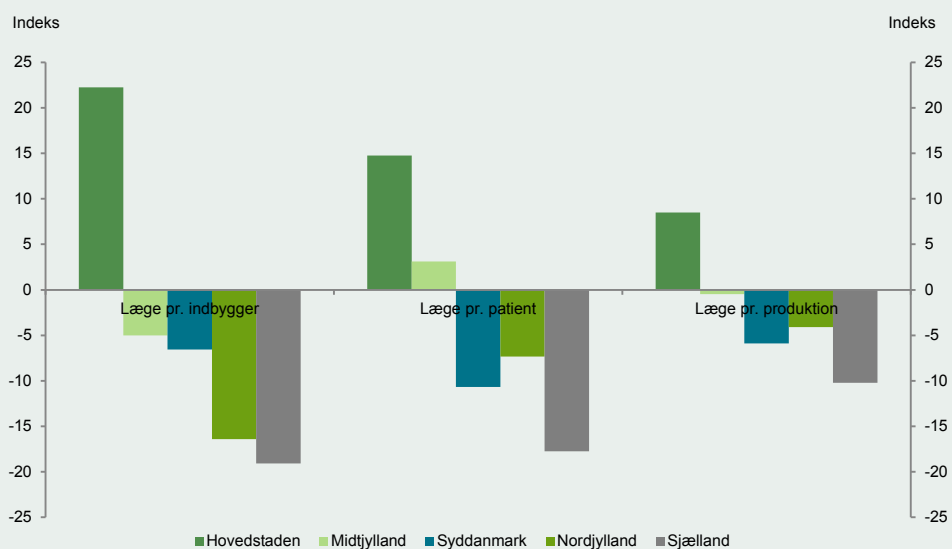
Anm.: Behandlede patienter dækker over somatiske indlagte og ambulante patienter. Produktionsværdien er den korrigerede produktionsværdi, som anvendes i de løbende opgørelser af sygehusenes produktivitet. *Produktionsværdien er opgjort for 2014.

Kilde: Danmarks Statistik, Danske Regioner (KRL), Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (XI delrapport) og egne beregninger

Reduktionen i forskellene mellem regioner for de forskellige mål ses også af figur 5.2. Indsnævringen i forskellene mellem regionerne, når antal speciallæger holdes op mod behandlede patienter og produktionsværdi, kan ses som en indikation af, at speciallægerne på sygehusene er mere ligelige fordelt, når der tages højde for sygehusvæsenet organisation og den ressourcemæssige tyngde i behandlingen i de enkelte regioner. Der er ikke taget højde for forskelle i specialiseringsgrad og lægeintensitet i sygehusenes opgaver på tværs af regionerne, der ikke afspejler sig i forskelle i den ressourcemæssige tyngde i behandlingen.

Der udstår fortsat forskelle, hvor det fortsat er Region Hovedstaden, som har forholdsvis flere speciallæger på sygehusene sammenlignet med de øvrige regioner. En del af disse forskelle ville formentligt blive yderligere indsnævret, hvis der også blev korrigeret for andelen af speciallæger, som er beskæftiget med forskning.

Figur 5.2
Relativ forskel mellem regionernes og det landsgennemsnitlige niveau for speciallæger pr. indbygger, pr. patient og pr. produceret enhed*, 2015.



Anm.: Behandlede patienter dækker over somatiske indlagte og ambulante patienter. Produktionsværdien er den korrigerede produktionsværdi, som anvendes i de løbende opgørelser af sygehusenes produktivitet. *Produktionsværdien er opgjort for 2014
 Kilde: Danmarks Statistik, Danske Regioner (KRL), Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren (XI delrapport) og egne beregninger

Regionens ressource- og kapacitetsudnyttelse spiller også en rolle i forhold til lægedækning. Desto bedre regionen er til at udnytte ressourcerne, desto flere sundhedsydelser kan der tilvejebringes til regionens borgere. Og hvis regionerne gør det forskelligt, kan det være forbundet med en anderledes adgang til lægelige ressourcer for regionens borgere.

5.2 Rekruttering og udenlandsk arbejdskraft

Rekrutteringsvanskeligheder kan være et problem i forhold til at sikre en hensigtsmæssig og geografisk ligelige lægedækning. Det er derfor væsentligt at belyse rekrutteringssituationen samt eventuelle forhold, som kan virke som en barriere for rekrutteringen.

Som det vises i kapitel 3, opnår langt de fleste speciallæger ansættelse på hospitalerne og praksissektoren, og kun en lille del af speciallægerne søger ansættelse i øvrige brancher såsom lægemiddelindustrien.

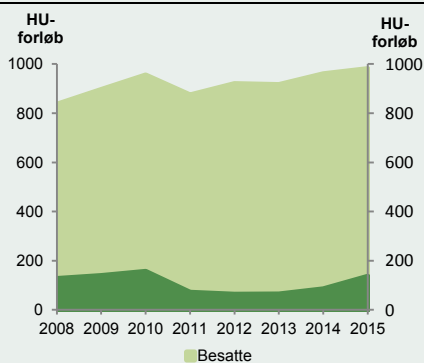
I kapitel 3 ses det også, at den lægelige arbejdsstyrke med specialer, der er relevante for hospitalerne, ikke synes at være mindre mobile end den øvrige arbejdsstyrke med lang videregående uddannelse. Der ses en forholdsvis stor fleksibilitet i forhold til arbejdssted og bopæl. En stor del af speciallægerne, som er ansat i Region Sjælland og Region Nordjylland, er fx bosat i naboregionen og pendler således potentielt over større afstande til arbejde.

Rekrutteringssituationen og eventuelle rekrutteringsvanskeligheder kan mere præcist belyses via en opgørelse over stillinger, som er forsøgt besat forgæves. Ifølge Danske Regioner findes der imidlertid ikke en samlet og konsolideret opgørelse heraf. Derimod er der kendskab til antallet af vakante og besatte hoveduddannelsesforløb (HU-forløb), som kan ses som en indikator for den fremtidige rekrutteringssituation.

Antal vakante HU-forløb siger noget om forholdet mellem udbud og efterspørgsel efter videreuddannelsesforløb. Hvis antallet af vakante HU-forløb eksempelvis er forholdsvis lille, så er det ikke ensbetydende med, at denne situation også er aktuel for de uddannede speciallæger. Men opgørelsen kan ses som en indikator for, om det fremtidige udbud vil udvikle sig efter det dimensionerede forløb.

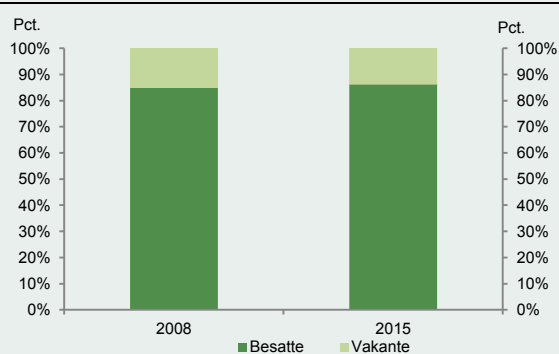
Der ses generelt et faldende antal vakante HU-forløb (ift. opslåede stillinger) i perioden fra 2009 til 2013, hvorefter udviklingen har været stigende frem mod 2015, jf. figur 5.6. Antallet af vakante HU-forløb i 2015 var på omtrent samme niveau som i 2008, jf. figur 5.4.

Figur 5.3
Udviklingen i antal besatte og vakante hoveduddannelsesforløb, 2008-2015



Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregionerne og SST

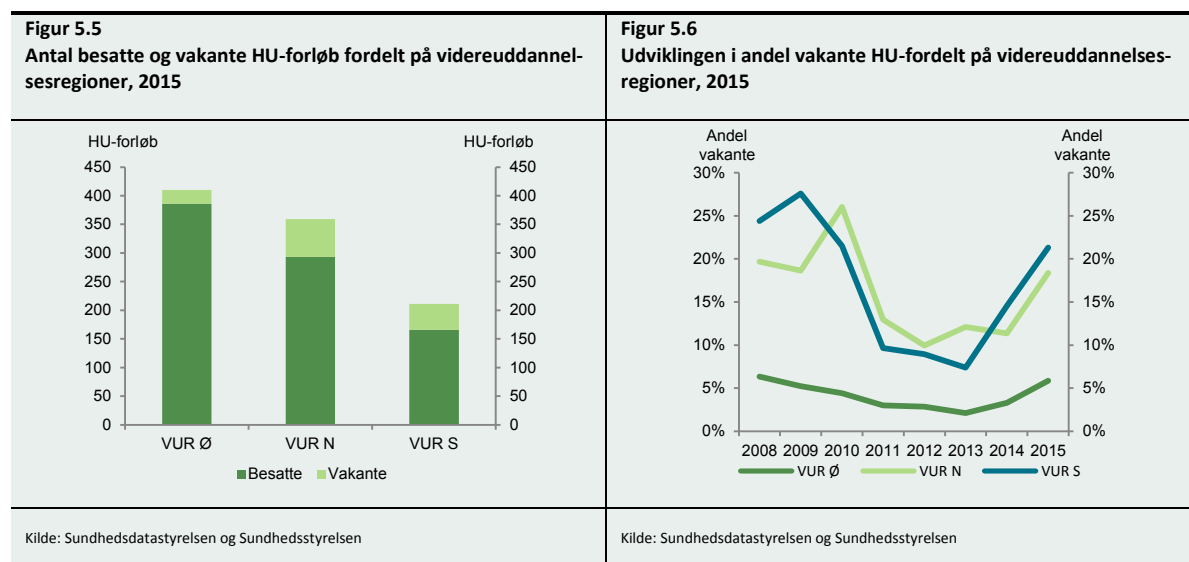
Figur 5.4
Andel af besatte og vakante hoveduddannelsesforløb i hhv. 2008 og 2015



Kilde: Indberetninger fra videreuddannelsesregionerne og SST

Det overordnede billede af antal vakante HU-forløb varierer mellem videreuddannelsesregionerne. I videreuddannelsesregion Øst – som står for ca. 40 pct. af det samlede antal opslåede HU-forløb i 2015 – ses forholdsvis færre vakante stillinger i forhold til videreuddannelsesregionerne Nord og Syd, jf. figur 5.5. og 5.6.

I videreuddannelsesregion Øst udgør andelen af vakante HU-forløb således ca. 5 pct., mens andelen af vakante HU-forløb udgør ca. 20 pct. i de to øvrige regioner.



Boks 5.1

Oplevede rekrutteringsvanskeligheder ift. uddannelsesforløb i videreuddannelsesregioner og speciallægestillinger i regionerne

De tre videreuddannelsesregioner og de fem regioner har leveret et kvalitativt input i form af de oplevede rekrutteringsvanskeligheder i forhold til at besætte uddannelsesstillinger og speciallægestillinger.

Videreuddannelsesregion Nord

Der opleves visse vanskeligheder med at besætte uddannelsesforløb i den nordlige og vestlige del af videreuddannelsesregionen. Der opleves lav søgning^a til både introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb inden for bl.a. specialerne almen medicin, psykiatri, børne- og ungepsykiatri og neurologi.

Videreuddannelsesregion Syd

Det er på afdelingerne Sygehus Sønderjylland og Sydvestjysk Sygehus samt almen praksis i samme område som de nævnte sygehuse, hvor det er sværest at få besat introduktionsstillinger og hoveduddannelsesforløb. Dertil er der rekrutteringsudfordringer inden for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, særligt på sygehusafdelinger i Jylland.

