

# Strategi for sikring af lægedækning 2018

## Indholdsfortegnelse

1	Indledning .....	1
1.1	Lægedækning.....	1
1.2	Kontekst .....	2
1.3	Formålet med lægedækningsstrategien.....	3
2	Udfordringer .....	3
2.1	Udkantsproblematikker .....	3
2.2	Markedsproblematikker.....	5
3	Løsninger .....	6
3.1	Praksisophør .....	6
3.2	Styring af lægekapacitet .....	9
3.2.1	Kapacitetsudvidelse .....	11
3.2.2	Kapacitetsindskrækelse .....	12
3.3	Øvrige instrumenter til kapacitetsudvidelser og -indskrækninger.....	14
3.3.1	Tilladelse til delepraksis.....	14
3.3.2	Tilladelse til praksisflytninger .....	14
3.3.3	Nedsat patienttal .....	16
3.3.4	Generationsskifteaftaler.....	16
3.3.5	Lukning for patienttilgang under normalt .....	17
4	Supplerende initiativer til bedre lægedækning .....	17
4.1	Bæredygtig strukturudvikling .....	18
4.2	Rekrutteringsindsatser .....	18
4.3	Uddannelsesområdets betydning .....	19

# 1 Indledning

Det overordnede formål med denne strategi er at beskrive hvordan Region Midtjylland sikrer, at man overholder sin forsyningspligt og realiserer regionens målsætninger for lægedækningen til regionens borgere. Derudover skal strategien fungere som et konkret redskab, der gør det muligt for administrationen at håndtere de forskellige udfordringer på lægedækningsområdet, som ofte har en kort bagkant og derfor forudsætter manøvrerum til at handle.

## 1.1 Lægedækning

Almen praksis er et liberalt erhverv hvor en praktiserende læge med et ydernummer, har ret til at levere almen medicinske ydelser til borgerne på det offentliges regning. Traditionelt har sektoren via markedsmekanismerne været selvforsynende med praktiserende læger, hvorfor lægedækningen har været sikret via køb og salg af ydnumre fra en almen mediciner til en anden. I løbet af de sidste 10 til 15 år har det vist sig, at sektoren ikke længere er i stand til at sikre lægedækningen i hele regionens geografi.

Tidligere var lægemangel den almindelige forklaring på problemerne med at sikre lægedækningen. Ikke desto mindre har den årlige lægedækningsberegning, som Region Midtjylland gennem de sidste par år har udført, vist, at der set under ét i regionen ikke er mangel på almenlægelig kapacitet. I lægedækningsberegningen angiver mange praksis at kunne have flere patienter tilmeldt, end de allerede har. Fordelingen af denne ekstrakapacitet i regionen er imidlertid et problem. For få speciallæger i almen medicin efterspørger praksis i de tyndest befolkede dele af regionen, og derfor er den overskydende kapacitet ujævnt fordelt. Denne observation er i overensstemmelse med en national tendens, som ligeledes beskrives i rapporten fra regeringens lægedækningsudvalg (Lægedækning i hele Danmark 2017).

I henhold til Sundhedslovens § 57 er regionen forpligtet til at stille tilbud om vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læger til rådighed for alle regionens gruppe-1 sikrede borgere. Det fremgår endvidere af *'bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren'*, at regionen skal bestræbe sig på at sikre borgernes ret til at vælge mellem to læger eller klinikker inden for 15 km fra borgernes bopæl. At sikre, at alle borgere kan tilmeldes et almen medicinsk tilbud, og at der kan tilvejebringes et tilfredsstillende lægevalg, refereres til som regionens *forsyningspligt*.

Det fremgår endvidere af Sundhedsloven, at det er Praksisplanudvalget, som er ansvarlig for kapacitetsplanlægningen i regionen. Derfor er Praksisplanudvalget også ansvarlig for at identificere områder, hvor kapaciteten er utilstrækkelig, og lægedækningen dermed er truet.

Region Midtjyllands aktuelle lægedækningsaktiviteter er centreret omkring de områder, som Praksisplanudvalget har udnævnt som lægedækningstruede samt de områder, hvor der opleves udfordringer med at leve op til regionens forsyningspligt og dermed sikre borgernes patientrettigheder.

## 1.2 Kontekst

Kapacitetsplanlægningen og samarbejdet omkring lægedækning er forankret i Sundhedsloven og Overenskomst om almen praksis (overenskomsten) og de dertilhørende politiske udvalg Praksisplanudvalget og Samarbejdsudvalget. I såvel Sundhedsloven som overenskomsten tilvejebringes en række instrumenter, som skal medvirke til at sikre lægedækningen på kort sigt ved praksisophør og lang sigt ved at skabe incitamenter, som skal gøre lægedækningstruede områder mere attraktive.

Sundhedslovens § 227 anviser, hvordan regionerne sikrer lægedækning i forbindelse med praksisophør. Derudover anviser Sundhedslovens § 227, hvordan kapacitetsudvidelser kan ske, der hvor markedsmekanismerne ikke har kunnet tilvejebringe en løsning. Det fremgår således:

- Alment medicinske kapaciteter, som regionen har fået indleveret eller oprettet, skal forsøges afsat til speciallæger i almen medicin, som ønsker at drive praksis på almindelige overenskomstmæssige vilkår (Sundhedsloven § 227, stk., 2).
- Regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret alment medicinske ydelser til regionens borgere, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret, til private virksomheder (Sundhedslovens § 227, stk., 3).
- Såfremt det ikke er muligt at afsætte den alment medicinske kapacitet til en almen mediciner på almindelige vilkår eller via et udbud, kan regionen selv etablere et alment medicinsk tilbud i op til 6 år.

Sundhedsloven anviser altså, hvordan regionerne håndterer aktuelle lægedækningsproblemer, hvor det kan konstateres, at sektoren via markedet ikke kan tilvejebringe tilstrækkelig lægedækning til, at regionen kan leve op til sin forsyningspligt over for borgerne.

Foruden Sundhedslovens anvisninger eksisterer der også i overenskomsten en række instrumenter, som har til formål at sikre lægedækningen ved at gøre det mere attraktivt at nedsætte sig som, eller forsætte med at være, praktiserende læge i lægedækningstruede områder. Dette understøttes økonomisk ved, at der i en 3-årig periode fra år 2018 nationalt allokeres i alt 24 mio. kr. årligt til de mest lægedækningstruede områder i landet. Derudover kan der regionalt tildeles rettigheder til praksis beliggende i lægedækningstruede områder, som andre praktiserende læger ikke har. Herunder:

- Delepraksis og dermed retten til at være to læger i en lægekapacitet i en op til 6-årig periode.
- Bedre mulighed for at ansætte læger i ubesatte lægekapaciteter.

- Mulighed for at ansætte uddannelseslæger, som er i det afsluttende forløb af uddannelsen til speciallæge i almen medicin.
- Ret til kompensation fra Administrationsudvalget, når der betales løn under sygdom og barselsorlov til ansætte læger.

Som det fremgår ovenfor, er de forskellige instrumenter, som overenskomsten tilvejebringer, ikke umiddelbart målrettet håndteringen af det enkelte praksisophør. Derimod kan de anskues som instrumenter, der skal gøre det mere attraktivt at være praktiserende læge i de lægedækningsstruede områder.

