

## Indholdsfortegnelse - Bilag

<b>Indholdsfortegnelse - Bilag</b> .....	<b>1</b>
<b>3.1 Erhvervsfremme</b> .....	<b>2</b>
Bilag 1: Regionalt kapitel for hovedstadsområdet 31. aug_.....	2
<b>3.3 Lægedækningsudfordringer i hovedstadsområdet</b> .....	<b>8</b>
Bilag 1: Analyse af lægedækningen i almen praksis i Region Hovedstaden .....	8
<b>3.4 Fælles kommunal strategi for unges sundhed</b> .....	<b>97</b>
Bilag 1: Fælles kommunal strategi for unges sundhed .....	97
Bilag 2: Fælles kommunal inspirationskatalog - unges sundhed.....	108
<b>3.5 Nyt formål for Politisk Praktikpladsforum</b> .....	<b>125</b>
Bilag 1: Justering af Politisk Praktikpladsforum august 2019 .....	125
<b>3.6 Uddannelse af sygeplejersker - etablering af supplerende læringsmiljøer</b> .....	<b>128</b>
Bilag 1: Notat omkring øget optag på sygeplejerskeuddannelsen_050719.....	128
<b>3.7 Forhandlinger om sundhedskoordinatorer og klinisk funktion</b> .....	<b>133</b>
Bilag 1: Notat med status på igangværende forhandlinger om klinisk funktion og sundhedskoordinatorer .....	133
<b>5.1 Opsamling på politisk møde om samarbejdet i KKR Hovedstaden</b> .....	<b>136</b>
Bilag 1: Opsamling på KKR-dag.....	136

### **3.1 Erhvervsfremme**

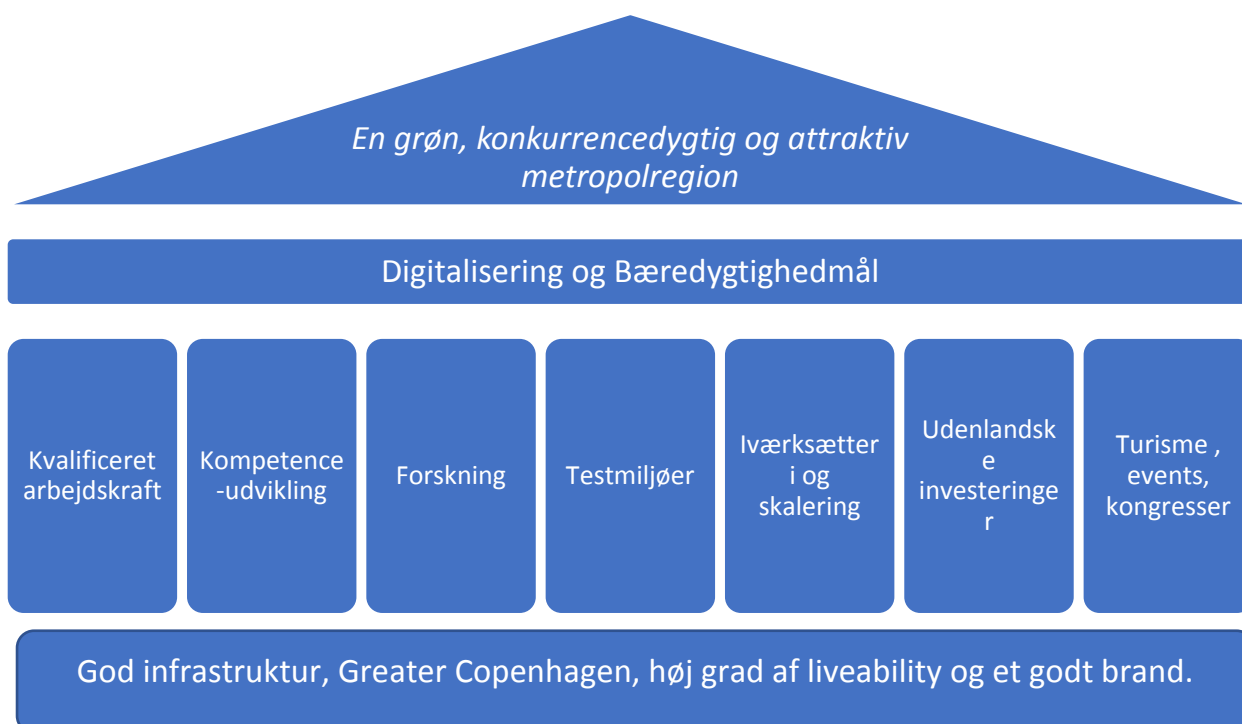
## Udkast til regionalt kapitel for erhvervshus-geografi Hovedstaden

Hovedstadsområdet står for 40 pct. af den samlede værdiskabelse i Danmark, og spiller en vigtig rolle i forhold til at skabe vækst i både hovedstaden og i resten af landet. Denne udvikling er i høj grad blevet muliggjort i takt med styrkelsen af hovedstadsområdets internationale konkurrencedygtighed. Selvom væksten i hovedstadsområdet samlet set er høj, er der imidlertid stor forskel på væksten i de enkelte kommuner.

Hovedstadsområdets erhvervsmæssige betydning hviler på et samspil af en række internationalt konkurrencedygtige storbystyrker, der understøtter vækst på tværs af brancher og regionale skel. Dette samspil af storbystyrker – økosystemet - er karakteriseret ved en tæt koncentration af virksomheder, stærke klynger, relativ god tilgængelighed til den rette arbejdskraft fra ind- og udland, mange stærke uddannelses- og forskningsinstitutioner, god adgang til kapital, en stærk infrastruktur, høj livability, en stærkt stigende internationalisering og en stærk offentlig efterspørgsel efter nye klimavenlige løsninger.

I kommunalt, regionalt og internationalt perspektiv spiller metropolregionen Greater Copenhagen en stadig vigtigere rolle. Greater Copenhagen, der består af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Skåne og region Halland, tæller 4,3 mio. indbyggere, og gør sig i stigende grad gældende som en sammenhængende region, der er attraktiv at bo og drive virksomhed i. Sammenlignet med omkringliggende metropolregioner, klarer hovedstadsområdet sig relativt godt. Men det er også en udvikling, der i høj grad udfordres af bl.a. den internationale konkurrence, og ikke kan tages for givet.

Skal hovedstadsområdets position i den internationale konkurrence fastholdes og videreudvikles til gavn for hele Danmark, er det vigtigt at adressere styrker og udfordringer i et helhedsorienteret og internationalt perspektiv. Forsat styrkelse af hovedstadsområdets økosystem samt den internationale profilering af Greater Copenhagen står som særligt vigtige pejlemærker for denne udvikling. Med dette afsæt lægges der op til en bred strategisk erhvervsfremmeindsats indenfor syv indsatsområder og med FN's verdensmål og digitalisering som tværgående temaer, jf. nedenstående figur, som foldes ud i de følgende afsnit.



## Udfordringer og muligheder

Ambitionen er at videreudvikle hovedstadsområdet storbystyrker, så de i endnu højere grad skaber værdi for virksomhederne og på tværs af brancher. Hovedstadsområdets internationale konkurrencedygtighed skal understøttes og profileres med særlig fokus på digitalisering og bæredygtige løsninger. Det skal bidrage til at sikre øget tiltrækning af investeringer, højtuddannet udenlandsk arbejdskraft og turister. Det forudsætter en god forståelse for virksomhedernes udfordringer og det økosystem, de opererer i, herunder den internationale konkurrencesituation.