Videreuddannelsesregion Øst

Der opleves et lavere antal ansøgere til hoveduddannelsesforløb placeret på Lolland/Falster, og omkring det sydligste Sjælland, Slagelse samt Bornholm sammenlignet med andre steder i Videreuddannelsesregion Øst. Der opleves generelt færrest ansøgere inden for specialerne almen medicin og børne- og ungepsykiatri, kirurgi, ortopædkirurgi, klinisk fysiologi og nuklearmedicin og psykiatri.

Rekruttering af speciallæger i regionerne

Der vurderes at være et generelt sammenfald mellem de oplevede rekrutteringsvanskeligheder ift. uddannelsesstillingerne og ift. speciallægestillingerne i regionerne. Der er dels udfordringer inden for de generelt samme geografiske områder, dels inden for de generelt samme specialer, hvor udfordringer inden for almen medicin, psykiatri, børne- og ungepsykiatri og neurologi går på tværs af regionerne.

Kilde: Danske Regioner, regionerne og videreuddannelsesregionerne, august 2016

Anm. ^a) Videreuddannelsesregion Nord's definitioner: Lav søgning til hoveduddannelse: mindre end 2 ansøgere per opslået h-forløb i mindst to af de tre sidste år; Lav søgning til introduktionsuddannelse: Under 100 % af minimumsdimensionering besat i flere opgørelser over de seneste år.

Siden 2007 har antallet af udenlandsk uddannede læger ansat i sygehusvæsenet været stigende fra knap 1.600 læger til knap 2.000 læger i 2014, jf. tabel 5.5. Stigningen har været nogenlunde ens i alle regionerne, med undtagelse af Region Sjælland og Region Hovedstaden, som har oplevet en hhv. dobbelt så stor og halvt så stor stigning i antallet relativt set. Det skal også ses i forhold til niveauet. Region Hovedstaden er den region med færrest udenlandsk uddannede læger pr. beskæftiget speciallæge, mens Region Nordjylland er den region med flest.

Tabel 5.5
Udenlandsk uddannede læger beskæftiget i regionerne

	2007	2014	Vækst (pct.)	Udenlandsk udd. speciallæger (pct.)
Nordjylland	232	301	29,7	23,3
Midtjylland	268	349	30,2	11,0
Syddanmark	373	481	29,0	15,7
Hovedstaden	479	557	16,3	10,1
Sjælland	170	270	58,8	14,9
I alt	1.522	1.971	29,5	13,2

Anm.: Opgørelsen er baseret på bevægelsesregisteret jf. boks 3.1, og antal beskæftigede læger er opgjort i antal hoveder.
Kilde: Bevægelsesregisteret og egne beregninger.

5.4 Geografisk fordeling af speciallæger inden for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri

Udvalget har udvalgt en række specialer, foruden almen medicin, jf. kapitel 4, hvor der ses nærmere på den geografiske fordeling af speciallæger på tværs af landet. Dette afsnit omfatter analyser af fordelingen af speciallæger inden for psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, mens der i afsnit 5.5 ses på den geografiske fordeling af øjenlæger og øre-, næse- halslæger. Specialerne er bl.a. valgt ud fra et hensyn om geografisk nærhed for borgeren. Patienterne har således direkte adgang til praktiserende øjenlæger og øre-, næse- halslæger uden henvisning fra almen praksis, og de psykiatriske specialer har særligt stor betydning for kommunernes opgaver for sindslidende.

Den overordnede regionale variation dækker over forskelle for de enkelte specialer. Det kan som nævnt være en naturlig konsekvens af behovet for specialisering, men inden for specialet psykiatri ses en mere udtalt variation.

Inden for psykiatri er godt 40 pct. af speciallægerne beskæftiget i Region Hovedstaden med en befolkningsandel på 31 pct., jf. tabel 5.6. I Region Nordjylland bor 10 pct. af befolkningen, og 9 pct. af alle speciallæger er beskæftiget i regionen, men inden for børne- og ungdomspsykiatri er det kun 6 pct. af speciallægerne, som er beskæftiget i regionen.

Tabel 5.6**Fordeling af speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri i forhold til speciallæger i alt og befolkning, 2014**

Pct.	Psykiatri	Børne- og ungdomspsykiatri	Alle specialer	Befolkning
Nordjylland	8,8	5,5	8,7	10,3
Midtjylland	18,7	22,3	21,4	22,7
Syddanmark	17,2	16,3	20,5	21,2
Hovedstaden	42,0	43,6	37,1	31,3
Sjælland	13,3	12,4	12,2	14,5
Hele landet	100,0	100,0	100,0	100,0

Anm.: Opgørelsen er baseret på bevægelsesregisteret jf. boks 3.1, og antal beskæftigede læger er opgjort i antal hoveder.

Kilde: Danmarks Statistik, bevægelsesregisteret og egne beregninger.

Der ses ikke samme omfang af arbejdsdeling og bevægelse af patienter mellem regionerne på psykiatriområdet, som der ses på det somatiske område, jf. henholdsvis tabel 5.1 og tabel 5.2 og tabel 5.7 og 5.8. På psykiatriområdet er 1- 3 pct. af de behandlede borgere typisk bosat i en anden region end behandlingsregionen, mens det inden for det somatiske område typisk er 3-10 pct. af de behandlede borgere, som er bosat i en anden region end regionen, hvor behandlingen finder sted.

Tabel 5.7**Antal patienter indlagt i det psykiatriske sygehusvæsen, fordelt på bopæls- og behandlingsregion, 2015**

	Sygehusregion					
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	
Nordjylland	98,3	0,5	0,2	0,2	0,1	
Midtjylland	0,8	97,8	0,7	0,5	0,5	
Bopælsregion	Syddanmark	0,3	0,9	98,2	0,8	0,5
	Hovedstaden	0,4	0,6	0,6	96,6	1,5
	Sjælland	0,1	0,1	0,3	1,9	97,3
I alt	100	100	100	100	100	

Anm.: Der indgår kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse. En indlæggelse tælles som en patients indskrivning på en psykiatrisk afdeling, hvor patienten optager en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen. Patienter er antallet af unikke patienter, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. Når der tælles unikke patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), egne beregninger

Tabel 5.8**Antal patienter med ambulante besøg i det psykiatriske sygehusvæsen, fordelt på bopæls- og behandlingsregion, 2015**

	Sygehusregion					
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	
Nordjylland	98,7	1,4	0,1	0,2	0,1	
Midtjylland	0,9	97,5	0,7	0,5	1,6	
Bopælsregion	Syddanmark	0,1	0,8	98,8	0,6	0,2
	Hovedstaden	0,2	0,2	0,3	96,6	1,6
	Sjælland	0,1	0,1	0,1	2,2	96,5
I alt	100	100	100	100	100	

Anm.: Ambulante besøg opgøres som en ambulante patients fremmøde på den psykiatriske ambulante afdeling eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for sygehuset, i et såkaldt udebesøg. Der opgøres kun ét ambulante besøg per dag per afdeling. skadestuekontakt og akut ambulante kontakt indgår under ambulante besøg. Patienter er antallet af unikke patienter, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. Når der tælles unikke patienter, er der tale om unikke patienter inden for de kategorier, der er opstillet i denne tabel.

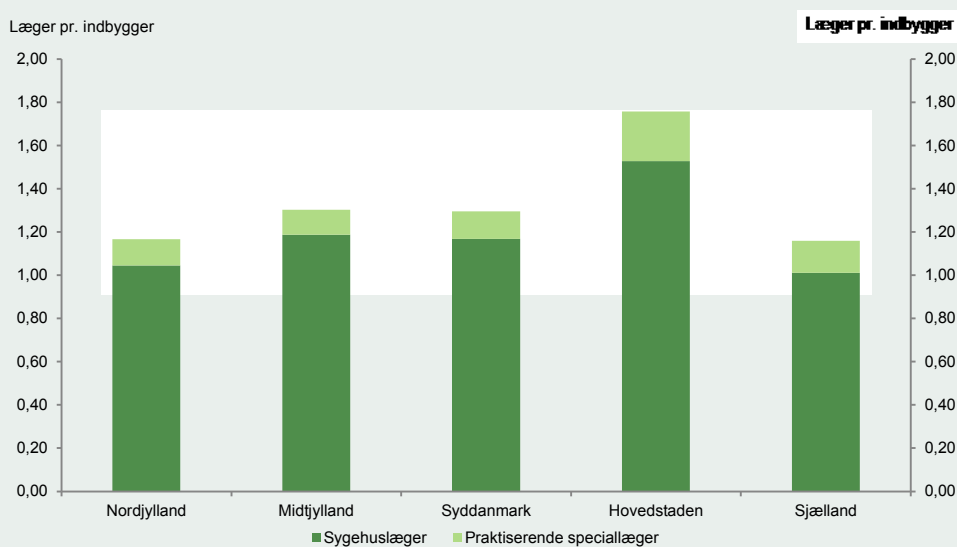
Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), egne beregninger

5.5 Geografisk fordeling og kapacitet ift. praktiserende speciallæger

Regionerne kan i princippet selv vælge organisering og brug af praktiserende speciallæger frem for ambulante behandling på sygehusene. Der ses en relativt skæv fordeling af praktiserende speciallæger pr. indbygger, som bl.a. afspejler, at Region Hovedstaden i højere grad har valgt en organisering med praktiserende speciallæger.

Antal praktiserende speciallæger udgør et forholdsvis lille antal af læger, og set i sammenhæng med det samlede antal speciallæger på sygehusene bidrager praktiserende speciallæger ikke til en væsentlig større skævhed på tværs af regioner.

Figur 5.9
Speciallæger på sygehusene og praktiserende speciallæger pr. indbygger



Anm.: Opgjort som fuldtidsbeskæftigede
Kilde: Danske Regioner (KRL), Danmarks Statistik, Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Forskelle i brugen af praktiserende speciallæger kommer til udtryk i forbruget af sundhedsydelser og kontakter, jf. tabel 5.9. I Region Hovedstaden, som især gør brug af denne organisering, ses således et markant højere forbrug blandt regionens borgere.

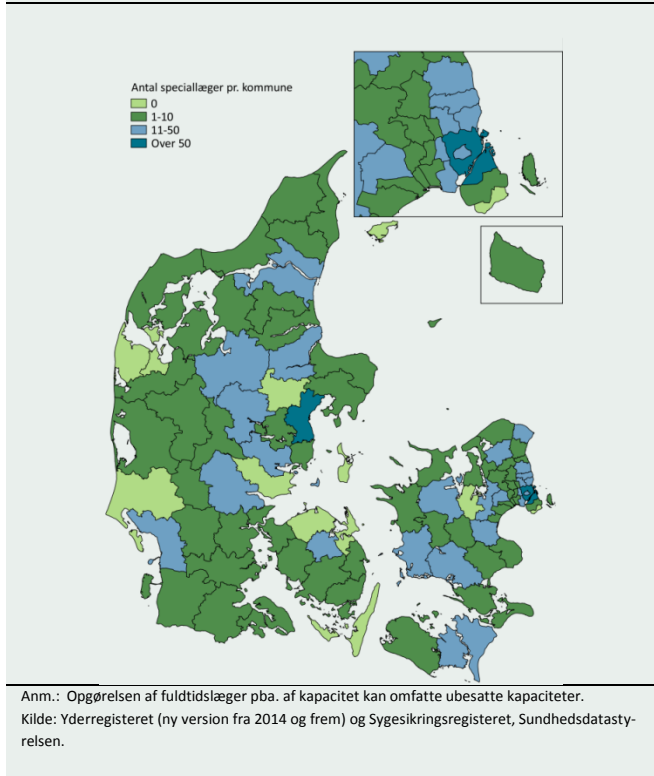
Tabel 5.9
Ydelser og fysiske kontakter hos praktiserende speciallæge samt ambulante besøg på sygehusene

	Ydelser pr. indbygger	Fysiske kontakter pr. indbygger	Ambulante besøg pr. indbygger
Nordjylland	1,6	0,6	2,1
Midtjylland	1,7	0,7	2,4
Syddanmark	1,7	0,7	2,9
Hovedstaden	3,0	1,2	2,7
Sjælland	1,7	0,7	2,2
Hele landet	2,1	0,8	2,6

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Danmarks Statistik, Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem), Sygesikringsregisteret og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

De praktiserende speciallæger er især koncentreret i og omkring kommuner med store byer dvs. København, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg, jf. figur 5.10. Det skal ses i sammenhæng med en stor del af befolkningen er bosat her. Der er dog speciallæger til stede i stort set alle kommuner i større og mindre omfang, med undtagelse af 12 kommuner.