### **1.3 Formålet med lægedækningsstrategien**

Region Midtjylland styrer og administrerer lægedækningen på baggrund af lægedækningsstrategien og de forskellige administrationsgrundlag, som Regionsrådet har vedtaget. Til sammen udgør disse grundlaget for, at administrationen har mulighed for at varetage den daglige administration af lægedækningsområdet.

Den nuværende lægedækningsstrategi er vedtaget i juni 2015, og eftersom der sidenhen har været flere ændringer af Sundhedsloven, og der er indgået og igangsat en ny overenskomst, er der behov for at opdatere og revidere strategien.

En opdateret og revideret lægedækningsstrategi sikrer, at administrationen har manøvrerum til at håndtere problemstillinger, der opstår i den daglige drift af lægedækningsområdet inden for lovbestemte og overenskomstfastsatte tidsfrister. Derudover sikrer lægedækningsstrategien, at regionsrådet har vedtaget nogle gældende principper for håndteringen af lægedækningen, som gør, at sager af ens karakter behandles ensartet af administrationen. Det betyder samtidig, at regionsrådet alene præsenteres for driftsmæssige problemstillinger af principiel karakter.

Endelig udgør lægedækningsstrategien et understøttende plangrundlag sammen med den til enhver tid gældende Praksisplan og Sundhedsplan.

## **2 Udfordringer**

I lighed med de andre regioner står Region Midtjylland over for forskellige problematikker, som kan resultere i udfordringer med at sikre lægedækningen i regionen. Der kan skelnes mellem det, som her karakteriseres som henholdsvis udkantsproblematikker og markedsproblematikker.

### **2.1 Udkantsproblematikker**

Ligesom den generelle samfundstendens opleves urbanisering også i Region Midtjylland, hvor regionens byer bliver større samtidig med, at andre dele af regionen langsomt affolkes. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med, at de affolkede områder ofte har lange afstande til beskæftigelses-, sundheds- og uddannelses tilbud.

Disse områder er typisk øer eller udkantsområder i regionens vestlige og nordlige geografi.

Udkantsområderne er i et lægedækningsperspektiv ofte udfordrede – og har været det i en længere årrække - da en række forhold gør, at de praktiserende læger kan opfatte udkantsområderne som mindre attraktive at praktisere i. Sådanne forhold omfatter, men er ikke begrænset til:

- *Afstand*: Der er ofte langt til andre ydere i primærsektoren og til behandlingsmulighederne i sekundærsektoren. Det har som konsekvens, at det kan være vanskeligt at indgå i vagt- og feriering med andre praksis samtidig med, at vikarbistand ofte er dyrere at tilkøbe. Derudover er der risiko for, at lægen vil savne faglig sparring og kollegialt samvær.
- *Behandlingskapacitet*: De lange afstande gør, at lægerne i udkantsområder er mere tilbøjelige til at påtage sig flere opgaver, end det er tilfældet for almen praksis i mere tætbefolkede områder. Dette skyldes, at det er mere indgribende for patienterne i udkantsområder at få en henvisning til speciallægepraksis eller sekundærsektoren, og der sker derfor en større opgaveglidning til almen praksis i udkantsområderne. Det stiller store krav til behandlingskapaciteten i praksis samtidig med, at det kan have økonomiske konsekvenser for praksisindtjeningen. Dette skyldes, at mere komplicerede forløb som udgangspunkt har en mere tidskrævende karakter, der ikke nødvendigvis belønnes tilsvarende i det nuværende overenskomstsysteem.
- *Patientpopulation*: Er typisk karakteriseret ved et mere komplekst sygdomsbillede med eksempelvis flere kronikere, ældre medicinske patienter, multisyge eller polyfarmacipatienter (patienter, som får mange forskellige slags medicin på samme tid).
- *Akutberedskab*: Lægen må ofte påtage sig opgaver og akutberedskab, der eksisterer ud over normen for læger i primærsektoren generelt. Dette eksempelvis ved at skulle varetage døgnberedskabet, udrykning eller servicere midlertidige kommunale akut- og aflastningspladser.
- *Økonomi*: Ligeledes må lægen forholde sig til, at der er nogle økonomiske udfordringer forbundet med at være praktiserende læge i udkantsområder. Som før omtalt kan der være større udfordringer forbundet med rekruttering af vikarer, komplekse sygdomsforløb honoreres ikke nødvendigvis mere i det eksisterende honorarsystem, og patientgrundlaget – og dermed indtjeningsmulighederne – bliver ofte mindre over tid.

Områder, som kan siges at besidde én eller flere af ovenstående karakteristika, er eksempelvis: Fursund (Skive Kommune), Thyholm (Struer Kommune), Hvide Sande (Ringkøbing-Skjern Kommune), Samsø (Samsø Kommune), Anholt (Norddjurs Kommune), Endelave (Horsens Kommune) og Thyborøn (Lemvig Kommune). Denne liste er dog ikke udtømmende.

## 2.2 Markedsproblematikker

Inden for de senere år opleves der i tiltagende grad lægedækningsproblemer i Region Midtjyllands større byer, hvor generationsskiftene ikke forløber uproblematisk, og hvor der opleves udfordringer med at udvide kapaciteten således, at den svarer til tilflytning til byerne. Udfordringer forbundet med generationsskifte skyldes ofte, at der er uforenelige forventninger til prisen på ydernumrene mellem sælgerne; de ældre læger, og køberne; de yngre læger. I forbindelse med kapacitetsudvidelser opleves det, at markedet er mættet og dermed ikke kan absorbere nye ydernumre. Derfor kan udfordringerne med at sikre lægedækningen i de større byer karakteriseres som markedsproblematikker, da det har vist sig, at markedet, der burde sikre lægedækningen, ikke fungerer. Derudover er der en række andre forhold, som beskrives i det følgende.

- *Økonomi*: Uforenelige forventninger til den økonomiske transaktion mellem henholdsvis køber og sælger er en stor udfordring. Køberne, de yngre læger, er opmærksomme på, at det er "købers marked", og de kender til eksempler på, at ydernumre gives væk gratis eller næsten-gratis. Derfor har de en forventning om en lav pris. Omvendt forsøger sælgerne, de ældre læger, at få den bedst mulige pris og har en klar forventning om, at ydernumre ikke er gratis. Derfor kan handlerne gå i stå, og det kan ende med, at en læge stopper, uden at der er sket et salg af ydernummeret.
- *Uattraktive praksis*: En praksis kan af forskellige årsager være uattraktiv. Et eksempel er, at mange af de yngre læger foretrækker at nedsætte sig i praksisfællesskaber, mens de ældre læger ofte er nedsat i solopraksis. Det kan også være lokale forhold, placering eller andre forhold, der gør en praksis uattraktiv.
- *Personrelaterede problematikker*: I visse tilfælde kan det være velkendt, at der er samarbejdsvanskeligheder i en praksis, eller der eksisterer uenighed omkring lægearbejdet og organiseringen af praksis.
- *Mangelfuld rekruttering*: Dette opstår, når en sælger af et ydernummer ikke aktivt forsøger at sælge praksis, men derimod har en forventning om, at det er "sælgers marked", hvor køber selv finder sælger.
- *Mættet marked*: Aftagermarkedet for nye ydernumre, som oprettes i forbindelse med tilflytning til byen, er mættet, og de praktiserende læger kan eller ønsker aktuelt ikke at absorbere flere nye ydernumre af enten organisatoriske eller praktiske årsager.