Hovedstadsområdets virksomheder er dygtige til at skabe konkurrencedygtige produkter, men udfordres samtidig konstant af den benhårde internationale konkurrence. De udfordringer og muligheder, der peges på bekræftes også af undersøgelser af virksomhedernes efterspørgsel. Det er vigtigt, at den store mængde viden og forskning, der produceres i hovedstadsområdet, i endnu højere grad end i dag, udnyttes til gavn for denne udvikling. 56 procent af Danmarks offentlige F&U og 68 procent af den private sker i hovedstadsområdet. Derudover ligger fire ud af Danmarks otte universiteter i hovedstadsområdet. Noget tyder dog på, at man i hovedstadsområdet er dårligere end i andre regioner i EU til at omsætte den store mængde viden til nye produkter og forretningsmodeller. Der er behov for at skabe flere og bedre innovationssamarbejder mellem virksomheder og universiteter med henblik på at øge både produktivitet og værdiskabelse i virksomhederne. Det fordrer et tæt samspil med hovedstadens klynger og en fortsat indsats for at styrke disse.

Styrket kompetenceudvikling og adgang til både dansk og udenlandsk højt kvalificeret arbejdskraft, men også faglærte og ufaglærte spiller her en vigtig rolle. Der er udsigt til øget mangel på arbejdskraft på mange niveauer, særligt inden for de tekniske og digitale områder, men også inden for iværksætterområdet. Hovedstadsområdet har Danmarks største andel af iværksættere, som udgør en vigtig del af hovedstadsområdets vækst- og innovationsgrundlag. Men der er et uudnyttet potentiale i forhold til at få flere nye virksomheder ind i solide vækstforløb og i forhold til skabe flere videnbaserede nye virksomheder, der udnytter nærheden til hovedstadsområdets forskning, inkubations- og testmiljøer etc.

Internationalt set er der en stigende polarisering mellem metropolerne, hvor attraktive rammevilkår for udenlandske investeringer og talenter er en stærk konkurrenceparameter. Hovedstadsområdet har de seneste år ligget blandt de metropoler, som har klaret sig godt, mens hovedstadsområdet bare for få år siden lå midt i feltet. Al forskning viser, at internationale investeringer og udenlandske talenter i særlig høj grad medvirker til en øget produktivitet og vækst, både i hovedstadsområdet og i resten af Danmark. Hovedstadsområdet stod i perioden 2010-2016 årligt for syv ud af 10 internationale investeringer i Danmark og er samtidig hjemsted for 70% af de beskæftigede på beløbsordningen i Danmark. Turismen i hovedstadsområdet er ligeledes vokset markant de seneste 10 år og havde i 2016 en omsætning på godt 40 mia. kr. – det svarer til 39 % af den samlede danske turismeomsætning. Det er imidlertid en udfordring at fastholde et attraktivt investeringsklima og øge det internationale kendskab til Greater Copenhagen i en tid, hvor mange metropoler satser stærkt på international markedsføring

Endelig er det helt central for hovedstadsområdets fortsatte grønne profil at fremme forretningsudvikling baseret på FN's verdensmål (SDG'erne). FN's 17 verdensmål repræsenterer nye forretnings- og eksportmuligheder for hovedstadsområdets virksomheder. Virksomhederne i metropolen kan bl.a. bidrage til at håndtere de mange krav fra den stigende urbanisering i forhold til, hvordan byer kan indrettes smartere med innovative løsninger. Der ligger et stort forretningspotentiale i at udnytte de nye digitale muligheder til at skabe effektive, bæredygtige og klimarigtige urbane løsninger (ofte kaldet smart city løsninger). Det er en udvikling der med fordel kan understøttes af et tæt samspil med myndigheder, borgere og videninstitutioner, og ved fx. at sikre god adgang til testmiljøer for virksomhederne. Der er her behov for, at flere virksomheder i hovedstadsområdet ser mulighederne i at arbejde med verdensmålene.

## Tværgående indsatsområder

Ambitionen om at fremme virksomhedernes værdiskabelse med afsæt hovedstadsområdets storbystyrker og særlige økosystem, søges adresseret gennem en række udvalgte indsatsområder. Der lægges op til at arbejde



med digitalisering og FN's Verdensmål for Bæredygtig Udvikling som tværgående indsatsområder, og dermed indtænke dem i andre indsatsområder, hvor det er muligt og relevant.

### **Digitalisering**

Virksomhederne i hovedstadsområdet har gode forudsætninger for at kunne gå forrest i den digitale og teknologiske udvikling, da der i området er mange tech-virksomheder, en veludbygget digital infrastruktur (mobilnetværk, bredbånd mv.), en digital offentlig sektor, mange videninstitutioner med fokus på at udvikle ny teknologi og generelt en bedre adgang til teknologiske kompetencer end i resten af landet.

### **FN's Verdensmål for Bæredygtig Udvikling**

Hovedstadsområdet har med sin størrelse og grønne profil særlige gode forudsætninger for at bidrage til at indfri FN's verdensmål. Virksomhederne skal understøttes i at udvikle konkurrencedygtige løsninger med afsæt i FN's verdensmål, herunder udviklingen af smart city løsninger i samspil mellem de offentlige indkøbere, borgerne og videninstitutionerne.

### **Indsatsområder**

Der tilsigtes en bred strategisk erhvervsfremmeindsats indenfor syv indsatsområder som alle er væsentlige at adressere for at sikre målet om en grøn, konkurrencedygtig og attraktiv metropol.

### **Kvalificeret arbejdskraft**

Udfordringen med at sikre kvalificeret arbejdskraft stiller store krav til, at man i hovedstadsområdet både bliver bedre til at få de ledige akademikere ansat i SMV'erne samt styrker tiltrækning og fastholdelse af højtuddannet udenlandsk arbejdskraft, men også arbejdskraft i bredere forstand. Fokus for denne indsats vil især være på:

- tiltrækning og fastholdelse af udenlandske videnarbejdere, herunder videreudvikling af eksisterende modeller for internationale talent- og markedsføringskampagner.
- fastholdelse af udenlandske eksperter og medfølgende ægtefæller samt udenlandske studerende, bl.a. gennem samarbejdet mellem videninstitutioner, virksomheder og internationale studerende.
- brobygning mellem SMV'er og akademikere, bl.a. ved at hjælpe virksomhederne med at formulere deres behov for viden og styrke samarbejdet med uddannelsesinstitutionerne. Brobygningen skal kunne rumme flere niveauer inden for uddannelsesområdet.
- skabe en god overgang fra ufaglært til faglært og kompetenceudvikling hos faglærte.

### **Kompetenceudvikling**

Der er i hovedstadsområdet især behov for at styrke virksomhedernes kompetencer inden for digitalisering, internationalisering og FN's verdensmål, herunder klima og grøn omstilling. Fokus for denne indsats vil især være på vejledning og kursusforløb, der understøtter virksomhedernes digitale omstilling, evnen til at udnytte potentialet i bæredygtig omstilling, fx i relation til den stigende urbanisering og brug af FN's verdensmål samt udvikling af eksportstrategier.

### **Forskning**

Forskning er en vigtig nøgle for virksomhedernes til at forløse deres forretningsmæssige potentialer, herunder ift. FN's verdensmål. Hovedstadsområdet vil i den sammenhæng arbejde for at understøtte:

- et stærkt samspil mellem virksomheder og videninstitutioner, herunder i form af veldrevne innovationssamarbejder med fokus på konkret værdiskabelse for virksomhederne. Det er i den forbindelse vigtigt, at videninstitutionerne har de fornødne ressourcer og incitamenter til at deltage i virksomhedssamarbejder, og at der er gode strukturer for, at virksomhederne let kan finde udenlandske partnere og finansiering, fx i EU-systemet.