Figur 5.10
Antal speciallæger fordelt på kommuner, 2015

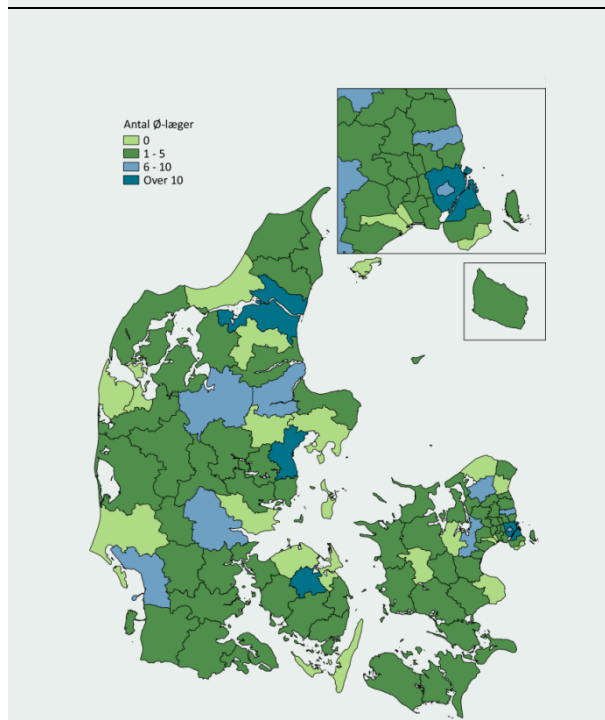


Kontakten til praktiserende øjenlæger og øre-næse-halslæger forudsætter ikke en henvisning fra den alment praktiserende læge.

Disse praktiserende speciallæger er til stede i de fleste kommuner, med undtagelse af godt 20 kommuner, som dog ofte grænser op til kommuner med større byer og stor koncentration af lægerne, jf. figur 5.11.

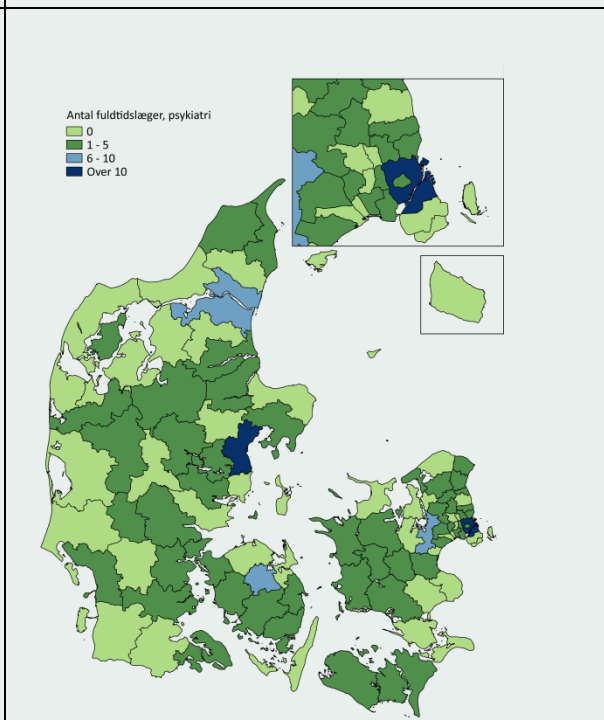
Den geografiske dækning af speciallæger i psykiatri er derimod noget tyndere, jf. figur 5.12. Det afspejler først og fremmest, at der er færre af dem, men også en større koncentration af lægernes geografiske placering omkring København, Aarhus, Aalborg, Odense og Roskilde.

Figur 5.11
Antal fuldtidslæger (øjelæger og øre-næse-halslæger) fordelt på kommuner, 2015



Anm.: Opgørelsen af fuldtidslæger pba. af kapacitet kan omfatte ubesatte kapaciteter.
 Kilde: Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem) og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 5.12
Antal fuldtidslæger i psykiatrien fordelt på kommuner, 2015



Anm.: Opgørelsen af fuldtidslæger pba. af kapacitet kan omfatte ubesatte kapaciteter.
 Kilde: Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem) og Sygesikringsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Kapitel 6: Udvalgets forslag til bedre lægedækning

Dette kapitel indeholder udvalgets forslag, som samlet set vurderes at kunne bidrage til en bedre lægedækning i Danmark. Forslagene er formuleret på baggrund af analyser og udvalgets drøftelser af lægedækningen og inden for kommissoriets rammer, jf. bilag 1. Forslagene er inddelt i tre overordnede kategorier:

- Generel geografisk fordeling af læger
- Almen praksis
- Sygehus og speciallægepraksis.

Under hvert forslag er beskrevet udvalgets overvejelser og bevæggrunde for at stille forslaget, og det er angivet, hvilke aktører der kan gennemføre det enkelte forslag. Den samlede forslagsliste er angivet i boks 6.1.

Udvalget har bestræbt sig på at præsentere forslag, som medlemmerne har været enige om, men peger også på forslag, som ikke alle medlemmer umiddelbart har kunnet tiltræde. Det gælder bl.a. enkelte forslag vedr. almen praksis-området, som vil skulle gennemføres ved overenskomst, og som medlemmerne udpeget af Lægeforeningen ikke har kunnet tiltræde uden for overenskomstforhandlingernes sammenhæng, jf. boks 6.1.

Endelig er forslagene formuleret med udgangspunkt i sundhedsvæsenets aktuelle struktur og arbejdsdeling. Udvalget har derfor ikke stillet forslag, der vedrører egentlig opgaveflytning mellem sektorer mv. Som nævnt i kapitel 1 behandles denne arbejdsdeling sideløbende i udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Boks 6.1

Samlet forslagsliste

Generel geografisk fordeling af læger

1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne
2. Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse
3. Justering af femårsfristen i den lægelige videreuddannelse
4. Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (fx gennem lokale informationskampagner, vejledning, mentorordninger mv.)

Almen praksis

5. Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse
6. Øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin.
7. Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen medicinske klinikker**
8. Mere fleksible organisationsformer i almen praksis
9. Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis*
10. Rammedelegation til kommunale sygeplejersker
11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde
12. Udbredelse af faglige og organisatoriske fællesskaber i almen praksis
13. Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal*
14. Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger*

Sygehuse og speciallæger

15. Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelsen af speciallæger
16. Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehusene
17. Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne
18. Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer

* Forslaget kan ikke tiltrædes af medlemmerne udpeget af Lægeforeningen.

**Det samlede forslag kan ikke tiltrædes af medlemmerne udpeget af Lægeforeningen. Delforslag 1 kan kun støttes af medlemmerne udpeget af Danske Regioner.

6.1 Generel geografisk fordeling af læger

Analyserne i kapitel 3 har bl.a. vist, at antallet af læger pr. indbygger i Danmark ligger ca. 10 pct. over OECD-gennemsnittet, og at antallet af læger og speciallæger forventes at stige væsentligt i de kommende år. Det samlede antal speciallæger i de fem regioner varierer fra 16 pct. under landsgennemsnittet (Region Sjælland og Region Nordjylland) til 19 pct. over gennemsnittet (Region Hovedstaden), en forskel på 35 pct.-point.

Analysen viser dog samtidig, at forskellene over de næste 25 år ventes at blive indsnævret til ca. 25 pct.-point som følge af den regionale befolkningsudvikling – hvis den nuværende geografiske fordeling af speciallæger fastholdes. Der er endvidere peget på forhold, der medvirker til at forklare forskellene, herunder arbejdsdelingen mellem regionerne om specialiseret behandling.

Et fleksibelt arbejdsmarked for læger er under alle omstændigheder væsentligt for at sikre en hensigtsmæssig lægedækning i hele landet. Læger har en lidt højere mobilitet end gennemsnittet blandt længerevarende uddannede, men der er en overordnet sammenhæng mellem lægernes uddannelsessted og senere arbejdssted.

Forslagene i dette afsnit vedrører derfor forslag, der generelt tilsigter at øge lægers motivation og tilbøjelighed til at søge en karriere i egne, der ikke ligger i nærheden af de større universitetsbyer, hvor lægerne har fået deres kandidatuddannelse. Forslagene 1-3 knytter sig især til lægerne i uddannelse og videreuddannelse. Der er derfor i sagens natur tale om forslag, som først vil få fuld effekt på lægedækningen på længere sigt.

Forslag 1. Øget udbud af lægestuderende i yderområderne

Der er en overordnet sammenhæng mellem lægernes uddannelsessted og senere arbejdssted (jf. Sundhedsstyrelsens lægeprognose, 2016; PLO-analyse, 2016). I løbet af studietiden opnår eller opretholder de studerende kendskab og tilknytning til den landsdel, hvor universitet ligger. Der kan derfor være en større sandsynlighed for, at en læge vil søge en karriere i en bestemt del af landet, jo nærmere den ligger ved uddannelsesstedet.

Fordelingen af optagetallene mellem de fire universiteter med medicinstudium (København, Aarhus, Odense og Aalborg) kan derfor være et virkemiddel, der kan inddrages til at understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne i landet. Initiativet virker selvsagt på længere sigt, idet et ændret optagetal først vil vise sig i kandidatproduktionen efter ca. 6 år, og derefter går der yderligere en årrække, inden de pågældende er uddannede speciallæger i f.eks. almen medicin.

På den baggrund, og da især Region Nordjylland har udfordringer med at sikre lægedækningen, *foreslår* udvalget:

- **at optagetallet ved medicinstudiet i Aalborg øges i forhold til de øvrige tre universiteter.**

Udvalget har i den sammenhæng bemærket, at en relativt stor del af de medicinstuderende på særligt Syddansk Universitet og Aalborg Universitet flytter til Københavns Universitet efter bachelor-delen (ca. 20 pct. i perioden fra 2006-2014, jf. tal fra Styrelsen for Vidergående Uddannelser). For at optagetallene kan have den tilsigtede virkning, *foreslår* udvalget derfor:

- **at de studerendes muligheder for at flytte universitet efter bachelor-delen vurderes nærmere med henblik på at begrænse en u hensigtsmæssig vandring fra Vestdanmark til Østdanmark.**

Dette initiativ vurderes også at have en positiv effekt i forhold til lægedækningen i Region Syddanmark.

Forslaget om øget optag i Aalborg tilgodeser specifikt udfordringerne i Region Nordjylland, men ikke f.eks. i Region Sjælland. Udvalget *foreslår* derfor som et yderligere initiativ:

- **at der tilstræbes en bredere geografisk spredning af de lægestuderendes klinikophold under studiet, således at der i højere grad inddrages sygehuse og praksis også i dele af landet, hvor der er lægedækningsudfordringer.**

Forslaget har til hensigt at give de studerende kendskab til lægearbejde og karrieremuligheder i hele landet. Ligeledes kan klinikopholdene anvendes aktivt til allerede tidligt i uddannelsen at give de studerende kendskab til specialer, hvor der er rekrutteringsudfordringer, herunder for eksempel inden for psykiatri. Det bemærkes, at der allerede er klinikophold i alle dele af landet, men at det er udvalgets opfattelse, at der bør tilstræbes større variation for den enkelte studerende ift. placering af klinikophold.