Områder, hvor én eller flere af ovenstående karakteristika er observeret, er eksempelvis i Herning Kommune, Randers Kommune og Horsens Kommune. Dette er dog ikke en udtømmende liste.

Overordnet set står Region Midtjylland altså over for to former for udfordringer, som gør, at der skal være fokus på at sikre lægedækningen i hele regionens geografi og ikke kun i de områder, der traditionelt har været karakteriseret som lægedæknings-

truede; nemlig udkantsområderne. De forskellige instrumenter, der kan bringes i anvendelse for at sikre lægedækningen, beskrives nærmere i næste afsnit.

## 3 Løsninger

Nærværende afsnit redegør for, hvordan lægedækningsproblematikker håndteres på kort sigt i forbindelse med praksisophør og mellemlang sigt via kapacitetsstyring og en hensigtsmæssig kapacitetsudnyttelse.

### 3.1 Praksisophør

Ophør af praksis kan ske både ved helt akutte tilfælde (f.eks. dødsfald, sygdom) og med overenskomstmæssig varsling.

Ved helt akut lægeophør, f.eks. dødsfald eller alvorlig sygdom, vil det som udgangspunkt være nabolægerne, som varetager den ophørte læges patienter. Hvis det i situationen er nødvendigt, kan regionen i en kort periode oprette et akut, midlertidigt lægetilbud jf. Sundhedslovens § 227, stk. 6.

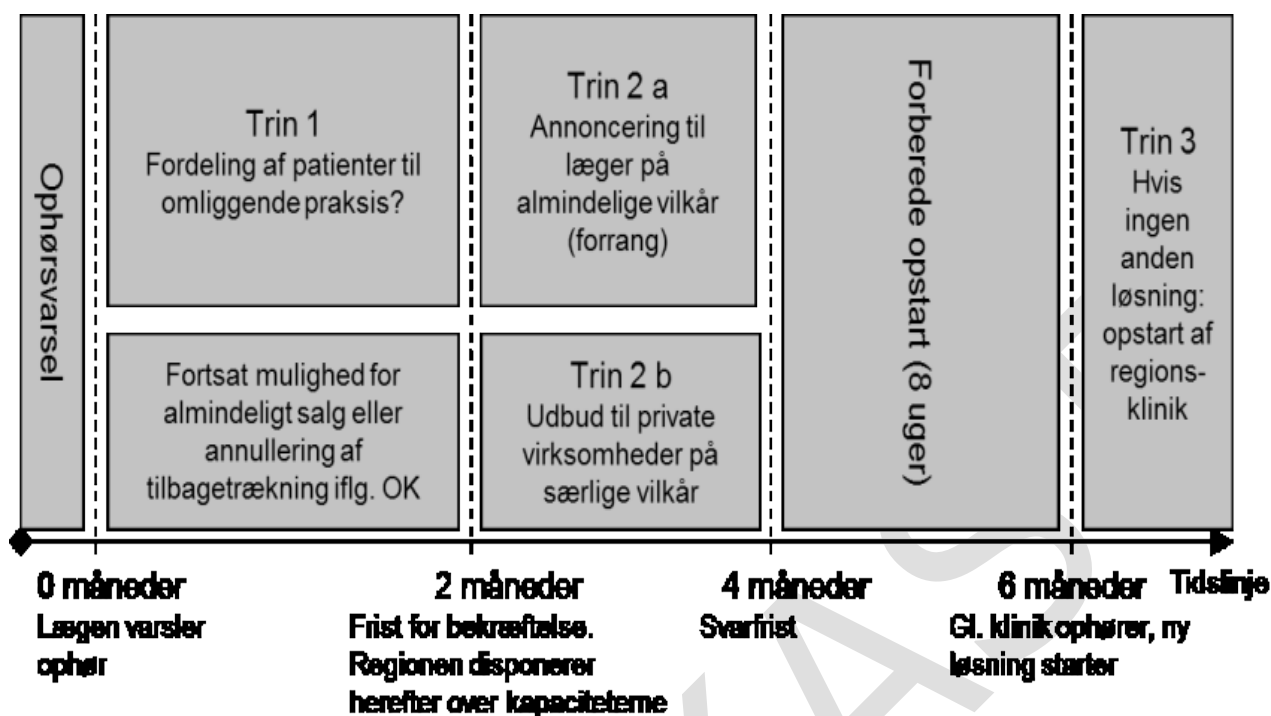
I en situation, hvor en læge forventer at lukke sin praksis, uden at der er udsigt til at praksis (ydernummeret) overtages af en anden læge, har lægen pligt til at varsle ophør over for regionen seks måneder før ophørsdatoen. Allerede på det tidspunkt begynder regionen at afdække mulighederne for at sikre lægedækningen, når ophøret træder i kraft efter de seks måneder.

Ifølge overenskomsten skal Praksisplanudvalget efter et ophørsvarsel drøfte, hvorvidt den ophørende læges patienter kan fordeles blandt lokale læger med ledig patientkapacitet, eller om der er lokale praksis, som ønsker at udvide med den lægekapacitet, der vil blive ledig. I Region Midtjylland foregår dette ved at varslede ophør tages op i Lægedæknings- og rekrutteringsudvalget, som hører under Praksisplanudvalget. Håndteringen af varslede ophør følger en fast procedure.

Senest fire måneder før ophørsdatoen skal lægen endelig bekræfte at praksis ikke er blevet solgt/overtaget af en anden læge, og dermed ophører. Først da har regionen mulighed for at disponere over ydernummeret.

Region Midtjylland har opstillet en model for sikring af lægedækningen ved praksisophør, som opfylder bestemmelserne i Sundhedsloven og overenskomsten ift. den rækkefølge, som de forskellige instrumenter bringes i anvendelse. Modellen er illustreret i figur 1 nedenfor:





Figur 1 - Region Midtjyllands udbudsmodel

#### *Trin 1: Fordeling af patienter til omliggende praksis*

Efter meddelt ophør skal det hurtigst muligt, og i samråd med nabolægerne, afklares, om nabolægerne har den nødvendige kapacitet til at den ophørende læges patienter kan fordeles mellem dem, jf. overenskomstens § 14, stk. 2.

Selv om det er muligt at fordele patienterne i eksisterende praksis, foretager regionen stadig en kortlægning og vurdering af lægedækningsituationen i det pågældende område, i lyset af en eventuel fordeling. Kortlægningen skal blandt andet omfatte følgende forhold:

- Lægekapaciteten i området
- Patientgrundlaget i området
- Praksisstrukturen i området (solopraksis/flerlægepraksis)
- Tilgængelige kliniklokaler
- Den forventede demografiske udvikling
- Rimelig geografisk afstand til omkringliggende praksis eller klinikker med ledig kapacitet

Efter kortlægningen besluttet, om fordelingen gennemføres, eller der eventuelt skal gennemføres andre tiltag for at sikre lægedækningen. Den endelige beslutning beror på en konkret vurdering af perspektiverne i at skabe en langsigtet løsning lokalt, som sikrer nærhed og kontinuitet i lægedækningen.