- stærke klyngeorganisationer som et af redskaberne til at øge samarbejdet mellem videninstitutioner og virksomheder og skaber merværdi for virksomhederne. Hovedstadsområdet vil derfor forsat arbejde for være et attraktivt sted for klyngesamarbejder, der udnytter den store koncentration af virksomheder kombineret med stærke forskningsenheder og i mange tilfælde også en stærk offentlig efterspørgsel.

### **Testmiljøer**

For at virksomhederne i hovedstadsområdet kan udvikle nye innovative løsninger, er det afgørende, at de har let adgang til stærke testmiljøer, bl.a. de såkaldte living labs. Her kan virksomhederne i tæt samarbejde med brugere, videninstitutioner og samarbejdspartnere udvikle og afprøve nye teknologier og løsninger i et bymiljø.

### **Iværksætterier og skalering**

Der er et uudnyttet potentiale i forhold til iværksætterier og skalering i hovedstadsområdet, som handler om at få øget værdi ud af hovedstadsområdets koncentration af forskning, kompetencer, inkubatormiljøer, testfaciliteter, mm. Der skal derfor både kigges på mulighederne for at udvikle efterspurgte løsninger for etablerede virksomheder, forbedre mulighederne for samarbejde med videninstitutionerne bl.a. om adgangen til talent samt sikre gode indgange til erhvervsfremmesystemet til alle typer af iværksættere.

### **Udenlandske investeringer**

Der skal forsat være en fokuseret regional indsats for at trække udenlandske investeringer til hovedstadsområdet og Greater Copenhagen, da disse er en markant kilde til produktivitet og vækst i hele landet. Der skal i den sammenhæng forsat arbejdes med en entydig og fokuseret branding af metropolens styrker bl.a. via digitale kanaler og via Goodwill Ambassadørkorpsset.

### **Turisme, events, kongresser**

Fortællingen om hovedstaden, som en bæredygtig og attraktiv turismedestination skal bidrage til, at hovedstadsområdet ikke taber markedsandele i forhold til konkurrerende destinationer. Der er også behov for kompetenceudvikling i hovedstadens turismevirksomheder, bl.a. via digitalisering og arbejdet med big data. Det er fortsat også centralt med en fælles indsats for at tiltrække og udvide flyruter og dermed styrke den internationale tilgængelighed til gavn for både virksomheder og turister.

### **Særlige forhold i hovedstadsområdet**

Hovedstadsområdets særkende er imidlertid ikke enkelte stærke brancher eller teknologiområder, men en samling af tæt sammenvævede storbystyrker – også kaldet økosystemet, men der er en høj specialisering inden for life science og det maritime område. Storbystyrkerne sikrer, at det er attraktivt for danske og udenlandske virksomheder på tværs af brancher og klynger at drive forretning i hovedstadsområdet.

Storbystyrkerne omfatter en tæt koncentration af forskning og talent i verdensklasse, en kritisk masse af virksomheder inden for mange brancher og et tæt samspil imellem virksomhederne om innovation, let adgang til veluddannet arbejdskraft, en god infrastruktur, høj liveability og internationale miljøer, som gør det attraktivt for udlændinge at komme til.

Alt dette har været med til at udvikle de mange stærke brancher og klynger i hovedstadsområdet, som fx life science, det maritime område, cleantech, smart city, finanssektoren, it/tech-branchen, turismen og de kreative erhverv. Hovedstadsområdets tætte koncentration af viden, talent, virksomheder og offentlige efterspørger betyder, at hovedstadsområdet er et naturligt hjemsted for mange klyngeorganisationer, som også i fremtiden skal være med til at sikre samspillet i et stærkt økosystem.

Storbystyrkerne er dermed en hjørnesteen i den fortsatte vækst og velstand i Danmark, og derfor vil en fokuseret indsats for løbende at udvikle disse styrker være omdrejningspunktet for erhvervsfremme i hovedstadsområdet.

### **3.3**

### **Lægedækningsudfordringer i hovedstadsområdet**

# Analyse af lægedækningen i almen praksis i Region Hovedstaden

2019

# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Baggrund for analysen	3
1. Resumé	4
2. Lægedækning i Region Hovedstaden	8
2.1 Almen praksis i tal	8
2.1.1 Lægernes køn og alder	8
2.1.2 Praksisformer	11
2.1.3 Samarbejde mellem praksis	14
2.1.4 Brug af praksispersonale	16
2.2 Lægedækning i tal	17
2.2.1 Åbne-lukkestatus	17
2.2.4 Sikrede pr. kapacitet	23
2.2.5 Betydningen af større praksisfællesskaber og øget brug af praksispersonale	25
3. Rekruttering og fastholdelse i almen praksis	27
3.1. Rekrutteringsgrundlaget i almen praksis	27
3.1.1 Uddannelse af almenmedicinere	27
3.1.2. Udbud af uddannelsespladser og tutorlæger i Region Hovedstaden	28
3.1.3. Yngre almenmedicineres ønsker om fremtidigt arbejde	29
3.1.4 Barrierer og muligheder for at tiltrække yngre almenmedicinere	33
3.2 Ophør og fastholdelse i almen praksis	36
3.2.1. Lægernes planer om ophør	36
3.2.2. Barrierer og muligheder for fastholdelse af praktiserende læger	38
4. Indsatser for at sikre lægedækning, som allerede er igangsat eller er på vej	40
4.1 Nationale indsatser	40
4.1.1. Tiltag som følge af regeringsudspil	40
4.1.2. Tiltag i regi af Praktiserende Lægers Organisation	41
4.2. Regionale indsatser	42
4.2.1. Rapport om fastholdelse og rekruttering	42
4.2.2 Etablering af samarbejdsforum for ophør	43
4.2.3. Etablering af regional rekrutteringsfunktion	44
4.2.4. Fra tildeling af kapacitet til etablering af praksis	46
4.2.5. Langsigtet prognose til brug for vurdering af lægedækningen	47
4.2.6. Arbejde for at understøtte egnede lokaler	48
4.2.7 Etablering af midlertidige regionsklinikker	49
4.2.8 Licensklinikker, satellitpraksis og mobil klinikudvidelse	49
4.2.9. Rekrutteringstiltag i de øvrige regioner	51
5. Ordforklaringsliste	52
6. Bilag	55

## Baggrund for analysen

Det er en fælles målsætning for parterne i Praksisplanudvalget at arbejde for god lægedækning i regionen, men gennem de senere år har dette vist sig tiltagende vanskeligt. Dette har blandt andet kunnet ses ved, at mange almen praksis klinikker er lukket for tilgang af patienter; at antallet af lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen er steget; at der opleves vanskeligheder med rekruttering af læger til at etablere sig i praksis og at der i efteråret akut blev etableret to midlertidige regionsklinikker for at sikre lægedækningen i Københavns og Frederiksberg kommuner.

Derfor har parterne i Praksisplanudvalget i den indeværende planperiode arbejdet fokuseret for at sikre lægedækningen i Region Hovedstaden og har bl.a. gennemført flere temadrøftelser på området. Udvalget har besluttet, at temadrøftelsen i 2019 særligt skal fokusere på udfordringen med at rekruttere og fastholde læger i almen praksis - med fokus på barriererne for etablering i almen praksis, og hvordan barriererne kan nedbrydes.

Udvalget har på den baggrund fået udarbejdet vedlagte analyse af lægedækningen, som grundlag for udvalgets temadrøftelse i 2019.