Initiativerne vedr. optagetal og flytning mellem universiteterne henhører under Uddannelses- og Forskningsministeriet, mens forslaget om bredere spredning af klinikophold i givet

fald skal gennemføres af universiteterne i samarbejde med de kliniske arbejdspladser i regionerne.

Forslag 2. Ændret geografisk fordeling af uddannelsesstillingerne i den lægelige videreuddannelse

Første led i det lægelige videreuddannelsesforløb fra kandidateksamen til speciallægeanerkendelse består af den kliniske basisuddannelse (KBU). Det er en etårig uddannelse på to arbejdssteder, og giver lægen ret til såkaldt selvstændigt virke. Dernæst følger en ligeledes etårig introduktionsuddannelse i det speciale, lægen ønsker at uddanne sig i. En læge kan dog gennemgå flere introduktionsstillinger og derved afprøve flere muligheder inden endeligt specialevalg. Uddannelsen afsluttes med en hoveduddannelse på 4-5 år i det valgte speciale.

Videreuddannelsen gennemføres ved ansættelser i sundhedsvæsenet, først og fremmest på sygehusene, men også i et vist omfang i speciallægepraksis og – for KBU og uddannelsen til almen mediciner – i almen praksis.

Videreuddannelsesstederne er i høj grad centreret om de mest specialiserede sygehuse i de store byer. Det antages, at videreuddannelsens geografiske placering har betydning for lægernes videre valg af arbejdssted, og at en større spredning derfor kan medvirke til en bedre lægedækning i udkantområderne..

Udvalget foreslår:

- **at en større del af videreuddannelserne inden for den samlede ramme søges placeret decentralt i forhold til de større sygehuse i universitetsbyerne, herunder i lægedækningstruede områder eller tættere på disse, navnlig ved at en større del af den enkelte læges uddannelse gennemføres decentralt.**

Det er en forudsætning, at en sådan decentralisering gennemføres uden, at det skader kvaliteten af videreuddannelsen, som fortsat må være det afgørende hensyn. Decentralisering skal således også ses i sammenhæng med bl.a. den samlede specialeplanlægning.

Dimensionering og godkendelse af videreuddannelsesstillinger styres i et samspil mellem Sundhedsstyrelsen og de tre lægelige videreuddannelsesregioner. Det er således videreuddannelsesregionerne, der vil være ansvarlige for dette initiativ.

Uanset den foreslåede forskydning af videreuddannelsesstillinger, er det selvsagt afgørende, at også de decentrale uddannelsesstillinger er attraktive for de videreuddannelsessøgende, så de faktisk bliver besat. I udvalget har været nævnt en række indsats typer, der kan indgå i en aktiv rekrutteringspolitik til decentrale uddannelsesstillinger – markedsføring, mentorordninger, individuelt tilpassede forløb, fagligt miljø m.m. Udvalget opfordrer til, at de relevante aktører – dvs. regioner, sygehuse m.fl. – aktivt arbejder med sådanne politikker.

I denne forbindelse *foreslår* udvalget

- **at der etableres *forsøg* med sammenhængende uddannelsesforløb (KBU, introduktionsuddannelse og hoveduddannelse) i lægedækningstruede områder.**

Endelig kan nævnes, at læger, der ønsker KBU, vælger blandt de opslåede forløb i hele landet i rækkefølge efter lodtrækning. Lægeforeningen påpeger, at det ikke er givet, at denne metode giver det samlet set optimale fordelingsresultat, som hvis kandidaternes 2., 3. osv.-prioriteter også indgik. Det har i udvalget været nævnt, at en anden fordelingsmetode med en matematisk match-optimerende algoritme kunne give et bedre resultat, evt. også i henseende til, at decentrale placeringer tildeles kandidater, der er mest motiverede for at arbejde de pågældende steder. Udvalget har ikke haft mulighed for at vurdere dette nærmere, men *foreslår*:

- **at Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante parter overvejer nye KBU-fordelingsmetoder, hvor også lægedækningsaspektet bør indgå.**

Forslag 3. Justering af femårsfristen i den lægelige videreuddannelse

Som hovedregel gælder aktuelt, at en læge, der ønsker videreuddannelse til speciallæge gennem ansættelse i uddannelsesstillinger i det danske sundhedsvæsen, skal påbegynde hoveduddannelsen i specialet seneste fem år efter påbegyndelsen af KBU. Udvalget har drøftet, om lempeligere regler eller evt. lempeligere dispensationspraksis for læger, der tager en del af videreuddannelsen (i form af KBU- og introstillinger) decentralt, kunne være et hensigtsmæssigt virkemiddel til at fremme den decentrale lægedækning.

Udvalget *foreslår*:

- **at der etableres *forsøg* med øget fleksibilitet vedr. femårsfristen i forbindelse med lokalt/regionalt tilrettelagte videreuddannelsesforløb med udgangspunkt i decentrale sygehuse/praksis i lægedækningstruede områder.**

Udvalget peger således med dette forslag på en form for dispensation for et sygehus/område snarere end for den enkelte læge. Forsøgene kunne fx indebære øget fleksibilitet ved hoveduddannelsesforløb, hvor mindst halvdelen af forløbet foregår på decentrale sygehuse i lægedækningstruede områder, eller at introduktionsstillinger på decentrale sygehuse i sådanne områder ikke tæller med i femårsfristen. Forslaget kan ses i sammenhæng med forsøg med sammenhængende uddannelsesforløb i lægedækningstruede områder, jf. forslag 2.

Udvalget *foreslår* endvidere:

- **en evt. lempeligere adgang til individuel dispensation fra femårsfristen til læger som følge af ansættelse i decentrale uddannelsesforløb (KBU og introstillinger).**

Udvalget finder, at en evt. lempeligere adgang til individuel dispensation må afgrænses til et snævert antal sygehuse/områder. Det kan fx indføres som forsøgsordning med evaluering efter en passende tidsperiode.

Det bemærkes, at regeringen har foreslået at forlænge femårsfristen til seks år, jf. regeringsgrundlaget fra november 2016.

Ændring af regler og rammer vedr. femårsfristen skal gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet sammen med Sundhedsstyrelsen.

Forslag 4. Samarbejde mellem regioner, kommuner og lægernes organisationer om målrettet rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer i yderområderne og socialt belastede områder (fx gennem lokale informationskampagner, vejledning, mentorordninger mv.)

For at gøre det attraktivt at arbejde i yderområder og socialt belastede områder kan regioner, kommuner og lægernes organisationer samarbejde om at rekruttere og fastholde læger til almen praksis, sygehuse og speciallægepraksis.

Aktive informations- og rekrutteringsstrategier kan målrettes både lægerne og deres familier. For eksempel information om muligheder for praksisovertagelse samt rådgivning og facilitering af lokal bosætning. Derudover kan regioner og kommuner bistå med tilvejebringelse af lokaler til etablering af praksis mv.

Der kan lokalt arbejdes med at realisere potentialer for rekruttering og fastholdelse, fx gennem mentorordninger, karrierevejledning, fleksibel arbejdstid, etablering af gode faglige miljøer mv. Information og vejledning kan på nationalt niveau moderniseres og samles på en rekrutteringshjemmeside. Endvidere kan øget anvendelse af den gældende overenskomst muligheder for etablering af delepraksis og tidsbegrænset adgang til nedsat patienttal være relevant ifm. etablering af praksis og ift. fastholdelse inden pension.

Udvalget foreslår:

- **at regioner, kommuner og lægernes organisationer samarbejder om rekrutterings- og fastholdelsesinitiativer, der er tilpasset de konkrete vilkår i de enkelte områder med lægedækningsudfordringer.**

6.2 Almen praksis

Analyserne i kapitel 4 har vist, at alle sikrede borgere har adgang til almen lægehjælp og er tilknyttet en lægepraksis, der arbejder efter overenskomst om almen praksis, eller en regions- eller udbudsklinik, men også at der er lægedækningsproblemer i almen praksis i form af forskellige lokale udfordringer. Udfordringerne er ikke entydigt by- eller udkantspecifikke.

Der er steder i landet udfordringer ift. kapacitet, herunder ubesatte lægepraksis og dermed vanskeligheder med at sikre borgerne frit valg af læge inden for rammerne af gældende regler. Det ses især i Region Nordjylland og dele af Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Forslagene i dette afsnit vedrører initiativer, som udvalget vurderer, kan bidrage til at løse de lægedækningsudfordringer, der er i almen praksis i nogle dele af landet. Forslagene omfatter både tiltag af organisatorisk karakter, forslag vedrørende arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet, der kan aflaste almen praksis, samt forslag, der kan medvirke til at øge udbuddet af almen medicinere, herunder lægers motivation og muligheder for at arbejde i de lægedækningstruede områder.

Forslag 5. Læger skal møde almen praksis flere gange under uddannelse og videreuddannelse

Det må formodes, at det kan øge de studerendes og videreuddannelsesøgendes tilbøjelighed til at vælge almen medicin som speciale, hvis de flere gange i studiet og videreuddannelsen har lejlighed til at stifte bekendtskab med arbejdet i almen praksis, herunder i de lægedækningstruede områder.

Udvalget *foreslår* på den baggrund:

- **at de medicinstuderende i højere grad får mulighed for klinikophold i almen praksis.**

Forslaget vil skulle gennemføres af universiteterne.

- **At de medicinstuderende i højere grad får mulighed for studiejob som praksisassistenter i almen praksis.**

Forslaget vil skulle gennemføres af de praktiserende læger.

Udvalget *foreslår* endvidere:

- **at alle læger i den Kliniske Basisuddannelse (KBU) skal arbejde et halvt år i almen praksis.**

Siden forkortelsen af turnusuddannelsen fra 18 til 12 måneders KBU for ca. 10 år siden er KBU-stillingerne dimensioneret således, at ca. 80 pct. af KBU-lægerne har 6 måneder i almen praksis. Sigtet med forslaget er ikke blot, at de resterende ca. 20 pct. læger kan inspireres til at vælge almen medicin som speciale, men også at alle læger – uanset senere speciale – vil have nytte af at opbygge brede medicinske kompetencer samt den indsigt i det nære sundhedsvæsen, som arbejde i almen praksis giver.

Udvalget er opmærksomt på, at forslaget vil medføre, at færre læger får KBU-forløb i andre specialer, hvor der også kan være udfordringer, fx inden for psykiatrien. Hvis forslaget følges, bør der være opmærksomhed på denne risiko.

Forslaget vil skulle gennemføres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med videreuddannelsesregionerne. Det skal bl.a. sikres, at der er den nødvendige kapacitet af praksistutorer til, at forslaget kan gennemføres.

Forslag 6. Øget dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin

Den forventede udvikling i sundhedsvæsenet indebærer, at der er relativt stigende behov for brede medicinske kompetencer samt almen medicinske ydelser. Antallet af læger forventes at stige i de kommende år inden for alle specialeområder, også almen medicin, men den forventede stigning i antallet af almene medicinere er forholdsmæssigt lav sammenlignet med andre specialeområder. Ifølge den seneste lægeprognose forventes antallet af almene medicinere at stige betydeligt mindre frem mod 2030 end det samlede antal speciallæger.