#### *Trin 2: Sideløbende annoncering og udbud*

Region Midtjylland disponerer som nævnt først over den ophørende praksis' ydernumre to måneder efter ophørsvarsel, hvis ophør bekræftes. Herfra har regionen fire måneder til at sikre lægedækningen for de berørte patienter. Har det ikke vist sig muligt at sikre lægedækningen via virkemidlerne under trin 1, iværksættes trin 2, som består af hhv. trin 2a: '*Annoncering til læger på almindelige vilkår*' og trin 2b: '*Udbud til private virksomheder på særlige vilkår*' sideløbende.

#### *Trin 2a: Annoncering til læger på almindelige vilkår (forrang)*

Region Midtjylland annoncerer først og fremmest den ophørende praksis' ydernumre til læger på almindelige overenskomstmæssige vilkår. Lægerne kan byde ind på klinikken/ydernummeret og højest bud vinder. Buddene starter ved 1,- kr. og på den måde sikrer regionen sig, at man afsætter ydernummeret til markedsprisen. Er der bud på annonceringen fra læger, annulleres det udbud, som kører sideløbende i trin 2b.

#### *Trin 2b: Udbud til private virksomheder på særlige vilkår*

Sideløbende med at den ophørende praksis annonceres for speciallæger, som ønsker at praktisere i henhold til overenskomsten, iværksættes der et udbud af drift af praksis på ændrede vilkår, målrettet private virksomheder. På den måde sikrer regionen, at der står en privat aktør klar til at drive lægepraksis, hvis det viser sig, at der ikke er læger, som er interesseret i at overtage praksis. Borgerne er sikret en læge, og regionen opfylder sin forsyningspligt.

Udbud af almen lægepraksis håndteres i Region Midtjylland efter følgende model:

1. Der efterspørges en tilbudsgiver/virksomhed, som vil drive lægeklinik med udgangspunkt i overenskomstens bestemmelser, men mod en fast betaling pr. tilmeldt patient pr. år, i modsætning til ydelsesafregningen i overenskomsten.
  - a. Leverandøren skal stadig leve op til kvalitetskravene i overenskomsten.
  - b. Der skal tilstræbes kontinuitet i lægebemandingen i udbudspraksis, og derfor stilles der krav om, at lægebemandingen skal tilrettelægges således, at de tilmeldte patienter kan få et tilknytningsforhold til en eller flere faste læger i minimum 6 måneder ad gangen.
  - c. Der kan stilles skærpede krav til klinikdriften, fx afstemning af medicinkort, og at man ikke lukker for patientoptag, før de overenskomstbestemte maksimale 2.700 patienter pr. ydernummer m.m.

Den tilbudsgiver, der vinder retten til at drive praksis, får besked på dette ca. otte uger før, klinikken skal være i drift.

#### *Trin 3: Opstart af regionsklinik*

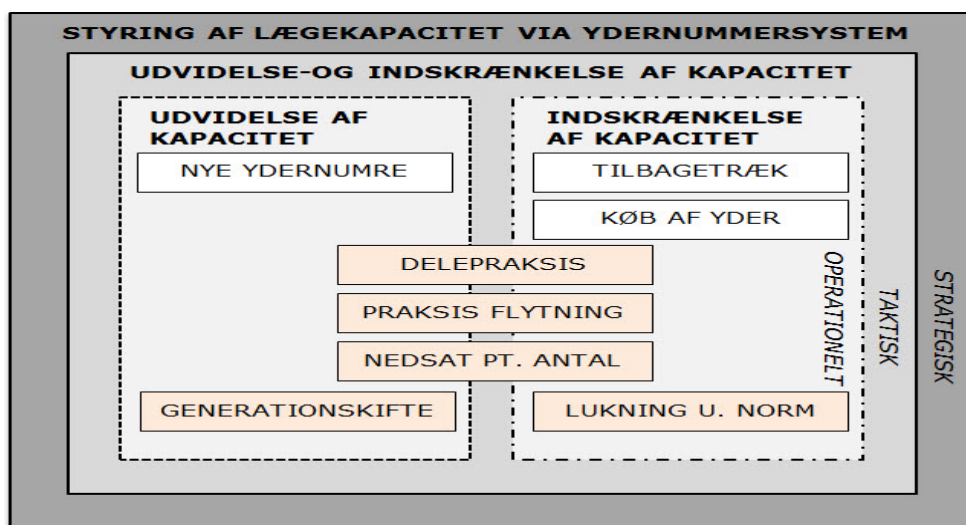
Hvis det ikke lykkedes regionen at sikre lægedækningen via Trin 1 eller Trin 2, er sidste trin at oprette en regionsklinik for at kunne leve op til regionens forsyningspligt. En regionsklinik drives af regionen med ansatte læger eller vikarer. Regionen må

maksimalt drive klinikken i seks år, hvorefter regionen skal forsøge at normalisere lægedækningen ved at annoncere klinikken til alment praktiserende læger eller udbyde denne.

### 3.2 Styring af lægekapacitet

Almen praksis er som nævnt indledningsvist et liberalt erhverv, og den enkelte læge vælger selv i hvilket område, denne vil erhverve sig en praksis. I forhold til Region Midtjyllands styring af hvor og hvor mange læger der er i de enkelte områder, kan lægedækning altså kategoriseres som et vanskeligt kontrollerbart område. Dette er selvsagt ikke ensbetydende med, at det ikke er muligt at udøve styring på området. I modsætning til den direkte styringsbeføjelse, som regionen har i sekundærsektoren, foregår styringen i primærsektoren indirekte via de forskellige instrumenter, som har indflydelse på omsætningen af ydernumre i et givent område.