# 1. Resumé

## PRAKTISERENDE LÆGER OG PRAKSIS

### *Flere yngre og kvindelige læger*

I Region Hovedstaden sker der i øjeblikket en udvikling i sammensætningen af de praktiserende læger i retning af flere yngre læger. Dog ses der fortsat mange læger over 65 år, særligt i enkelte kommuner. Samtidig er der generelt en overvægt af kvindelige læger og andelen af kvinder i almen praksis er stigende.

### *Større praksis og samarbejde*

Også organiseringen i almen praksis er under forandring. Det er kendetegnende for udviklingen, at antallet af enkeltmandspraksis er faldende, mens antallet af kompagniskabspraksis/flerlægepraksis er stigende. Samtidig samarbejder mange læger på tværs af praksis, dette gælder særligt for enkeltmandspraksis.

### *Svag stigning i antal praksis med åbent for tilgang*

Der er mange praksis med lukket for patienttilgang i hele regionen. Aktuelt er ca. otte ud af ti lukket, dog ses over det seneste halve år en svag stigning i antallet af praksis med åbent for patienttilgang.

## KAPACITET

### *Ændring i kapacitetsudviklingen*

Kapacitetsudviklingen i almen praksis har igennem en længere periode været negativ. Det har vist sig ved, at antallet af aktive lægekapaciteter over en længere periode har været faldende. I oktober 2018 var der 28 kapaciteter mindre end i oktober 2013. Men siden oktober 2018 har antallet af aktive kapaciteter været stigende. Der er aktuelt 1.066 aktive kapaciteter i regionen. Udover den seneste stigning i antallet af aktive kapaciteter er der 23 'ikke-aktive' kapaciteter, som er 'på vej i praksis' og forventes etableret i løbet af 2019 og 2020.

I takt med det faldende antal kapaciteter og en befolkningstilvækst i perioden fra 2013 til 2018 steg antallet af sikrede pr. kapacitet med ca. 100 i samme periode. Siden oktober 2018 er udviklingen dog vendt og der opleves nu et fald i antal sikrede pr. kapacitet.



### *Forventning om øget behov for kapaciteter og læger i de kommende år*

Befolkningsudviklingen alene indikerer et øget behov for kapaciteter i de kommende år. Derudover peger en række forhold på et øget behov for kapacitet i almen praksis; Det er et markant ønske blandt kommende læger at kunne etablere sig i større praksis. Men samtidig viser data, at en udvikling i retning af flere kompagniskabspraksis medfører et stigende kapacitetsbehov, da kompagniskabspraksis varetager færre patienter pr. kapacitet.

Det stigende antal kvinder i almen praksis peger ligeledes i retning af et stigende kapacitetsbehov, da kvinderne varetager færre patienter pr. kapacitet.

I takt med et øget behov for kapaciteter, vil der ligeledes være et behov for at tiltrække læger til de nye kapaciteter. Derudover vil der være behov for at rekruttere et større antal læger, der er interesserede i at overtage praksis fra de læger, som forventes at lade sig pensionere over de kommende år.

## REKRUTTERING AF LÆGER

### *Behov for at sikre en tilstrækkelig uddannelseskapacitet i regionen*

Det er vigtigt, at lægerne under uddannelsen får egne og gode erfaringer med at arbejde i almen praksis i regionen. I takt med en øget dimensionering af den almenmedicinske videreuddannelse, er der behov for at sikre en tilstrækkelig uddannelseskapacitet i regionen, herunder særligt en fortsat prioritering af uddannelsespladser i de lægedækningstruede områder.

### *Behov for at understøtte at yngre læger kan blive ansat før evt. etablering af egen praksis*

Mange af de yngre læger, som er på vej i almen praksis, vil gerne ansættes i en periode før de evt. selv etablerer sig i praksis. Derfor er der behov for at understøtte en udvikling mod større grad af ansættelse i almen praksis.

### *Behov for at sikre egnede lokaler med mulighed for at etablere større praksis*

Det er afgørende at finde løsninger på de lokale vanskeligheder, som opleves mange steder i regionen, herunder særligt i københavnsområdet. Udover at understøtte en bedre adgang for borgere med funktionsnedsættelse, er dette særligt relevant for at kunne imødekomme de kommende lægers udbredte ønske om større praksisfællesskaber og for muligheden for etablering af flere uddannelsespladser. Særligt den kommunale lokalplanlægning rummer mulighed for at understøtte egnede lokaler.

### *Behov for at afhjælpe kommende lægers bekymringer om almen praksis*

Der er brug for initiativer, der bringer de yngre (kommende) læger sammen med de eksisterende praktiserende læger. Både mhp. konkret match mellem potentielle købere og sælgere, men også mhp. at eksisterende praktiserende læger kan være med til at fortælle den gode historie om almen praksis i Region Hovedstaden, og dermed understøtte rekrutteringen af kommende læger.

## FASTHOLDELSE AF LÆGER

### *Behov for at fastholde læger*

Der er ikke kun behov for rekruttering til almen praksis, men også for fastholdelse af de eksisterende læger, særligt i de næste 5-10 år.

Mange læger har mulighed for – og planlægger - at ophøre i almen praksis inden for de kommende år. Der er brug for mere viden om, hvad der evt. ville kunne få læger med planer om at stoppe i almen praksis, til at udskyde deres ophørsplaner, sådan at relevante indsatser kan iværksættes i tide.

### *Behov for at se på mulighederne for aflastning i almen praksis*

Det er ikke kun læger i pensionsalderen, der planlægger ophør inden for de kommende år. Udover pensionering har arbejdsbelastning i almen praksis stor betydning for lægernes planer om ophør.

For at øge såvel rekruttering til - som fastholdelse i - almen praksis, skal der derfor ses på muligheder for at aflaste almen praksis, og på hvordan kendskabet til mulighederne herfor kan udbredes. Udover etablering af større praksis og øget brug af praksispersonale kan det fx dreje sig om anvendelse af mulighederne i overenskomsten for lavere patienttal, ansættelse af læger, generationsskifteaftaler og organisering af arbejdet i praksis i øvrigt, herunder fx øget brug af delepraksis. Flere af disse muligheder anvendes i dag kun i mindre omfang.

## NYE TILTAG

Igennem de seneste år er der iværksat en række tiltag, der skal understøtte lægedækningen i regionen.

Region, kommuner og PLO-H har i fællesskab udarbejdet en prognose, der skal understøtte, at vi fremover er på forkant med lægedækningen i regionen.

Praksisplanudvalget har også etableret et administrativt samarbejdsforum mellem parterne i udvalget, som skal understøtte lægedækningen, når læger ophører uden overdragelse til anden læge. Forummet har også fokus på at understøtte læger i etablering af praksis, så nye praksis hurtigst muligt kan åbne for patienter.

Arbejdet støttes af en nyetableret regional rekrutteringsfunktion, der bl.a. skal målrette og intensivere regionens vejledning af og hjælp til læger, der overvejer at nedsætte sig som praktiserende læger. Som et led i rekrutteringsfunktionens indsats tilbydes der fremover etableringsmøder til alle kommende læger, mhp. at afdække behovet for støtte i etableringsprocessen. Herunder kan der henvises til en lang række tilbud om hjælp og støtte til kommende læger i forbindelse med etablering af praksis i blandt andet KAP-H, ligesom der hvert år i KAP-H afholdes møde for nynedsatte læger.

Derudover arbejdes der i den kommende tid på at udvikle KAP-Hs rolle med at understøtte lægedækningen. Bl.a. arbejdes der på at udvikle en aktivitet målrettet læger, der påtænker ophør, med fokus på fif til at gøre praksis attraktiv for kommende læger og aftaler om generationsskifte etc. Derudover vil der fremover blive skabt mulighed for at eksisterende og kommende praktiserende læger kan møde hinanden og udveksle oplysninger på den årlige 'Store Praksisdag'.