Det stemmer dårligt overens med den forventede behovsudvikling. Det er derfor udvalgets opfattelse, at der inden for den samlede dimensionering er behov for en relativ opprioritering af almen medicinske kompetencer.

Udvalget foreslår derfor:

- **at dimensioneringen af almen medicin øges relativt inden for den samlede dimensionering af den lægelige specialuddannelse.**

Udvalget er opmærksomt på, at der ikke automatisk uddannes flere almen medicinere, fordi dimensioneringen øges. Der skal også være ansøgere til uddannelsesstillingerne, og aktuelt er der ledige hoveduddannelsesforløb i almen medicin.

Udbydes der flere stillinger i almen medicin, er der en risiko for, at de interesserede ansøgere får større muligheder for at vælge de stillinger i almen medicin, de finder mest attraktive – formentlig til skade for stillinger i netop de lægedækningstruede områder. Der er således centralt, at der sker en relativ opprioritering af almen medicin inden for den samlede dimensionering for at understøtte et øget incitament til at vælge stillinger i almen medicin. Desuden bør indfasningen af flere almen medicinske stillinger ske i takt med, at en rimelig andel af stillingerne besættes, herunder i lægedækningstruede områder.

Forslaget skal behandles inden for den samlede dimensioneringsramme i regi af Sundhedsstyrelsen med rådgivning fra Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og dets Prognose- og Dimensioneringsudvalg.

Forslag 7. Udvidede muligheder for, at regionerne kan drive almen medicinske klinikker

Der er i de senere år gennemført nye muligheder for regionerne for at sikre lægedækning til alle borgere, bl.a. mulighed for, at læger, der arbejder inden for overenskomsten, kan drive og eje op til 6 ydernumre, og mulighed for, at regionerne kan udbyde driften af almen praksisklinikker til andre private aktører end læger, der arbejder efter overenskomst om almen praksis m.v.

Ifølge sundhedsloven (§ 227, stk. 5) kan regionen oprette en regionsdrevne klinik for en periode på op til 4 år, hvis opgaven forinden har været udbudt til private leverandører, uden at der er indkommet tilbud, eller omkostningerne i de indkomne tilbud er væsentligt

højere i sammenligning med, hvad en offentlig drevet enhed ville koste. Det bemærkes, at der indtil videre ikke er eller har været etableret regionsdrevne klinikker.

Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-års perioden, kan gøre dette, hvis det ikke er muligt at afhænde ydernummeret til en læge, der arbejder efter overenskomsten eller afsætte driften via udbud. I sundhedslovens § 227, stk. 6, findes endvidere en specifik regel vedrørende lægedækning i situationer med akut opstået lægemangel. Efter denne bestemmelse kan et regionsråd i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode etablere et midlertidigt almen medicinsk tilbud uden forudgående udbudsrunde.

De medlemmer af udvalget, der er udpeget af Danske Regioner, har anført, at en del af rekrutteringsproblemerne i almen praksis hænger sammen med, at en stigende del af de yngre læger ikke ønsker at binde sig økonomisk og påtage sig det driftsansvar, det indebærer at nedsætte sig som praktiserende læge efter PLO-overenskomsten. Der er derfor behov for at give regionerne mere fleksible rammer for selv at kunne etablere mere varige almen medicinske tilbud i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at løse opgaver inden for den kendte PLO-ramme, med henblik på at sikre kvalitet og kontinuitet i tilbuddet.

Disse medlemmer har derfor *foreslået*:

- **at give regionerne mulighed for at etablere regionsdrevne klinikker uden at skulle udbyde til privat leverandør først.**

Medlemmerne *foreslår* yderligere:

- **at der skabes muligheder for, at regionerne kan drive regionsklinikker i en længere tidsperiode end de nuværende 4 år (med mulighed for forlængelse).**

Dette sidste forslag har opbakning fra hele udvalget med undtagelse af de medlemmer, der er udpeget af Lægeforeningen. Forslagene kræver i givet fald ændringer i sundhedsloven.

Lægeforeningens medlemmer anerkender, at der er læger, der ikke ønsker at købe og investere i egen praksis. Lægeforeningens medlemmer mener dog, at regionsdrevne klinikker fortsat skal være en nødløsning, som kun anvendes, når det ikke er muligt at tilbyde patienterne behandling via almen praksislæger, der arbejder efter overenskomst om almen praksis. Denne mulighed eksisterer allerede, jf. sundhedslovens § 227, stk. 5 og 6.

Medlemmerne finder ikke, at regions- eller udbudsklinikker kan sikre patienterne den samme kontinuitet i behandlingen som almen praksis, idet patienterne, ifølge Lægeforeningens medlemmer, vil møde forskellige læger, der ofte er korttidsansatte.

Endelig har medlemmerne fra Lægeforeningen peget på, at regionsdrevne klinikker efter deres vurdering forventes at være dyrere end almen praksis, og at der er risiko for, at klinikkerne tilbyder de ansatte læger løn- og ansættelsesvilkår, som almen praksis har svært ved at konkurrere med. Det vil derfor ifølge Lægeforeningens medlemmer blive vanskeligere for de læger, der ejer praksis, at ansætte læger.

Anvendelsen af regions- og udbudsklinikker risikerer derudover efter disse medlemmers opfattelse at gøre det sværere at rekruttere og fastholde læger som indehavere af ydernumre i almen praksis. Det vil skabe incitament for at udskyde tidspunktet for at slå sig ned i almen praksis, ligesom det vil motivere til at fremrykke tidspunktet for, hvornår ældre læger opgiver egen praksis. Det bemærkes, at udvalget ikke har gennemført analyser af ovenstående, fx af omkostninger ved drift af regionsklinikker mv.

Forslag 8. Mere fleksible organisationsformer i almen praksis

I modsætning til forslag 7 vedrører dette punkt forslag til ændringer i almene praksis, der drives efter PLO-overenskomsten. Det er udvalgets vurdering, at der er organiseringsformer inden for PLO-overenskomsten, som kunne anvendes i højere grad, end hvad der er tilfældet i dag, og som kunne medvirke til bedre lægedækning i de områder, hvor der er problemer.

Udvalget foreslår:

- **en større udbredelse af satellit-praksis**

Satellitpraksis kan i henhold til overenskomsten oprettes med regionens godkendelse som et supplement til det primære konsultationssted. Muligheden for at sikre lægedækning i et lokalområde via etablering af satellitpraksis kan indgå i praksisplanen.

Udvalget foreslår desuden:

- **øget mulighed for ansættelse af almen medicinere i almen praksis**

Det er i dag allerede mulighed for, at almen medicinere, der ønsker at arbejde i sektoren uden at købe og drive en praksis, kan ansættes i en almen praksis. Imidlertid gælder det efter overenskomsten, at en praktiserende læge, der ønsker at ansætte en læge i sin klinik, skal søge samarbejdsudvalget om tilladelse, og at ansatte maksimalt må udgøre halvdelen af den samlede lægekapacitet. Lempelser af disse regler kunne øge antallet af ansatte læger, herunder i lægedækningstruede områder.

Inden for overenskomsten gælder også reglen om, at ansatte læger skal være speciallæger i almen medicin. En afgrænset lempelse af denne regel kunne åbne mulighed for at ansætte fx læger i fase III i deres HU-forløb i almen medicin som vikarer og dermed øge kapaciteten i sektoren.

Endvidere gælder det, at en praktiserende læge kan eje op til seks ydernumre og dermed drive klinikker, hvor alle læger er ansatte. De ekstra ydernumre kan imidlertid efter sundhedslovens § 227, stk. 2, kun erhverves fra regionen (nyoprettede, tilbageleverede eller tilbagekøbte ydernumre). De kan ikke handles direkte mellem fx en ophørende praktiserende læge og den læge, der ønsker at drive flere praksis. En forenklet adgang til at erhverve ekstra ydernumre kunne give en mere fleksibel mulighed for at drive praksis på denne måde, herunder i lægedækningstruede områder.

Udvalget foreslår derfor:

- **at der åbnes mulighed for, at læger, der ønsker at eje flere ydernumre, kan købe dem direkte fra andre praktiserende læger.**

Forslaget vil skulle gennemføres ved ændring af sundhedsloven. Medlemmerne udpeget af Lægeforeningen finder, at denne mulighed bør begrænses til kun at omfatte lægedækningstruede områder.

Forslag 9. Andre faggrupper inddrages i opgaveløsningen i almen praksis

Det er vigtigt, at de alment praktiserende lægers tid udnyttes bedst muligt til arbejde, der kræver lægelig kompetence. Der kan frigøres lægelige ressourcer ved i højere grad at tilknytte andre faggrupper, som kan løse opgaver, som kan udføres af disse faggrupper, ligesom det kan være med til at mindske presset på videre visitation til speciallægepraksis, hvis der sættes ind med en tidlig og forebyggende indsats

Der kan for eksempel være tale om sygeplejersker i almen praksis eller at kommunen og den praktiserende læge samarbejder i forhold til fx håndtering af kronisk syge borgere mv. Dette vil aflaste lægen, så denne for eksempel kan tage flere patienter, ligesom der kan sættes ind med en tidlig indsats, der måske kan forhindre en forværring af patientens tilstand, som senere skal behandles af en speciallæge fx i psykiatrien. Dermed skal forslaget også ses i sammenhæng med og som løftestang i forhold til forslag 13 om fleksible åbne- og lukkegrænser i almen praksis.

Almen praksis har allerede adgang til at benytte medhjælp inden for autorisationslovens rammer. Hvis praksispersonale anvendes til bestemte ydelser opnås samme honorar, som hvis arbejdet varetages af lægen selv. Lægeforeningens medlemmer har anført, at de økonomiske rammer for almen praksis begrænser sektorens incitament til at ansætte praksispersonale.

Udvalget foreslår:

- **at parterne overvejer tiltag, der kan øge anvendelsen af praksispersonale med henblik på bl.a. frigørelse af lægelige ressourcer til øget lægedækning.**

Lægeforeningens medlemmer har anført, at der er tale om overenskomstspørgsmål, som man ikke kan tiltræde uden for overenskomstforhandlingerne.

Forslag 10. Rammedelegation til kommunale sygeplejersker

Det er forbeholdt læger at ordinere patienter medicin ved at udfærdige recepter, men administration af medicinering kan delegeres til f.eks. sygeplejersker. Sådant delegation er udbredt i sygehusvæsenet, men ikke i den kommunale pleje, hvor medicinering – herunder af håndkøbsmedicin – kun kan iværksættes af en læge, normalt patientens praktiserende læge. Det medfører både forsinkelser i medicineringen og skaber en ekstra arbejdsbyrde for almen praksis.

Det vil derfor – også i en lægedækningssammenhæng – være en gevinst, hvis kommunale sygeplejersker på delegation inden for fastlagte rammer kunne iværksætte bestemte former for medicinering. Tilsvarende kan der være en gevinst ved mere fleksibel opgavevaretagelse af andre af de sundhedsfaglige opgaver, som kan varetages af de kommunale sygeplejersker. Fra flere sider er allerede tidligere foreslået, at der mellem de berørte

organisationer aftales en konkret skitse til, hvordan rammedelegationer kan udbredes i det nære sundhedsvæsen. Reglerne er komplekse og behandles i udvalget vedrørende det nære sundhedsvæsen.

Udvalget foreslår:

- **at rammedelegationer søges udbredt, og at der arbejdes videre med spørgsmålet i regi af udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.**

Forslag 11. Honoreringen differentieres efter patienttyngde

Det er udvalgets vurdering, at der er betydelig forskel på patienttyngden mellem lægepraksis i forskellige dele af landet. Det forhold kan have betydning for praktiserende lægers tilbøjelighed til at nedsætte sig i fx yderområder og socialt belastede byområder. I dag afspejler fx basishonoreringen ikke disse forskelle, da den alment praktiserende læge får samme basishonorar pr. tilmeldt borger uanset borgerens behandlingsbehov.