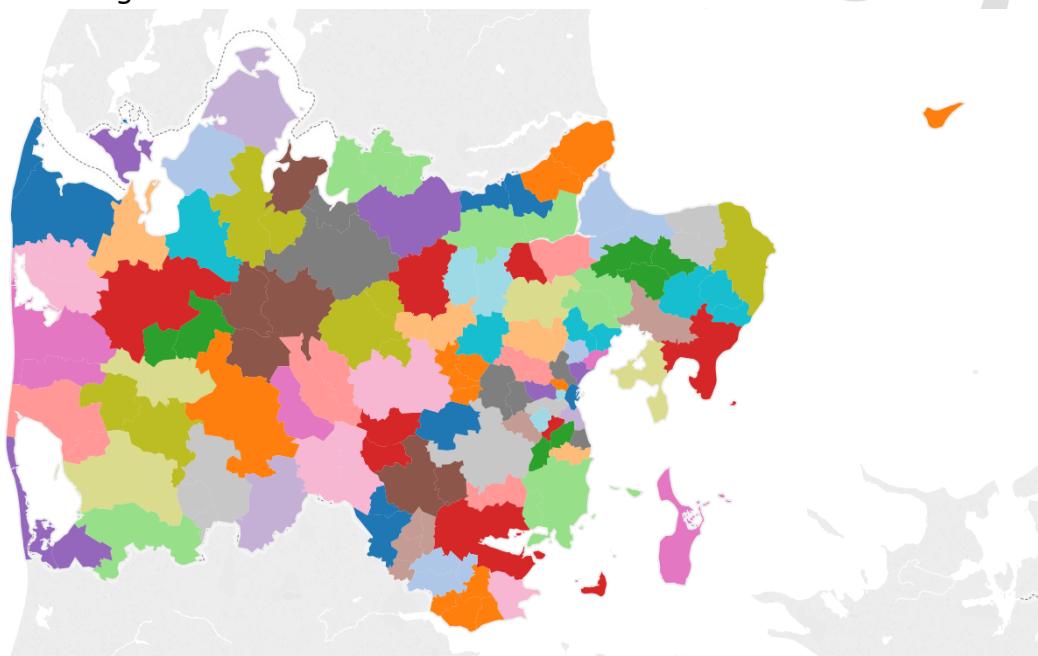
I Region Midtjylland foregår styring på lægedækningsområdet altså ud fra devisen om, at regionen kan påvirke, hvor lægerne søger hen ved at regulere i mulighederne for, hvor lægerne kan få ansættelser eller erhverve sig et ydernummer. Dette kræver en aktiv anvendelse af regionens muligheder for at indskrænke og udvide kapaciteten i forskellige områder, ligesom det forudsætter stringens i brugen af de forskellige instrumenter, som påvirker kapaciteten i den ene eller den anden retning. De forskellige lægedækningsaktiviteter og de forskellige instrumenter, som lovgivningen og overenskomsten giver mulighed for at bruge, skal bringes i anvendelse i kombination med hinanden på en sådan måde, at der er en entydig retning i den strategiske styring af lægedækningsområdet. Hvis dette skal lykkes, er det væsentligt, at alle Region Midtjyllands aktiviteter i regi af Samarbejdsudvalg, Praksisplanudvalg og i de øvrige politiske og administrative udvalg samstemmes. Figur 2 nedenfor illustrerer, hvilke instrumenter der kan bruges til hvad i forsøget på at styre lægedækningsområdet strategisk. Figuren fungerer også som læsevejledning til resten af dette afsnit.



Figur 2 - Strategisk styring af lægedækningsområdet

Ambitionen i Region Midtjyllands Sundhedsplan fra 2013 er at levere et sundhedsvæsen på patientens præmisser. Det betyder på lægedækningsområdet, at ambitionen er at sikre, at der er flest alment praktiserende læger i de områder, hvor behandlingsbehovet er størst. I en erkendelse af rekrutteringsmæssige udfordringer til regionens vestlige områder, i kombination med en tiltagende efterspørgsel og behov for alment medicinske ydelser hos visse patientgrupper i disse områder, er en hensigtsmæssig kapacitetsfordeling meget væsentlig i Region Midtjyllands strategi for sikring af lægedækning.

For at skabe et overblik over hvordan udbuddet af praktiserende lægers ydelser harmonerer med borgernes efterspørgsel efter ydelser, har Region Midtjylland udarbejdet en kapacitetsdimensioneringsmodel. I regionens kapacitetsdimensioneringsmodel er regionen opdelt i en række lægedækningsområder, som illustreret i figur 3 nedenfor.



Figur 3 – Lægedækningsområder

Hvert lægedækningsområde forsynes med to scores, hhv. en efterspørgsels- og udbudsscore, som er baseret på forskellige parametre, der tilkendegiver enten borgernes efterspørgsel efter alment medicinske ydelser, eller de praktiserende lægers udbud af samme i det givne område. Scoren er relativ, hvilket betyder, at de enkelte lægedækningsområder evalueres i forhold til hinanden. Dermed kan områder med uoverensstemmelse identificeres, og i de områder, hvor der er behov for at ændre kapacitetsdimensioneringen, kan der arbejdes på enten at indskrænke eller udvide antallet af ydernumre. Det primære instrument til at sikre lægedækning er således ved at anvende ydernummersystemet aktivt som et styringsystem.

De fire parametre, som tilkendegiver efterspørgslen på alment medicinsk kapacitet blandt borgerne, er:

- Andel indbyggere, som er ældre end 75 år
- Andel polyfarmacipatienter
- Antal kontaktydelser pr. indbygger (brug af lægen)
- Andel af befolkningen på udvalgte overførselsindkomster

De fire parametre, som tilkendegiver udbuddet blandt de praktiserende læger, er:

- Overenskomstmæssig ekstrakapacitet (hvor mange flere patienter skal lægerne tage)
- Hvor mange patienter praksis har ønsket i lægedækningsberegningen
- Andel læger over 63 år
- Andel lægekapatiteter, der er lukket for tilgang

### *3.2.1 Kapacitetsudvidelse*

Hvis administrationen vurderer, at der er behov for at udvide kapaciteten i et område, kan dette gøres ved at oprette nye ydernumre. Disse annonceres til praktiserende læger, der allerede praktiserer eller ønsker at praktisere i henhold til overenskomsten. Der er her tale om såkaldte 0-ydernumre, hvor der ikke på forhånd er tilknyttet patienter. Region Midtjylland sælger 0-ydernumre til markedspris, ligesom tilfældet er for regionens salg af andre aktiver. Markedspris etableres via en budprocedure.

Situationen, når regionen annoncerer 0-ydernumre, er dermed markant forskellig fra et praksisophør i afsnit 3.2, hvor der er et antal patienter, som skal tilbydes en ny praksis, og hvor en udbudsklinik derfor også kan komme på tale, hvis ingen læger er interesserede. I annonceringen af 0-ydernumre er der kun tale om at forsøge at afsætte ydernummeret til læger, og på helt almindelige, overenskomstmæssige vilkår. Da formålet er at tilpasse kapaciteten og sikre borgerne lægevalg i et bestemt område, vil der typisk være krav om, at ydernummeret skal drives inden for et afgrænset geografisk område.

Udvidelse af kapacitet via oprettelse af nye ydernumre vil typisk finde sted organisk ved, at en eksisterende praksis udvider med et ekstra ydernummer og åbne tilsvarende op for patienttilgang. Det sker sjældnere, at en helt ny læge starter praksis op uden på forhånd tilmeldte patienter.

#### *Udvidet annoncering af ydernumre med lokaler og udstyr*

Hvis det eksisterende marked, bestående af praktiserende læger i et område, ikke kan forestå en kapacitetsudvidelse, og omstændighederne i øvrigt taler for det, kan det være hensigtsmæssigt at gøre det mere attraktivt for en ny læge at starte praksis i området. En udvidet annoncering kan indeholde mulighed for at leje kliniklokaler af kommunen eller regionen samt mulighed for at lease klinikudstyr af regionen til markedspris. Der kan være tale om kommunalt eller regionalt ejede lokaler eller

lokaler, som lejes hos en privat udlejer og derefter videreudlejes til lægen. Dermed opnås følgende fordele:

- En nystartet læge undgår investeringer i lokaler og udstyr i opstarten af klinikken, hvor der som udgangspunkt kun er få patienter tilmeldt og dermed beskedent indtjening.
- Ved at leje kliniklokaler af kommunen/regionen er lægen ikke bundet i et langvarigt erhvervslejemål.
- Den private udlejer har garanti fra kommunen/regionen for lejeindtægterne, og dermed opnås en billigere husleje.
- Lægen har fleksibilitet til at kunne komme ud af arrangementet med overenskomstens påkrævede 6 måneders varsel.
- Regionen kan binde ydernummeret til de indrettede kliniklokaler og i tilfælde af, at lægen ønsker at stoppe, forsøge at afsætte klinikken ved at sælge til en ny læge, udbyde driften eller i sidste ende drive den som regionsklinik. I alle tilfælde fortsætter den nye praksis, og den påkrævede kapacitetsudvidelse er opnået.