Der arbejdes desuden aktuelt på etablering af mobil- og licensklinikker, samt muligheden for at etablere satellitpraksis, som led i indsatsen for at sikre lægedækningen i lægedækningstruede områder.

Igangsætning af evt. regionale indsatser i den kommende tid skal i øvrigt ses i lyset af de nationale indsatser for at sikre lægedækningen i hele landet, som bl.a. følger af regeringsudspillet 'En læge tæt på dig' og puljemidlerne til etablering af større læge- og sundhedshuse.

## 2. Lægedækning i Region Hovedstaden

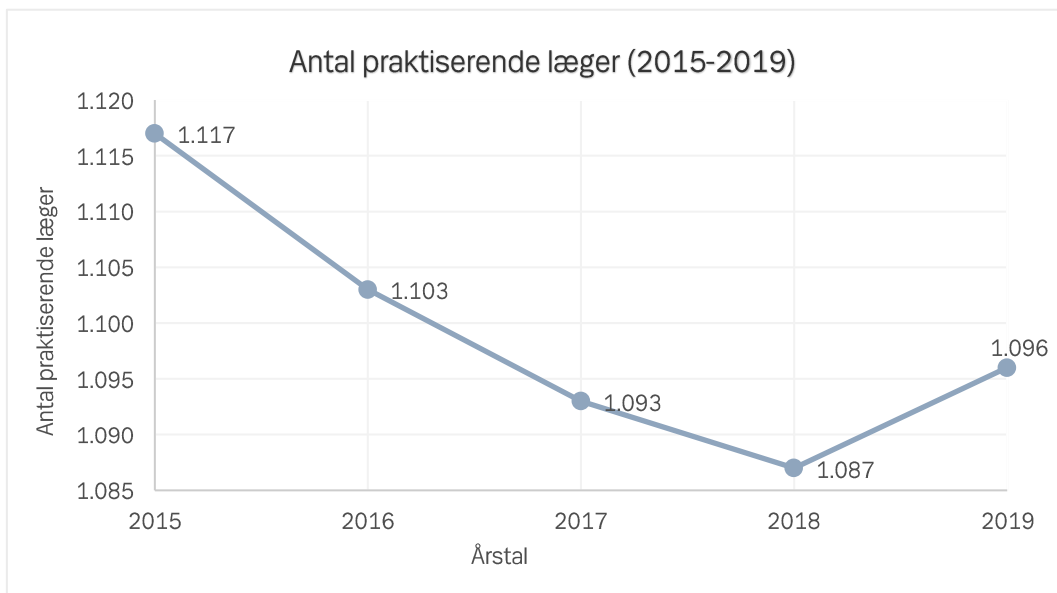
I dette afsnit beskrives lægedækningen i almen praksis i Region Hovedstaden med udgangspunkt i udvalgte nøgletal. I rapportens bilag findes yderligere data vedr. almen praksis i regionen med mulighed for at finde data fordelt på de regionens planlægningsområder.

### 2.1 Almen praksis i tal

#### 2.1.1 Lægernes køn og alder

Der er aktuelt 1.066 aktive lægekapaciteter<sup>1</sup> i almen praksis i Region Hovedstaden. De 1.066 kapaciteter er fordelt på 624 lægepraksis i regionens fire overordnede planområder, hvor i alt 1.096 praktiserende læger arbejder<sup>2</sup>. Til sammenligning var der i 2018 3.402 praktiserende læger i hele Danmark.<sup>3</sup>

Antallet af praktiserende læger er i perioden 2015-2019 samlet set faldet med 1,9% i regionen (se tabel 1 i bilagsmaterialet), hvilket stemmer overens med den nationale udvikling i antallet af praktiserende læger<sup>4</sup>. Siden 2018 er kurven dog vendt i Region Hovedstaden, og antallet af praktiserende læger er nu igen stigende. I tabel 2 i bilagsmaterialet ses en oversigt over fordelingen af praktiserende læger på de enkelte planlægningsområder.



**Figur 1:** Udvikling i antal praktiserende læger i perioden 2015-2019. Kilde: NOTUS Regional d. 11.

<sup>1</sup>Opgjort pr. 6. maj 2019. Inkl. ubesatte kapaciteter.

<sup>2</sup> Antal praktiserende læger er inkl. ejere, ansatte, delekompagnon og ekstra læger (§21)

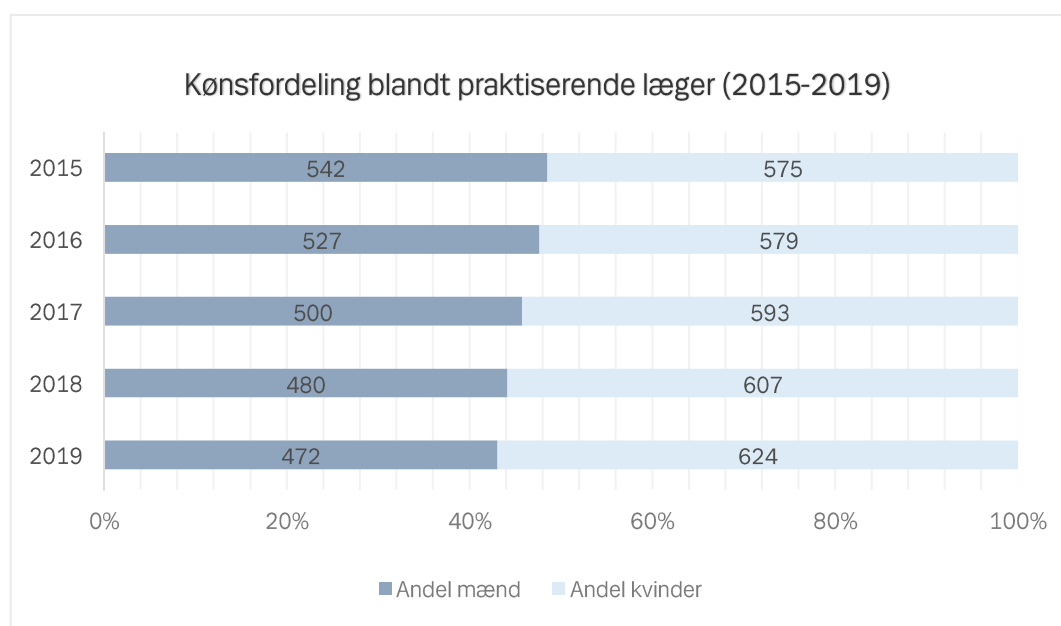
<sup>3</sup> PLO Faktaark 2018: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2018.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2018.pdf)

<sup>4</sup> PLO Faktaark 2018: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_faktaark\\_2018.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2018.pdf)

februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018), samt d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019). Note: Antal læger inkluderer ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

### *Flere kvinder end mænd i almen praksis*

Der ses en overvægt af kvindelige læger i regionen og siden 2015 er andelen af kvindelige læger steget fra 51,5% til 56,9%. Fremadrettet forventes andelen af kvinder at blive større, da der er en klar overvægt af kvinder blandt læger i hoveduddannelsesstillinger i almen medicin<sup>56</sup>.