Udvalget foreslår:

- **at honoreringen differentieres efter patienttyngde, fx efter alder, indeks for borgernes sygelighed og/eller socioøkonomiske forhold.**

Flere medlemmer af udvalget har fx peget på, at basishonoraret pr. tilmeldt patient kan differentieres efter patienttyngde. Dette vil øge basishonoraret for læger, der har en relativt høj patienttyngde, mens det vil reduceres for læger, der har en relativt lav patienttyngde. Formålet med tiltaget er at øge incitamentet til at være alment praktiserende læge i områder, hvor patientpopulationen er mere behandlingskrævende. Det er bl.a. i yderområder og socialt belastede byområder, og dermed skal tiltaget understøtte en bedre lægedækning i områder, hvor der er et større behov.

Differentiering og/eller risikojustering af honorar- og betalingssystemer er udbredt i almen praksis i flere sammenlignelige lande, fx Sverige, Holland, USA og Tyskland. Der findes veldefinerede kriterier og metoder hertil, og en evt. model for differentieret basishonorering i en dansk kontekst vil skulle inddrage erfaringer fra andre lande.

Sekretariatet har i bilag 3 præsenteret indledende overvejelser ift. en model for differentieret basishonorar som en illustration af mulighederne. Der vil være behov for et nærmere analysearbejde ift. at udarbejde konkrete modeller for, hvordan basishonoraret konkret kan differentieres, herunder specifikke variable mm.

Ændringer til honoreringen i almen praksis vil skulle aftales i overenskomsten.

Forslag 12. Udbredelse af faglige og organisatoriske fællesskaber i almen praksis

Udvalget vurderer, at det er muligt at gøre almen praksis mere attraktiv at nedsætte sig i, herunder i områder med lægedækningsproblemer, gennem styrkede faglige og organisatoriske fællesskaber i sektoren. Sådanne fællesskaber kan fx gøre det enklere for den enkelte praktiserende læge at imødekomme de stigende krav til faglig viden og til administration, it, kvalitetssikring m.v.

Udvalget foreslår:

- **at sektoren i videre udstrækning etablerer praksisfællesskaber og praksis i tilknytning til sundhedshuse og kommunale akutfunktioner.**

Det er med til at skabe stærkere faglige miljøer, som kan danne grundlag for styrket indbyrdes samarbejde, arbejdsdeling og specialisering, der kan tiltrække yngre læger, der ikke i første omgang ønsker at investere i egen praksis eller at drive en praksis alene.

Udvalget foreslår endvidere:

- **at klyngeorganisering udbredes - dvs. at flere lægepraksis går sammen om fx at få løst en række administrative opgaver i forbindelse med ansættelse af personale, it-arbejde og benchmarking, kvalitetsudvikling mv.**

Klyngen kan også dele fagligt personale, såsom sygeplejersker, psykologer mv., og dermed være med til at udgøre både praktiske og faglige fællesskaber, som til tider savnes i både yderområder og i praksissektoren generelt. Dermed kan forslaget også bidrage til at gøre det mere attraktivt at være læge i områder med rekrutteringsudfordringer. Ligesom der kan sættes ind med en tidligere indsats, der måske kan sikre, at patientens tilstand ikke forværres og dermed har brug for en mere specialiseret behandling, fx i psykiatrien. Klyngeorganisering er ikke særlig udbredt i Danmark, men der er gode erfaringer med lægeklynger i det hollandske sundhedsvæsen.

Forslagene kan realiseres af de praktiserende læger lokalt og regionalt inden for gældende regler og overenskomst, i nogle tilfælde i samarbejde med kommuner og regioner.

Forslag 13. Fleksible åbne- og lukkegrænser for patienttal

PLO-overenskomsten har en såkaldt teknisk åbnegrænse på 1.475 patienter. Det betyder, at praksis automatisk får åbnet for tilgang, når patientantallet er faldet til 1.475, selvom det laveste tal, hvor en praksis kan lukke for tilgang (nedre lukkegrænse) er på 1.600.

I områder med lægemangel er det uhensigtsmæssigt at skulle afvente et fald på 125 patienter under normtallet. Reglen bunder i, at der i henhold til overenskomsten sædvanligvis skal åbnes for minimum tilmelding af 100 patienter.

Herudover er det udvalgets vurdering, at en forhøjelse af den nedre lukkegrænse for tilmelding af patienter til praksis kan give mulighed for en øget kapacitet og en effektiv resourceanvendelse i almen praksis. En forhøjelse af den nedre lukkegrænse skal bl.a. ses i sammenhængen med udvalgets anbefaling om tiltag, der kan øge anvendelsen af praksispersonale med henblik på bl.a. frigørelse af lægelige ressourcer.

Udvalget foreslår:

- **at den tekniske åbnegrænse hæves, så den tilnærmes eller bliver identisk med den nedre lukkegrænse.**

Udvalget foreslår endvidere:

- **at det overvejes at hæve den nedre lukkegrænse.**

Udvalget er dog opmærksomt på, at et krav om et højere antal patienter pr. praksis kan gøre det sværere at fastholde ældre læger i deres praksis. Hertil kan det bemærkes at der er mulighed for dispensation fra den nedre lukkegrænse.

Lægeforeningens medlemmer har anført, at der er tale om overenskomstspørgsmål, som man ikke kan tiltræde uden for overenskomstforhandlingerne.

Forslag 14. Ændrede vilkår for lægevagten med henblik på at rekruttere alment praktiserende læger

I dag har de praktiserende læger som oftest pligt til at dække lægevagten i de regioner, hvor lægevagten organiseres af PLO. Det kan være en byrde for nogle læger, fx unge læger med børn eller ældre praktiserende læger, der overvejer at gå på pension.

Udvalget foreslår:

- **at det overvejes at lempe kravene for alment praktiserende læger til at dække lægevagten**

En lempelse kan evt. gennemføres generelt eller konkret for praksis i lægedækningstruede områder for at gøre det mere attraktivt for læger at nedsætte sig i almen praksis i disse områder. Det bemærkes, at forslaget vil øge vagtbelastningen for de læger, der ikke omfattes af lempelserne.

Ændringerne kan inden for den gældende overenskomst aftales i de enkelte regioner mellem regionen og de praktiserende læger.

Lægeforeningens medlemmer har anført, at der er tale om aftalespørgsmål, som man ikke kan tiltræde uden for de lokale forhandlinger.

6.3 Sygehus og speciallægepraksis

Analyserne i kapitel 5 viser bl.a., at den geografiske fordeling af sygehuslæger pr. 1.000 indbyggere varierer på tværs af regioner, men at variationen i et vist omfang kan forklares ud fra patienttrafik over regionsgrænserne og forskelle i behandlingstygde samt forskelle i lægeligt arbejde, som ikke er direkte forbundet med patientbehandling, fx forskning.

Der er stor variation mellem videreuddannelsesregionerne i niveauet af vakante hoveduddannelsesforløb. Det kan pege på lokale rekrutteringsproblemer. Særligt inden for special psykiatri ses en udtalt variation.

Der er en relativt skæv fordeling af praktiserende speciallæger pr. indbygger, hvilket bl.a. afspejler, at Region Hovedstaden i højere grad har valgt en organisering med praktiserende speciallæger. Regionens merforbrug af ydelser hos praktiserende speciallæger udgøres delvis, når borgernes brug af ydelser sammenholdes med ambulante besøg på sygehuse.

Det er udvalgets vurdering, at lægedækningsproblemerne på sygehuse og i speciallægepraksis overvejende vedrører lokale rekrutteringsudfordringer på nogle af de mere decentralt placerede sygehuse i forhold til universitetsbyerne, men at der derudover er et særskilt og mere generelt problem inden for psykiatri og børne- og ungepsykiatrien.

Udvalgets forslag vedrører tiltag, der generelt tilsigter at øge sygehusvæsenets og speciallægepraksis' muligheder for at rekruttere læger i hele landet, og forslag, der kan aflaste den lægelige arbejdskraft gennem ændret arbejdsdeling.

Forslag 15. Inddragelse af speciallægepraksis i videreuddannelsen af speciallæger

Langt hovedparten af uddannelsen til speciallæge sker ved ansættelser i uddannelsesstillinger på sygehuse, især de store, specialiserede sygehuse. Der er også uddannelsesstillinger i speciallægepraksis, fx i praksistunge specialer som dermatologi. Det er udvalgets vurdering, at der kan være uudnyttede uddannelsesmuligheder i sektoren, som både kunne øge kapaciteten og give en bredere rekrutteringsplatform eksempelvis til det psykiatriske område.

Udvalget foreslår:

- **at speciallægepraksis i højere grad end hidtil inddrages i videreuddannelsen af speciallæger, når det kan bidrage til at løse kapacitets- og lægedækningsudfordringer.**

Udvalget bemærker, at en evt. gennemførelse af forslaget skal ske under hensyntagen til kvaliteten af uddannelsen, som altid bør have højeste prioritet.

Forslaget vil skulle gennemføres af videreuddannelsesregionerne. I det omfang at flere specialer end de nuværende skal inddrages som en del af den lægelige videreuddannelse, kræver det ændring i en bekendtgørelse, som skal gennemføres af Sundhedsstyrelsen.

Forslag 16. Samarbejde på tværs om ansættelse af læger på sygehuse

Lægedækningsproblemerne på sygehusområdet er som beskrevet af lokal/regional karakter. Det betyder, at der er sygehuse, hvor der er udfordringer med at rekruttere tilstrækkeligt med læger, mens der er sygehuse, som ikke oplever de samme rekrutteringsvanskeligheder.

Sygehuse uden rekrutteringsvanskeligheder har ikke i samme grad incitament til at effektivisere de lægelige arbejdsgange og fx sikre, at opgaver, der kan varetages af andre fag-

grupper, flyttes til dem. For at understøtte, at de lægelige ressourcer anvendes der, hvor de giver størst værdi for patienterne, bør de lægelige ressourcer anvendes mere solidarisk på tværs af enheder.

Det kan bl.a. ske gennem en højere grad af koordination og samarbejde, hvor sygehuse i områder, hvor der ikke er rekrutteringsvanskeligheder, er tilbageholdende med at opslå stillinger, hvis der er rekrutteringsproblemer i yderområder i samme region, fx inden for psykiatrien, men også i forhold til ansættelse af almen medicinere på sygehuse i tilfælde af lægedækningsproblemer i almen praksis.

På samme måde kan de fem regioner koordinere og samarbejde på tværs af regionsgrænser om anvendelsen af de lægelige ressourcer, idet nogle regioner har større rekrutteringsproblemer end andre.

Udvalget foreslår:

- **at de enkelte regioner, der har lokale rekrutteringsproblemer i sygehusvæsenet, i højere grad betragter det lægelige arbejdsmarked som sammenhængende og koordinerer deres rekruttering, så der tages hensyn til sygehuse med lokale lægedækningsproblemer.**

Udvalget foreslår endvidere:

- **at de fem regioner etablerer et samarbejde om rekruttering med det sigte, at den enkelte region også tager hensyn til andre regioners udfordringer med lægedækning.**

Forslag 17. Anvendelse af de lægelige ressourcer, hvor de giver mest værdi for patienterne

Læger og i særdeleshed speciallæger er blandt de længst og dyrest uddannede specialister i samfundet, og deres arbejdskraft bør altid anvendes, så den giver størst mulig værdi, og ikke hvor andre faggrupper kunne varetage opgaverne med samme eller bedre kvalitet. Ud over andre fordele bidrager det også til, at der alt andet lige er flere læger til rådighed for de områder, der har lægedækningsproblemer.