Ovenstående model kan tilbydes inden for rammerne af Sundhedsloven og reglerne for statsstøtte, da der ikke er tale om individuel driftsstøtte, men at lægen betaler markedslejen. Det er i den forbindelse væsentligt at understrege, at lægen betaler den fulde husleje svarende til, hvad kommunen eller regionen betaler i det private lejemål. Aftalerne om udstyr og lokaler indrettes således, at de normaliseres over en årrække.

Eftersom almen praksis er et liberalt erhverv, vil Region Midtjylland altid forsøge at få markedet til at løse lægedækningsudfordringer. Dette har som konsekvens, at regionen først vil annoncere 0-ydernumre uden tilknyttede lokaler og udstyr. Kan det efter en sådan annoncering konstateres, at markedet ikke kan forestå en kapacitetsudvidelse, vil regionen vurdere, hvorvidt kapacitetsudvidelsen skal forsøges via en udvidet annoncering. Selv i forbindelse med udvidede annonceringer vil regionen give læger forrang, hvis de *ikke* ønsker nogen form for regional involvering i kliniklokaler eller udstyr.

### 3.2.2 Kapacitetsindskrænkelse

Region Midtjylland har også mulighed for at foretage kapacitetsindskrænkelse og gøre antallet af ydernumre i et område mindre. Dette gør regionen i de tilfælde, hvor der ikke er behov for kapaciteten, eksempelvis hvis der har været stor fraflytning fra området. Ved at mindske antallet af ydernumre i et område, som er overdimensioneret, sikres det altså, at ydernummeret ikke bliver besat af en læge, og dermed undgås en u hensigtsmæssig kapacitetsfordeling. Den pågældende læge må derfor nedsætte sig andet steds, hvor der er større behov for at have en praktiserende læge.

Regionen har grundlæggende to muligheder for at indskrænke kapaciteten i et område; enten via tilbagetrækning af ledigblevne ydernumre i praksis eller ved køb af ydernumre fra praktiserende læger.

#### *Tilbagetrækning af ledigblevne ydernumre placeret i praksis*

I de tilfælde, hvor en praksis råder over en ledig kapacitet som følge af en kompagnons udtræden, tilladelse til udvidelse af praksis eller lignende, har praksis jf. overenskomstens § 15 og § 20 ét år til at besætte kapaciteten med en navngiven læge. Der er i Region Midtjylland udarbejdet en procedure for regionens behandling af ansøgninger om forlængelse af ledige ydernumre.

- Retten til at disponere over et ledigt ydernummer forlænges i udgangspunktet kun for en periode på 1 år ad gangen.
- Forlængelse af retten til at disponere over ydernummeret kræver, at den ekstra kapacitet repræsenterer en patientvolumen, som svarer til minimum en halv kapacitet (+800 patienter). Derudover forpligter praksis sig til – som minimum – at holde åbent for tilgang, som modsvarer normtallet på minimum 1600 patienter pr. kapacitet.
- Forlængelse af retten til at disponere over ydernummeret i yderligere 1 år sker under hensynstagen til bl.a. følgende forhold:
  1. Lav ekstrakapacitet i området, hvilket betyder, at der er risiko for, at området snarligt bliver lægedækningstruet.
  2. Høj gennemsnitsalder blandt lægerne i området
  3. Stor afstand til de omkringliggende praksis
  4. En praksisstruktur i området kendetegnet ved mange solopraksis
  5. Sygdomsbyrden
  6. Flere praksis i området har oplyst, at de planlægger ophør inden for det kommende år.
  7. Andre forhold, fx historik i forhold til afsættelse af ydernumre osv.

I det tilfælde hvor en ekstra kapacitet alene repræsenterer en halv kapacitet (-800 patienter) er udgangspunktet, at retten til at disponere over ydernummeret ikke forlænges, og eventuelle patienter skal fordeles. Forlænges ydernummeret ikke, foretages en konkret vurdering af, hvorvidt ydernummeret udbydes til de øvrige praksis i området med henblik på fortsat at sikre lægedækningen.

Ovenstående er ligeledes gældende for nyoprettede 0-ydernumre. Dog forlænges den indledningsvise dispositionsret over 0-ydernumre til to år.

#### *Køb af ydernumre*

Region Midtjylland har, jf. Sundhedslovens § 227, stk. 2, ligeledes mulighed for at opkøbe ydernumre, som aktuelt er besat af en læge – og hvor region og læge kan blive enige om en handel. Et sådant opkøb af ydernumre kan have forskellige formål:

- At nedlægge ydernummeret og fordele patienterne til de omkringliggende praksis, hvis der ikke er behov for ydernummeret i området.
- At flytte ydernummeret til en anden geografisk beliggenhed, hvor behovet er større, eller hvor praksis i større grad indgår i det nære sammenhængende sundhedsvæsen; fx sundhedshuse, der drives i samarbejde med kommunerne.

Region Midtjylland har ikke tidligere købt ydernumre, og en aktiv anvendelse af dette virkemiddel vil forudsætte en konkret politisk beslutning.

### **3.3 Øvrige instrumenter til kapacitetsudvidelser og -indskrænkninger**

Foruden køb og salg af ydernumre har Region Midtjylland en række andre instrumenter til rådighed, som kan bruges til at hjælpe med til at sikre, at der er flest alment praktiserende læger placeret i de områder, hvor behandlingsbehovet er størst. I det følgende beskrives disse instrumenter nærmere.

#### *3.3.1 Tilladelse til delepraksis*

Delepraksis vil sige, at der gives tilladelse til at optage en ekstra læge i praksis i forhold til den eller de tildelte ydernumre. Dette er en mulighed, der er reguleret i overenskomsten, og man som praktiserende læge kan benytte sig af, hvis man har behov for nedsat arbejds mængde. Tilladelse til delepraksis gives, hvor den praktiserende læge på grund af kronisk sygdom eller alvorlig sygdom i nær familie har brug for aflastning. Derudover tillades delepraksis, hvis den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner så som undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde i minimum 12 timer pr. uge. Tilladelse til etablering af delepraksis er en personlig ordning, som bortfalder, når lægen udtræder af praksis, eller forholdene ændrer sig i tilstrækkelig grad.

I de områder, som er udnævnt til at være lægedækningstruede, har praksis ret til delepraksistilladelse i en seksårig periode jf. overenskomstens § 22. Delepraksis er et relativt udbredt fænomen i Region Midtjylland. I forhold til at sikre en effektiv kapacitetsudnyttelse er det væsentligt, at delepraksis udelukkende anvendes som rekrutteringsredskab eller i forbindelse med generationsskifte i lægedækningstruede områder. Der gives derfor som hovedregel afslag på ansøgninger om delepraksis i områder, hvor lægedækningen ikke er truet, jf. Praksisplanen fra 2016.