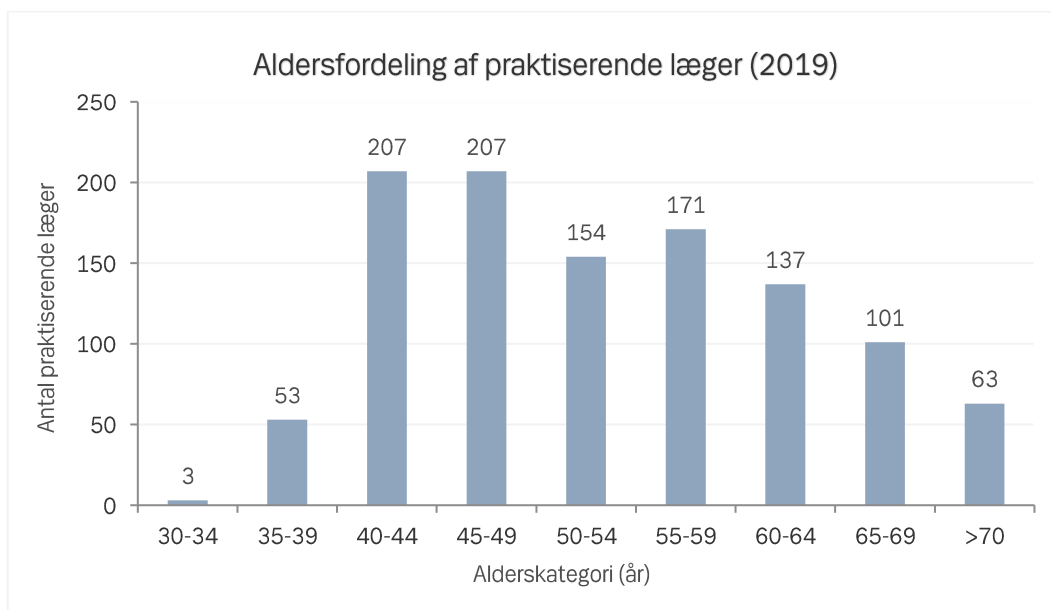
**Figur 2:** Kønsfordeling blandt praktiserende læger i Region Hovedstaden i perioden 2015-2019. Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018), samt d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019). Note: Antal læger inkluderer ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

### *Flere yngre læger, men fortsat en stor andel læger over 65 år*

I figur 3 ses den aktuelle aldersfordeling blandt de praktiserende læger i regionen. Som det fremgår, er 164 ud af regionens 1.096 praktiserende læger (svarende til 15%) aktuelt over 65 år. Heraf er 63 læger over 70 år. I tabel 3 i bilagsmaterialet ses en oversigt over lægernes aldersfordeling fordelt på praksisformer.

<sup>5</sup> I yngre lægers undersøgelse blandt almen medicinere i oktober 2018 var 75% kvinder og 95% har et eller flere børn.

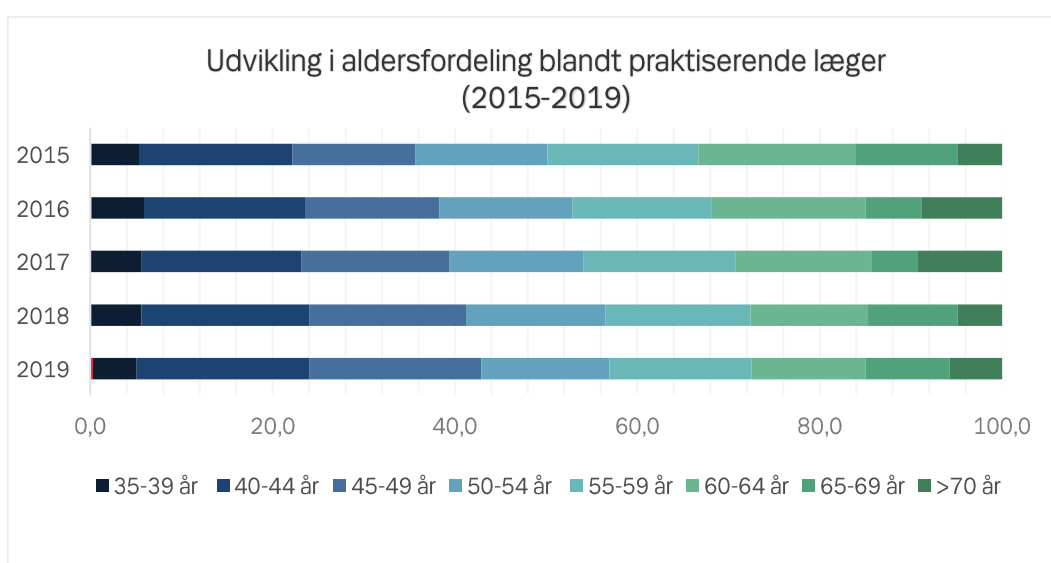
<sup>6</sup> Dagens medicin 27.3.219: "Vi skal tage højde for, at den praktiserende læge er under gevaldig forandring":



**Figur 3:** Aldersfordeling af praktiserende læger i Region Hovedstaden, 2019. Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019). Note: Antal læger inkluderer ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

I tre af regionens planlægningsområder er mere end 25% af lægerne over 65 år: Brøndby, Ishøj og Rudersdal. I 2015 gjaldt dette for tre planlægningsområder; Herlev, Ishøj og Rødovre. For mere om fordelingen af læger, der er over 65 år, i de enkelte planlægningsområder, se tabel 4 i bilagsmaterialet.

Andelen af læger under 50 år har været stigende siden 2015, samtidig med at andelen af læger over 50 år er faldet. Andelen af læger i aldersgruppen over 70 år er dog steget en anelse siden 2015, se figur 4.



**Figur 4:** Aldersfordeling af praktiserende læger i Region Hovedstaden i perioden 2015-2019. Kilde: i NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018) og 6. maj

2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019). Note: Antal læger inkluderer ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

### *Forventet pensionering i Region Hovedstaden*

Den forventede pensionering over de næste 5 år estimeret ud fra lægernes køn og alder samt den gennemsnitlige pensionsalder<sup>7</sup>, er estimeret i en langsigtet prognose for lægedækning i regionen. Det fremgår af prognosen, at mellem 19 og 35 læger forventes at gå på pension årligt i perioden 2019-2023. Tabel 5 i bilagsmaterialet viser en oversigt over det forventede kapacitetsbehov som følge af pension fordelt på de enkelte planlægningsområder.

Årstal	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Kapaciteter ift. pensionsbehov	19	24	33	35	32	143