Opgaveflytning til andre faggrupper har været en dagsorden i en årrække og foregår løbende, fx flyttes opgaver på flere områder til sygeplejersker. Udvalget har i forslag 10 nævnt rammedelegation til den kommunale sygepleje som en mulighed. Det er udvalgets vurdering, at der fortsat er potentiale for øget opgaveflytning på sygehusene fra læger til andre grupper, fx administrative opgaver til administrative medarbejdere, opgaver, der hidtil har været varetaget af psykiatere (fx psykoterapi) til psykologer m.v. Desuden er forventningen, at de nye specialpsykologer både inden for voksen og børne- og ungepsykiatrien kan aflaste psykiaterne.

Udvalget foreslår:

- **at regionerne og personalets organisationer fortsat arbejder aktivt med opgaveflytningsdagsordenen med henblik på at understøtte bedre lægedækning.**

Forslag 18. Attraktive arbejdspladser i yderområder gennem mere fleksible ansættelsesformer

For at tiltrække og fastholde læger til sygehuse og speciallægepraksis i yderområder kan arbejdsgiverne på forskellige måder gøre ansættelse de pågældende ansættelsessteder mere attraktiv for potentielle ansøgere. I Yngre Lægers medlemsundersøgelse 2016 har svarpersonerne peget på en række faktorer, jf. boks 3.3.

Der kan i videre omfang oprettes delestillinger, hvor lægen har ét hovedarbejdssted og samtidig gør tjeneste et andet sted. Rotationsordninger, hvor ansættelse på større sygehuse kombineres med tjenesteperioder på sygehuse med rekrutteringsproblemer, er ligeledes et eksempel på en mere fleksibel ansættelsesform, hvor ansættelse i yderområder bliver mere attraktiv, da der er tale om læring og udveksling frem for en varig ansættelse. Andre eksempler fra Yngre Lægers undersøgelse er fleksibel arbejdstid, fx 4 dages komprimeret arbejdsuge, deltidsansættelse, periodevis vagtfritagelse, forskningsmuligheder i arbejdstiden mv.

Fleksible løsninger for praktiserende speciallæger, hvor der fx gives tilladelse til, at en deltidsyder fra Region Hovedstaden også må have et deltidsydernummer i Region Sjælland, kan også bidrage til en bedre lægedækning inden for specialer, hvor der i nogle områder mangler speciallæger, som fx psykiatrien.

Udvalget *foreslår*

- **at regionerne og relevante parter søger at benytte deres muligheder for at forbedre lægedækningssituationen gennem fleksible ansættelsesformer.**

Nogle af løsningsmulighederne kan kræve medvirken af andre regioner eller af lægernes organisationer, herunder inden for relevante overenskomster.

6.4 Andre overvejelser i udvalget

Udvalget har i sit arbejde overvejet forskellige andre mulige forslag og tiltag, som ikke er mundet ud i egentlige forslag fra udvalgets side.

Speciale i akutmedicin

Sideløbende med lægedækningsudvalgets arbejde har Sundhedsstyrelsen iværksat en vurdering af, om der i Danmark bør oprettes et speciale i akutmedicin. Der er under det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse oprettet en arbejdsgruppe herom.

Det indgår ikke i lægedækningsudvalgets opgaver at vurdere specialestrukturen, og et akutmedicinsk speciale vil først og fremmest have konsekvenser for sygehusvæsenets interne organisation snarere end for lægedækningsproblematikken.

Udvalget ønsker imidlertid at pege på, at et speciale i akut medicin også kan have konsekvenser for lægedækning, herunder afledte konsekvenser i almen praksis. Udvalget opfordrer derfor til, at disse konsekvenser inddrages i den kommende beslutning.

Antal ph.d.'ere

Udvalget har overvejet forskellige muligheder for at øge det samlede udbud af klinisk arbejdende læger. Udvalget har i den forbindelse overvejet, om den andel af en lægeår-gang, der tager en ph.d.-uddannelse, svarer til behovene for forskning m.v., eller om andelen med fordel kunne reduceres, så flere læger i stedet kunne arbejde klinisk.

Udvalget har ikke grundlag for at vurdere behovet for ph.d.'ere, men opfordrer til, at konsekvenser for lægedækningen inddrages i overvejelser om ph.d.-dimensioneringen.

Lægevalg i almen praksis (15 km-reglen)

Ifølge bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren har de sikrede ret til at vælge mellem to læger eller klinikker. I det omfang der ikke inden for en afstand af 15 km fra den sikredes bopæl er mindst to læger eller klinikker, der har åben for tilgang, at vælge imellem, er bopælsregionen snarest muligt forpligtet til at anvise den sikrede lægevalgsmuligheder. Dette kan også omfatte læger eller klinikker, der er lukket for tilgang, og hvor lægen eller klinikken indvilger i at have den pågældende sikrede tilmeldt, eller læger eller klinikker, som ligger mere end 15 km fra sikredes bopæl. I sidste tilfælde stiller regionen sygebesøg eller transportordning til rådighed.

De sikrede har således ikke et egentligt krav på to valgmuligheder inden for 15 km, men pga. de krav, det stiller til regionerne, hvis det ikke er muligt, opleves det sådan i regionerne. Udvalget har overvejet, om reglerne på den baggrund gør det vanskeligere at løse lægedækningen i de tyndt befolkede områder og hæmmer strukturudviklingen mod større lægepraksis. Udvalget har dog ikke konkrete forslag til ændringer af reglerne.

Opgaveflytning fra sygehuse til speciallægepraksis

Lægeforeningens medlemmer af udvalget har foreslået opgaveflytning fra sygehuse til speciallægepraksis som et af de fornuftige modsvar på en øget centralisering i hospitalsvæsenet. Sygehusenes speciallæge-tilbud rykker længere og længere væk fra mange borgere. Derfor finder Lægeforeningen det oplagt at flytte opgaver ud fra sygehusene, så der kommer flere borgernære speciallæge-tilbud. Patienten er ofte tættere på speciallægeklinikker end på sygehuset.

Et stort antal behandlinger og indgreb, som fx ikke kræver indlæggelse, kan med fordel foretages hos praktiserende speciallæger. Det giver ifølge Lægeforeningens medlemmer sammenhæng og tryghed i forløbet, at det er den praktiserende speciallæge, som både undersøger, behandler og følger op bagefter. Samtidig kan sygehusafdelingerne få frigjort tid til mere komplicerede opgaver ved at udlægge de mere rutineprægede opgaver.

Speciallægesektoren er ifølge Lægeforeningens medlemmer karakteriseret ved en høj effektivitet, bl.a. fordi speciallægerne laver mange af den samme type opgaver. Der kan sikres et smidigt og effektivt set-up i en speciallægepraksis, som – inden for de pågældende opgavetyper – er svær at matche for sygehusene.

Dertil kommer, at tilstedeværelsen af praktiserende speciallæger vil medvirke til at rekruttere alment praktiserende læger til de egne, hvor rekrutteringen er truet. Visheden om, at der er nogen at henvise til, har ifølge Lægeforeningens medlemmer en betydning for især nynedsatte alment praktiserende læger.

De praktiserende speciallæger er i dag ujævnt fordelt over landet, hvilket primært er historisk betinget. Lægeforeningens udvalgsmedlemmer finder det nærliggende, at antallet af ydernumre øges i de dele af landet, hvor der i dag er langt til speciallæge. Det kan f.eks. sikres i forbindelse med praksisplanlægningen.

Speciallægesektoren har i dag kun få ubesatte ydernumre, hvilket ifølge Lægeforeningens medlemmer bl.a. skyldes en aktiv rekrutteringsindsats fra sektoren selv. Der er derfor også gode muligheder for, at fremtidige nye ydernumre vil kunne besættes. I øvrigt vil en række af de initiativer, der er foreslået til at fremme rekrutteringen til almen praksis, også være relevante i forhold til speciallægepraksis.

Det drejer sig især om at få en introduktion til speciallægepraksis for både medicinstuderende, KBU-læger og læger i videreuddannelsesforløb. Det kan dels medvirke til at vække interessen for speciallægepraksis som karrierevej (rekrutteringsaspekt) og dels medvirke til et højnet informationsniveau på tværs af sektorer (kvalitetsaspekt).

Bilag 1 – Kommissorium for Lægedækningsudvalget

Baggrund

Regeringen ønsker, at alle danskere skal have adgang til sundhedsydelse, uanset hvor i landet de bor og uanset behandlingsbehov. Det drejer sig blandt andet om adgangen til speciallægeressourcer, herunder alment praktiserende læger. I et i øvrigt generelt velfungerende sundhedsvæsen er der en udfordring i forhold til at sikre en hensigtsmæssig fordeling af de rigtige lægelige ressourcer på tværs af landet og i alle specialer. Derfor ned-sættes et udvalg, der skal skabe overblik over udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet.

Udvalgets opgaver

Udvalget skal analysere udfordringerne og opstille mulige løsningsforslag, der kan understøtte en mere hensigtsmæssig fordeling af læger på tværs af landet. Konkret får udvalget følgende opgaver:

- Analyse af fordelingen af læger på tværs af landet: Geografiske forskelle i antal læger fordelt på specialer, besatte/ubesatte hoveduddannelsesforløb, optaget på medicinstudiet på tværs af landet mv. Relevante forhold som fx lægernes alder, praksisstruktur, aktivitet, ledige og ubesatte stillinger på sygehusene mv. inddrages i analysen.
- anbefalinger ift. at understøtte en bedre fordeling af lægeressourcerne på tværs af landet.

Internationale tendenser og eksterne analyser ift. lægebestanden kan i relevant omfang inddrages i analysen og kortlægningen. Udvalgets arbejde skal baseres på et generelt krav om omkostningseffektivitet og anbefalingerne må ikke samlet set indebære offentlige merudgifter.

Sammensætning

Udvalget sammensættes af repræsentanter fra følgende myndigheder og foreninger:

- Danske Regioner
- KL
- Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen
- Finansministeriet
- Lægeforeningen

Sundheds- og Ældreministeriet udpeger formanden for udvalget. Der vil kunne inddrages relevante interessenter i arbejdet, herunder sundhedskoordinationsudvalgene. Udvalget er opmærksomt på det arbejde, der foregår i regi af Sundhedsstyrelsens Prognose- og Dimensioneringsudvalg og Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Udvalgets arbejde skal ses i sammenhæng med udvalgsarbejdet om et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Proces

Udvalget sekretariatsbetjenes af Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsdatastyrelsen inddrages fsva. analyser og data.

Der sigtes mod, at der kan afholdes 3-5 møder med forventet afrapportering i 2016. Afrapporteringen til sundheds- og ældreministeren sker i form af en rapport med overvejelser og evt. anbefalinger.

Bilag 2 – Medlemmer af udvalg ved tidspunktet for afrapportering

Martin Teilmann, formand

Lægeforeningen

Mads Skipper, 1. reservelæge og ph.d.

Mette Worsøe, overlæge

Gunver Lillevang, alm. praktiserende læge

Helle Søholm, reservelæge og ph.d.