#### *3.3.2 Tilladelse til praksisflytninger*

Det er Region Midtjylland, som giver tilladelse til eller som afviser ansøgninger om praksisflytninger. Af Praksisplanen fremgår det, at

*"...det er et mål for Praksisplanudvalget, at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærhed af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin" og "... at både nærhed og kontinuitet opnås i lægedækningen, men hvor begge hensyn ikke kan*



*imødekommes samtidig, prioriteres kontinuitet højere end nærhed til bopæl".*

Et ønske fra en eller flere praktiserende læger om en praksisflytning kræver en konkret vurdering af en række forhold, der berører både borgerne og praksis - og dermed lægedækningen i de berørte områder. I Region Midtjylland er det vedtaget, at der ved flytning af praksis bør lægges vægt på først og fremmest et borgerperspektiv - men også et praksisperspektiv.

Set fra et borgerperspektiv er det væsentligt, at følgende kriterier er opfyldt:

- At praksisflytningen ikke forringer lægedækningen i det område, der fraflyttes eller resulterer i en uhensigtsmæssig kapacitetsudnyttelse i det lægedækningsområde, der tilflyttes.
- At borgernes lægevalgsmuligheder ikke forringes i hverken det lægedækningsområde, som praksis ønsker at fraflytte, eller det lægedækningsområde hvor praksis ønsker at flytte til.
- At der er nærhed og kontinuitet i lægedækningen, og at lægedækningen kan være geografisk variabel ud fra hensyn til borgernes sygdomsbillede og demografi i de forskellige lægedækningsområder.
- At de tilmeldte borgere har mulighed for at flytte med praksis, herunder også når flytningen er over 15 km fra de tilmeldte borgeres bopæl.
- At der tages hensyn til befolkningsudviklingen i området med henblik på til- og fraflytning blandt borgerne.

Praksisrelevante forhold, der understøtter en tilladelse til flytning af praksis:

- Flytning til adresse med handicapvenlig adgang og tilgængelighed.
- Praksisflytning, der medfører en mere bæredygtig praksisstruktur for området ved at samle praksis i større enheder eller ved at forbedre rekrutteringen til lægedækningsområdet.

Region Midtjylland kan vælge at inddrage Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og/eller kommunerne i vurderingen af, hvorvidt kriterierne er opfyldt i de tilfælde, hvor kriterierne er modstridende, eller hvor det er vanskeligt at foretage en entydig afgørelse af en ansøgning. Borgerperspektivet vægter højere end de praksisrelaterede forhold i de enkelte vurderinger. Forhold i den praksis, der flyttes til, kan ikke alene begrunde en tilladelse eller et afslag.

Ansøgninger om flytninger, der ikke strider mod eller ændrer forudsætningerne for Praksisplanen, godkendes administrativt. Hvis ansøgningen om praksisflytning vurderes at være i strid med eller ændrer forudsætningerne for Praksisplanen, giver administrationen afslag på ansøgningen.

Afgørelser af mere principiel karakter forelægges for det Stående Udvalg for Nære Sundhedstilbud og Praksisplanudvalget til orientering.

Administrationen modtager jævnligt ansøgninger om praksisflytninger, og da en praksisflytning ofte tilføjer kapacitet til et område på bekostning af kapaciteten i et andet område, er det relevant at tænke ansøgningerne ind i kapacitetsstyringen.

### *3.3.3 Nedsat patienttal*

Ifølge overenskomsten kan Praksis ansøge Samarbejdsudvalget om at lukke for patienttilgangen til praksis, selvom patientantallet ligger under de 1.600 patienter pr. lægekapacitet, som udgør lukkegrænsen (en lægekapacitet skal ifølge overenskomsten som minimum tage 1.600 patienter, men må have helt op til 2.700). Ansøgninger fra læger, der er fyldt 60 år, yngre ny-rekrutterede læger eller læger, som i minimum seks timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde bør så vidt muligt imødekommes, da der er tale om en rettighed, de yngre og ældre læger har ifølge overenskomsten. Hvis lukning for tilgang af patienter anses for at forringe patienternes valgmulighed urimeligt, kan Samarbejdsudvalget give tilladelse til selektiv lukning. Det vil sige, at patienter fra et nærmere defineret geografisk område, eller patienter der flytter til området, fortsat kan tilmeldes praksis.

Nedsat patientantal i en kortere (tidsbegrænset) periode i forbindelse med ny-nedsatte eller ældre praktiserende læger er udbredt i Region Midtjylland og bør fortsat anvendes som et rekrutterings- og fastholdelsesinstrument. Det er væsentligt at perioden for nye læger er tidsbegrænset, da de efter et stykke tid må forventes at kunne passe det samme antal patienter som øvrige læger, og den fulde lægekapacitet dermed udnyttes.

### *3.3.4 Generationsskifteaftaler*

Samarbejdsudvalget kan give en praksis tilladelse til en generationsskifteaftale, som giver en praktiserende læge ret til at ansætte en speciallæge i almen medicin med henblik på praksisoverdragelse. Efter seks måneder skal lægerne indgå i kompagniskabspraksis i en varighed på op til fem år, hvorefter der sker fuldstændig overdragelse samtidig med, at den overdragende praktiserende læge ophører i praksis.

Generationsskifteaftaler er ikke så udbredt i Region Midtjylland, og regionen modtager relativt få ansøgninger i løbet af et år. I forhold til en effektiv kapacitetsudnyttelse er det dog fortsat væsentligt, at generationsskifte udelukkende anvendes som rekrutteringsredskab eller i forbindelse med generationsskifte i lægedækningstruede områder. Der gives derfor afslag på ansøgninger om generationsskifte i områder, hvor lægedækningen ikke er truet jf. Praksisplanen.

### 3.3.5 Lukning for patienttilgang under normalt

Alle praksis kan ansøge om lukning for patienttilgang under normalt; det er dog kun en rettighed for de yngre og ældre læger, som beskrevet ovenfor.

Når der gives tilladelse til at lukke for tilgangen af patienter under normtallet på 1.600 patienter pr. ydernummer, ændres kapaciteten i området øjeblikkeligt, hvilket kan medføre lægedækningsproblemer, hvor der ellers ikke burde være det, ligesom områdets øvrige læger risikerer at blive ekstra belastet. Det forringer desuden patienternes mulighed for frit at kunne vælge læge.

Lukning under normtallet betyder altså, at regionen ikke kan regne med den overskydende kapacitet, som ydernetallet er udtryk for, og som er helt central i planlægningen af aktiviteter i forbindelse med lægedækning.

I tilfælde, hvor en klinik har et ubesat ydernummer, forlanger regionen derfor stadig, at der skal holdes åbent for patienter op til normtallet på 1.600 patienter for hvert ydernummer/lægekapaцитet. Dette fordi regionen på den måde netop til enhver tid kan regne med, at antallet af ydernetallet afspejler en reel tilgængelig lægekapaцитet, der kan varetage 1.600 patienter, og som dermed sikrer, at området er lægemæssigt veldimensioneret. Praksis har mulighed for at ansætte en læge i ydernetallet, eller benytte vikarer i en periode.