**Tabel 1:** Forventet pensionering, antal kapaciteter, 2019-2023 (hele tal). Kilde: Region Hovedstadens prognosemodel.

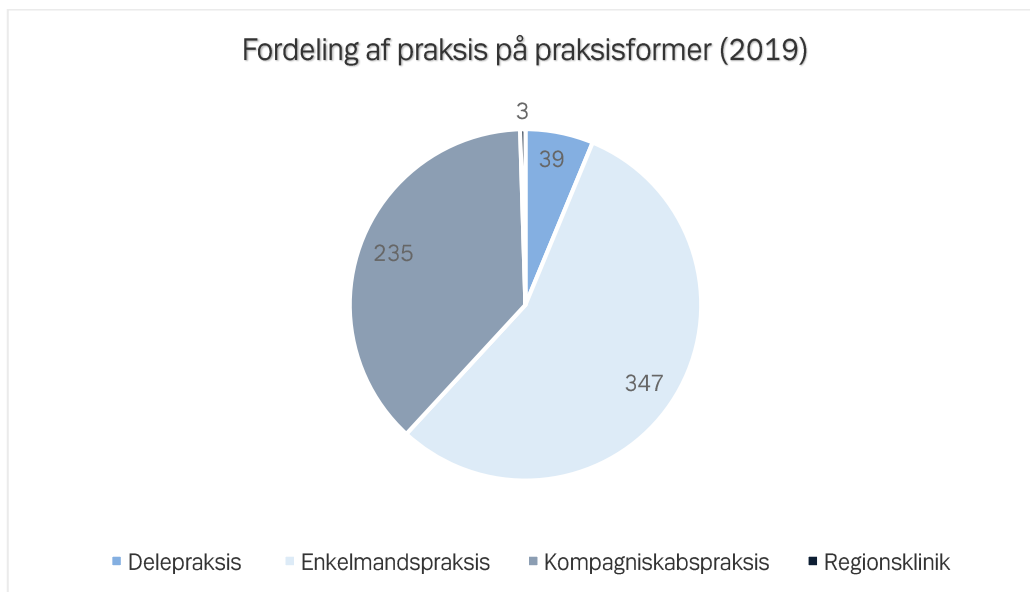
Baseret på PLO's goodwillanalyse fra 2017 forventes 80% af lægerne at kunne sælge deres praksis, mens ca. 20% ikke forventes at kunne overdrage deres praksis til andre læger. Dette stemmer overens med, at der aktuelt opleves en række tilbageleveringer af kapaciteter til regionen uden overdragelse til en anden læge.

Uanset om disse kapaciteter overdrages direkte fra læge til læge, eller om de leveres tilbage til regionen og herefter slås op regionalt, vil der være et rekrutteringsbehov for læger til disse kapaciteter.

### 2.1.2 Praksisformer

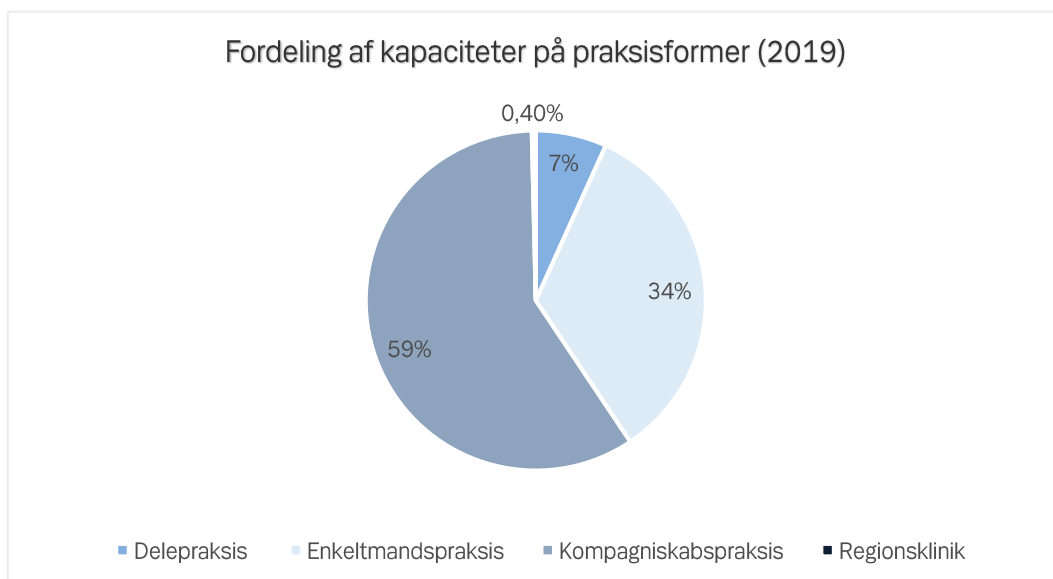
Enkeltmandspraksis er med 347 praksis den mest udbredte praksisform i regionen. Herudover er 39 praksis organiseret som delepraksis, hvor to læger deler én kapacitet, samt 235 praksis organiseret som kompagniskabspraksis, hvor to eller flere læger sammen ejer praksis og råder over to eller flere kapaciteter. Foruden disse er der i Region Hovedstaden tre regionsklinikker, som er beliggende på Bornholm, Amager og Frederiksberg, se figur 5.

<sup>7</sup> Forventet pensionsalder er baseret på Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2015-2040, som opgør en kønsspecifik forventet pensionsalder på 28,6 år for mænd og 66,8 år for kvinder



**Figur 5:** Fordeling af Region Hovedstadens praksis på praksisformer i 2019. Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6. maj (2019).

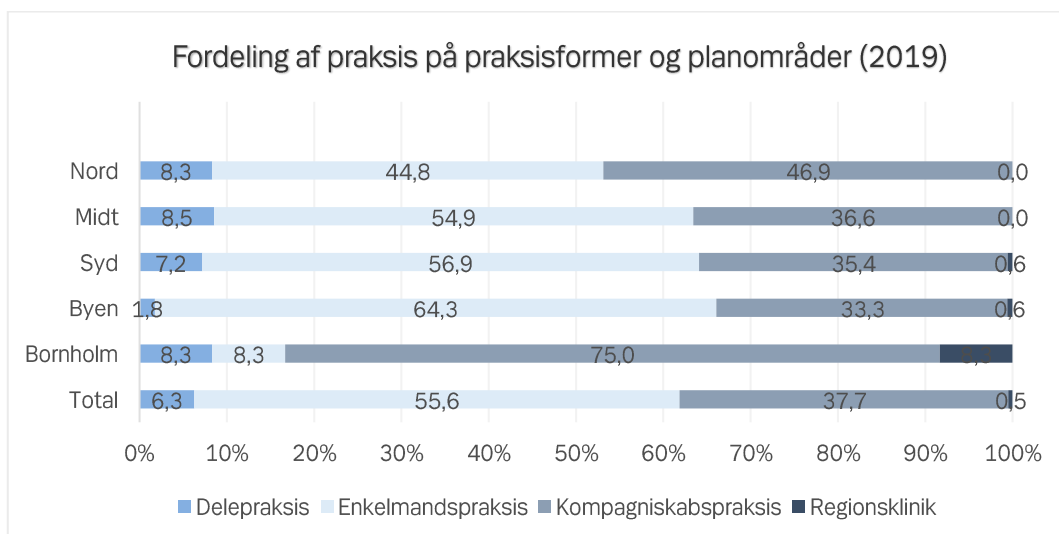
Den procentvise fordeling af kapaciteterne på praksisformer ses nedenfor i figur 6. Det ses, at kompagniskabspraksis råder over knap 60% af det samlede antal kapaciteter i regionen.



**Figur 6:** Fordeling af Region Hovedstadens kapaciteter på praksisformer i 2019. Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6. maj (2019).

Fordelingen af praksis på praksisformer i de enkelte planområder ses nedenfor i figur 7.