Danske Regioner

Erik Jylling, sundhedspolitisk direktør

Kirsten Jørgensen, centerchef

Thomas Jensen, centerchef

Berit Bjerre Handberg, sekretariatschef for Videreuddannelsessekretariatet Region Nord

KL

Hanne Agerbak, kontorchef

Anders Kjærulff, direktør, Silkeborg Kommune

Karen Nørskov Toke, centerchef, Københavns Kommune

Finansministeriet

Søren Lund, kontorchef

Sundhedsstyrelsen

Kirsten Hansen, sektionsleder

Sundheds- og Ældreministeriet

Katrine Ring, kontorchef

Lene Brøndum Jensen, kontorchef

Bilag 3: Uddybning af forslag 11 om at honoreringen differentieres efter patienttyngde

Udvalget foreslår, at honoreringen i almen praksis differentieres efter patienttyngde. Flere af udvalgets medlemmer har peget på, at basishonoraret øges ved høj patienttyngde, mens det reduceres ved lav patienttyngde. Tiltaget skal give større incitament til at være alment praktiserende læge i de områder, hvor patientpopulationen er mere behandlingskrævende, dvs. der hvor der er større patienttyngde. Effekterne af et differentieret basishonorar må forventes at være langsigtede, hvorfor forslaget ikke kan stå alene ift. at formindske de lægedækningsudfordringer, der er i almen praksis i nogle dele af landet, her og nu.

Internationalt set er differentiering og/eller risikjustering af honorar- og betalingssystemer ikke et nyt fænomen. Flere sammenlignelige lande fx Sverige, Holland, USA og Tyskland har en form for differentiering/ risikjustering, og der findes veldefinerede kriterier og metoder hertil. En evt. model for differentieret basishonorering i en dansk kontekst, vil skulle inddrage erfaringer fra andre lande.

Der er behov for et nærmere analysearbejde ift. at udarbejde konkrete modeller for hvordan basishonoraret kan differentieres, herunder specifikke variable mm.

I nedenstående præsenteres et beregningsteknisk skøn af befolkningens patienttyngde (dvs. det forventede forbrug af sundhedsydelser i almen praksis).

Metode

Behovet for sundhedsydelser herunder ydelser hos den alment praktiserende læge har sammenhæng med faktorer såsom alder, køn, sygelighed, livstil og socioøkonomiske forhold.

Den faktiske geografiske variation i forbruget af sundhedsydelser er ikke nødvendigvis kun et udtryk for befolkningens behov, men kan afspejle andre forhold, som fx. praksisstil, kapacitet og patientpræferencer. Derfor beregnes patienttyngden (det forventede behov) ud fra praksispopulationens sammensætning ift. alder, køn, sygelighed og arbejdsmarkedstilknytning.

Det beregningstekniske skøn for "behov" i indeværende notat består af tre trin:

- Ud fra statistiske metoder og registerdata om blandt andet befolkningens forbrug af sundhedsydelser i almen praksissektoren (målt ved bruttohonoraret) estimeres en sammenhæng mellem forbrug af sundhedsydelser på den ene side og forhold såsom alder, køn, sygelighed, og arbejdsmarkedstilknytning på den anden side.
- På baggrund af den estimerede sammenhæng beregnes et forventet forbrug af sundhedsydelser for hver person i Danmark. Derved udtrykkes betydningen af alder, køn, sygelighed og tilknytning til arbejdsmarkedet i én variabel.

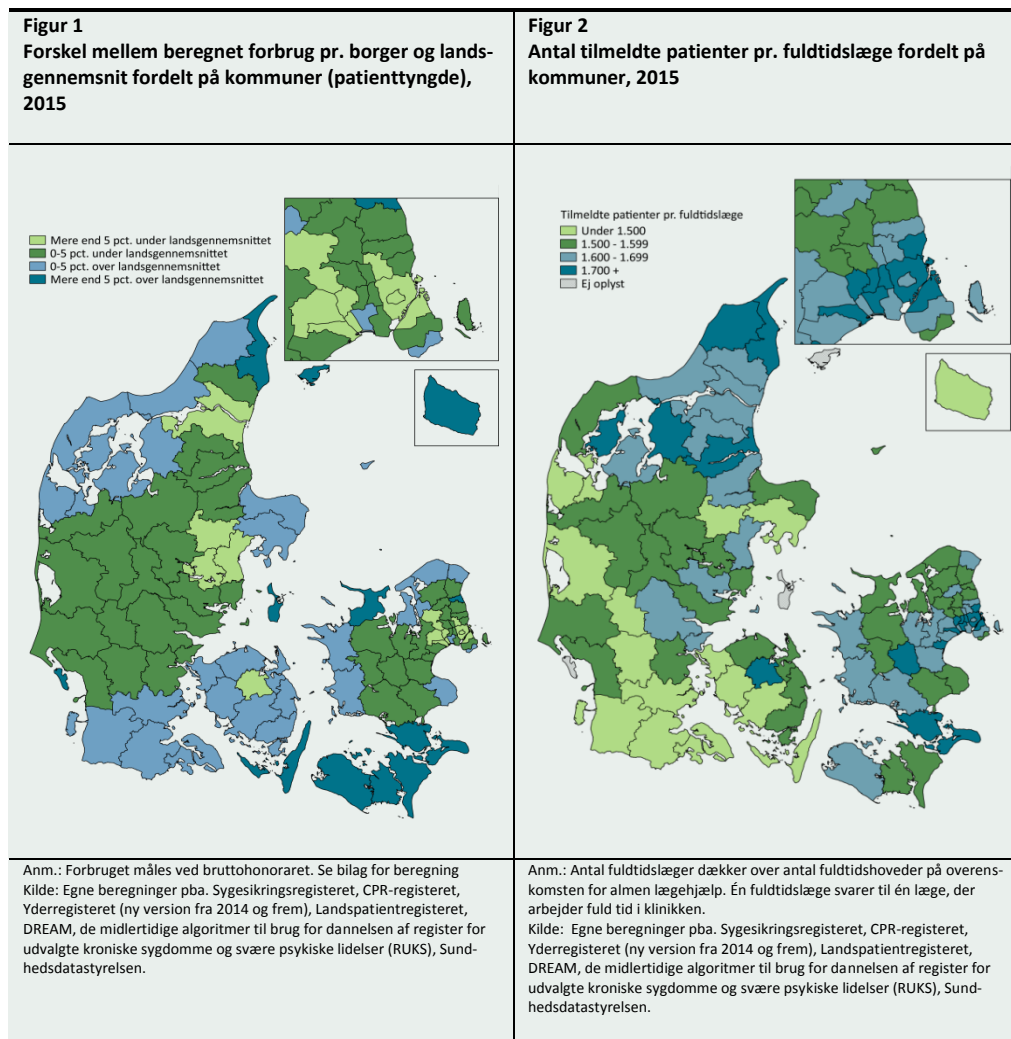
- Ud fra det de individuelle beregnede "forbrug" beregnes et gennemsnitligt forventet forbrug ud fra registerbaserede oplysninger om den enkelte patient. Dermed kan patienttyngden udtrykkes i ét tal.

Der kan således overvejes, at basishonoreringen herefter kan differentieres efter patienttyngden. I udgangspunktet vil det være naturligt, at en patienttyngde på 10 pct. over landsgennemsnittet medfører et basishonorar pr. patient, der er 10 pct. højere end landsgennemsnittet. Det kan dog overvejes, at differentieringen – evt. i en overgangsperiode – har mindre effekt.

Resultater - patienttyngde og lægelige kapaciteter

I det følgende præsenteres effekterne af at indføre et differentieret basishonorar på baggrund af den opstillede foreløbige model. Effekterne er præsenteret på kommuneniveau (via kommunekort), dvs. der er beregnet ét tal for patienttyngde for samtlige kommuner pba. den enkelte kommunes population.

Af figur 1 fremgår patienttyngden i hver kommune ift. landsgennemsnittet (dvs. forskellen mellem det beregnede gennemsnitlige forbrug af sundhedsydelser i almen praksis og det landsgennemsnitlige beregnede niveau). Det fremgår af figuren, at det beregnede forbrug af sundhedsydelser er relativt størst i yderområder. Ved en differentiering af basishonoraret vil læger i disse områder modtage et højere basishonorar. Der er dog nogen variation inden for kommunerne. Disse forskelle afspejles ikke i kommunekortene.



Af figur 2 fremgår antal tilmeldte patienter pr. fuldtidslæge fordelt på kommuner.

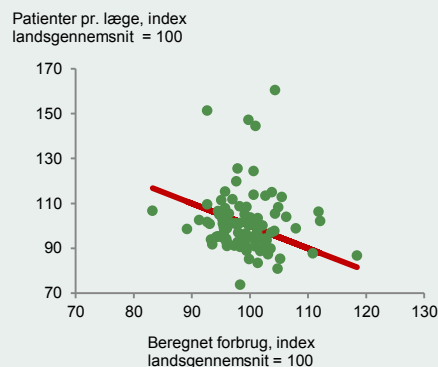
Der vil være hensigtsmæssigt med relativt flere lægelige kapaciteter, der hvor patienttyngden og dermed behandlingsbehovet er større. Derfor vil en hensigtsmæssig fordeling af de lægelige ressourcer indebære en negativ sammenhæng mellem antallet af patienter pr. fuldtidslæge og borgernes beregnede forbrug.

Figur 3 illustrerer et "optimalt"/forsimpleret indeks over antal patienter pr. læge og beregnet forbrug af sundhedsydelser (rød graf). Indekset angiver niveauet ift. det landsgennemsnitlige niveau, dvs. indeks 100 på begge akser svarer til at kommunen har et gennemsnitligt antal patienter pr. læge og et gennemsnitligt behandlingsbehov, som svarer til landsgennemsnittet. Figuren viser således, at en kommune/almen praksis, som har et beregnet forbrug, der er 10 pct. større end det landsgennemsnitlige niveau, hensigtsmæssigt vil have 10 pct. færre patienter pr. fuldtidslæge i forhold til landsgennemsnittet.

Det er muligt at undersøge de faktiske forhold omkring denne sammenhæng ved at sammenholde det forventede forbrug og det faktiske antal patienter pr. fuldtidslæge i de enkelte kommuner. Figur 3 viser også det forventede forbrug og det faktiske antal patienter pr. fuldtidslæge holdt op mod hinanden (grønne 'dots'). Der ses en svag negativ tendens i

sammenhængen på tværs af kommuner, og statistisk set er sammenhængen også negativ. Men flere kommuner afviger fra den simple sammenhæng.

Figur 3
Sammenhæng på tværs af kommuner mellem patienter pr. fuldtidslæge og beregnet forbrug pr. borger



Anm.: Ø-kommuner udeladt. Forbruget måles ved bruttohonoraret. Se bilag for beregning
Kilde: Egne beregninger pba. Sygesikringsregisteret, CPR-registeret, Yderregisteret (ny version fra 2014 og frem), Landspatientregisteret, DREAM, de midlertidige algoritmer til brug for dannelsen af register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen.

Forbehold

Det er vigtigt, at tage nogle store forbehold for denne forsimplede anskuelse. Opstillingen kan give en indikation af, hvor kapaciteterne bør være i forhold til befolkningens behov. Det er dog samtidigt vigtigt at understrege, at det er en forenklet opstilling af sammenhængen mellem "udbud" og "efterspørgsel" af lægelige kapacitet.

Ud over variablene i denne simple model kan andre variable være relevante ift. at beregne forbruget i almen praksis, hvorfor der er behov for et nærmere analysearbejde.

Opstillingen betragter kommunerne som adskilte og isolerede enheder, hvor borgere i en kommune ikke har adgang til lægelige kapaciteter i nabokommunen.

Derudover behandles en lægelige kapacitet ensartet i opstillingen, mens der kan være variation i lægernes "reelle" kapacitet fx pga. forskelle i erfaring, effektivitet, organisering og præferencer. Endelig er sammenhængen sat til at være lineær med en konstant procentvis sammenhæng mellem antal kapaciteter og behov (i forhold til landsgennemsnit).