Region Midtjylland giver som altovervejende hovedregel ikke tilladelse til lukning af patienttilgang lavere end lukkegrænsen på 1.600 patienter. Der kan naturligvis være tilfælde, hvor det er rimeligt at give tilladelse; det kan være ved pludselig dødsfald i områder, hvor det er vanskeligt at tiltrække vikarlæger, eller hvor lukning kan tillades, uden at patienterne eller lægedækningsforsyningen berøres. Hvis det vurderes, at der kan gives tilladelse til at lukke, er det hovedreglen, at der gives tidsbegrænset tilladelse og om muligt såkaldt selektiv lukning, hvor der typisk fortsat holdes åbent for at tilflyttere til lokalområdet kan blive tilmeldt praksis, hvilket også anbefales i overenskomstens § 7, stk. 3. Ved at tidsbegrænse tilladelsen sikres det, at der bliver åbnet for tilgang igen på et tidspunkt. Hvis Samarbejdsudvalget har givet tilladelse til at lukke uden tidsbegrænsning, kræver det enighed i Samarbejdsudvalget, at ophæve lukningen igen.

## 4 Supplerende initiativer til bedre lægedækning

Instrumenterne og processerne i afsnit 3 beskriver Region Midtjyllands håndtering af lægedækningsudfordringer på kort- og mellemlang sigte i forbindelse med praksisophør og den daglige administration af området.

Foruden de tiltag, der igangsættes på baggrund af Sundhedsloven, overenskomsten og regionens administration af området, arbejder Region Midtjylland ligeledes med nogle supplerende initiativer, der skal medvirke til at sikre bedre lægedækning på længere sigt. Disse initiativer skal ikke opfattes som udtømmende emner, der alene kan sikre en bedre lægedækning. De enkelte initiativområder skal derimod ansues som områder, der aktuelt er fokus på og enighed om kan bidrage til bedre lægedækning. Der er tale om initiativer, som kommuner, regionen, FYAM (Forum af Yngre Almen Medicinere) og PLO-Midtjylland har drøftet i forbindelse med en rekrutterings-workshop i foråret 2018, samt initiativer udpeget af regeringens nationale lægedækningsudvalg, som regionerne er forpligtet til at forfølge.

#### **4.1 Bæredygtig strukturudvikling**

Region Midtjylland kan selv, eller i samarbejde med en kommune, beslutte sig for at etablere et læge- eller sundhedshus. Derudover kan region og kommune vælge at tilvejebringe kliniklokaler til større praksis med flere læger og mere klinikpersonale i de områder, hvor der er vanskeligheder med at rekruttere nye læger.

Det er velkendt fra de årlige spørgeskemaundersøgelser udført af FYAM, at praksisstruktur har en betydning for muligheden for at rekruttere nye læger. Yngre almenmedicinere foretrækker at indgå i praksisfællesskab med andre; enten i form af kompagniskabspraksis eller i samarbejdspraksis. Større praksisfællesskaber giver endvidere, på grund af den større volumen i patientantal og omsætning, bedre mulighed for at ansætte hjælpepersonale. Dermed opnås et bredere spektrum af sundhedsfaglige kompetencer og en øget bredde i opgavevaretagelsen. Derfor anses det for at være mere bæredygtigt at arbejde for en strukturudvikling med flere større praksisfællesskaber, som i højere grad kan honorere tendensen med, at almen praksis skal kunne håndtere mere specialiseret behandling tæt på borgernes bopæl. Slutteligt giver større klinikfællesskaber bedre adgang til faglig sparring og letter dermed arbejdet med udvikling samt kvalitetssikring.

I januar 2018 udmøntede regeringen en pulje på 200 mio. kr. på landsplan - bl.a. til anlæg af flere og bedre læge- og sundhedshuse. Region Midtjylland har allerede meldt projekter ind til denne pulje. Det fremgår endvidere, at der vil komme endnu en pulje i efteråret 2018 med samme formål.

#### **4.2 Rekrutteringsindsatser**

I forhold til at rekruttere til såvel specialet almen medicin som til de områder af Region Midtjylland, som er udfordret på lægedækningen, arbejdes der også med rekrutteringsindsatser. Dette er regionen forpligtet til i forhold til at forfølge de nationale anbefalinger fra regeringens lægedækningsudvalg. Eksempler på initiativer, der kan forbedre rekrutteringsindsatsen, kan være:

- Bedre koordination og kontaktmuligheder for uddannelseslæger og ny-nedsatte praktiserende læger i region og kommune i forbindelse med boligmuligheder, ægtefællejobs, børnepasning, kulturelle tilbud osv.
- Promovering af kommunerne som attraktive bosætningskommuner for praktiserende læger.
- Forsøg med kombinerede stillinger mellem sygehus og almen praksis.
- Mentorordning, hvor erfaren læge tilknyttes ny-nedsatte læger i en periode.

Ovenstående indsatser er alene eksempler og derfor ikke nødvendigvis udtømmende eller endelige. Derudover er der tale om indsatser, som kræver samarbejde på tværs af sektorer, og hvor det er forskellige aktører, der skal være drivkraft på forskellige initiativer. Det er således kommunerne, der skal gå forrest i forhold til information om pasningstilbud, ægtefællejobs og kulturelle muligheder, mens det er regionen, som skal iværksætte forsøg med kombinerede stillinger mellem sygehuse og almen praksis. Derudover vil der være initiativer, som skal iværksættes i fællesskab.

### **4.3 Uddannelsesområdets betydning**

Specialeplanen og kvalitetsfondsbyggerierne har haft som konsekvens, at det ikke længere er det lokale sygehus, der rekrutteringsmæssigt fungerer som primær rekrutteringsgrundlag til almen praksis. Det er i dag i stedet uddannelsesområdet, der fungerer som den primære rekrutteringskanal. Derfor skal lægedækning og uddannelse tænkes endnu mere sammen, således at det sikres, at der er god lægedækning i hele regionens geografi på lang sigt. Initiativer, der kunne sættes i gang ud fra en sådan optik, kunne være:

- Flere og bedre klinikophold for medicinstuderende i lægedækningstruede områder.
- Mulighed for deltid under hoveduddannelse i lægedækningstruede områder.
- Ekstra honorar til uddannelsessøgende læger i introduktionsstillinger og hoveduddannelsesstillinger i lægedækningstruede områder.
- Fordeling af uddannelsesstillinger mellem de forskellige optageområder.
- Forsøg, hvor hele uddannelsesforløbet (introduktion og hoveduddannelse) er sikret ved samme sygehus og i samme område, således at det bliver muligt kun at skulle flytte én gang efter endt uddannelse.

Ovenstående indsatser er eksempler og derfor ikke udtømmende eller endelige. Ligesom tidligere er det også forskellige aktører, der skal fungere som drivkraft for de forskellige initiativer. Nogle gange vil det være regionen, andre gange universiteterne og endnu andre gange kommunerne eller PLO – dog ofte i en eller anden form for samarbejde parterne imellem.