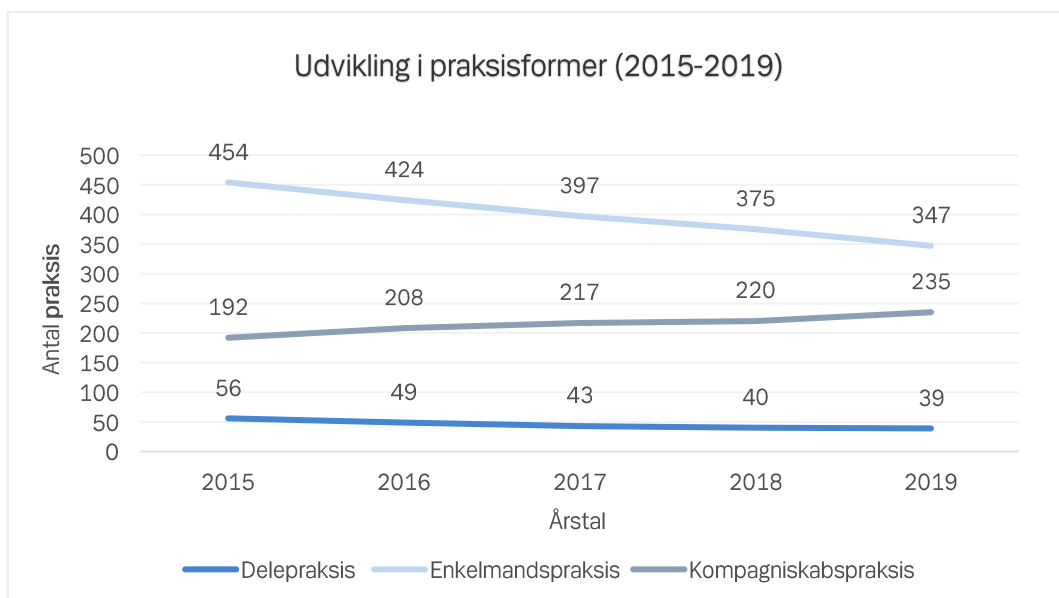




**Figur 7:** Fordeling af praksis på praksisformer i 2019. Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018) og 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6. maj (2019).

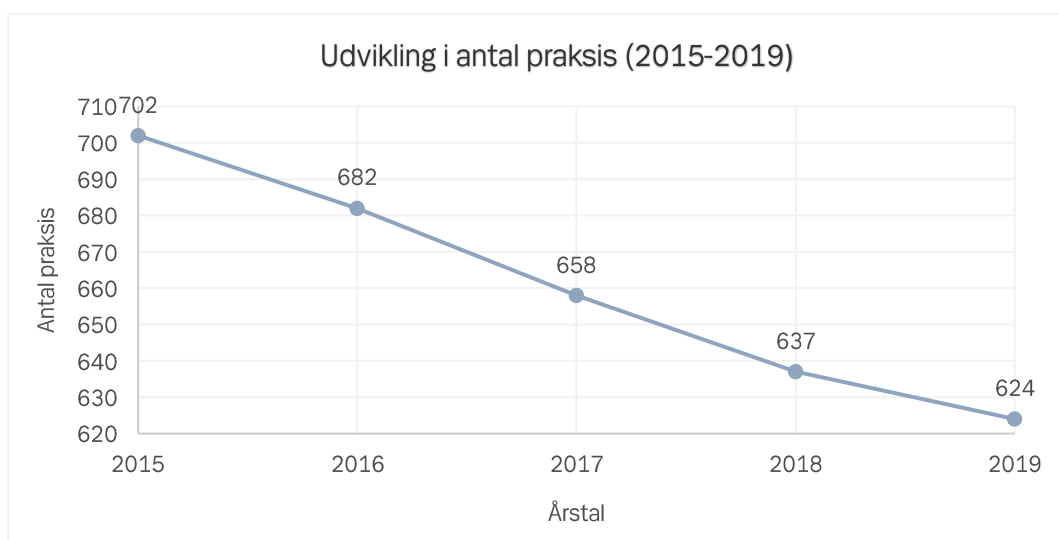
Der er stor geografisk variation i udbredelsen af de enkelte praksisformer i regionen. I planområderne Byen, Midt og Syd er der en relativt større andel af enkeltmandspraksis end i resten af regionen. Samtidig ses den største andel af kompagniskabspraksis i planområde Nord og på Bornholm.

Generelt viser udviklingen et fald i antal dele- og enkeltmandspraksis siden 2015, samtidig med en let stigning i antallet af kompagniskabspraksis.



**Figur 8:** Udvikling i antal praksis fordelt på praksisformer i perioden 2015-2019. Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018) og d. 6. maj med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019).

Udviklingen i praksisformer er medvirkende til et samlet fald i antal praksis i regionen på 11,1 % siden 2015, se tabel 6, samt tabel 7 i bilagsmaterialet for fordeling på de enkelte planlægningsområder.



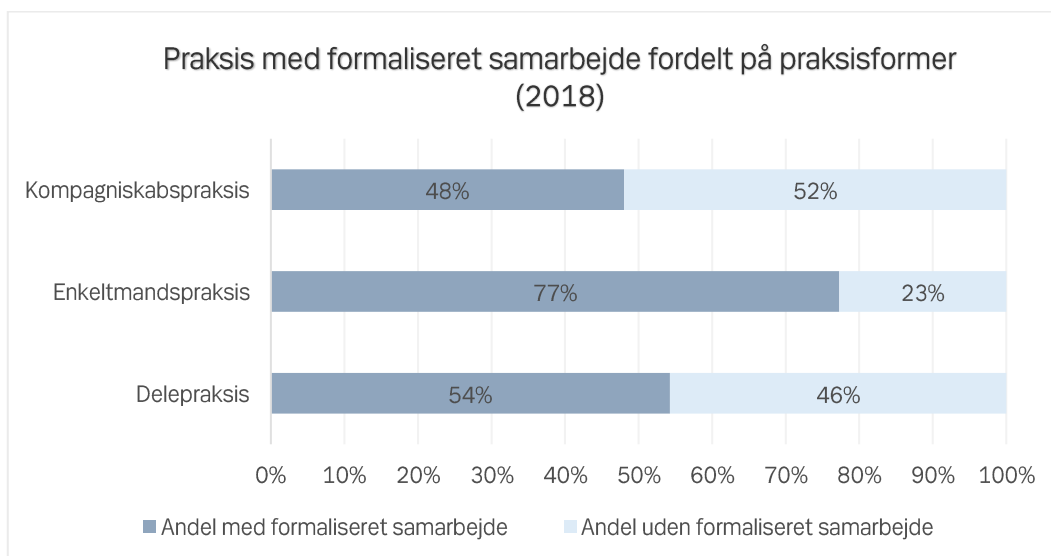
**Figur 9:** Udvikling i antal praksis i Region Hovedstaden i perioden 2015-2019. Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018) og d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6. maj (2019).

### 2.1.3 Samarbejde mellem praksis

Mange praksis har et mere eller mindre formaliseret samarbejde med andre praksis. Dette gælder også for læger, som praktiserer i enkeltmandspraksis.

En del praksis er beliggende på samme adresse. 'Samlokalisering' af praksis medfører ikke nødvendigvis et samarbejde, men det er sandsynligt, at der er et vist samarbejde mellem en del af de praksis, som geografisk er beliggende på samme adresse. Denne tese understøttes af fund fra lægehøringen i 2018, hvor 77% af enkeltmandspraksis angav, at de har et mere eller mindre formelt samarbejde med andre praksis. Dette gjaldt for 48 % af kompagniskabspraksis.<sup>8</sup> For mere information om lægehøringens resultater om samarbejde mellem praksis, se tabel 8-10 i bilagsmaterialet.

<sup>8</sup> Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis i Region Hovedstaden.



**Figur 10:** Andel praksis med mere eller mindre formaliseret samarbejde fordelt på praksisformer. Kilde: Lægehøringen 2018 og NOTUS Regional pr. 21. september 2018. Note: Inkluderet i 'andel uden formaliseret samarbejde' indgår også de samlet set 2% af praksis, der indgik i høringen, som ikke har besvaret det pågældende spørgsmål.

For lidt over halvdelen af de praksis, der oplyser at de samarbejder med andre praksis, sker samarbejdet i form af 'netværkspraksis' eller 'samarbejdspraksis', mens den resterende del beskriver, at de samarbejder 'på anden måde' (se tabel 9 i bilagsmaterialet).

Nogle læger har derudover ønske om i højere grad at samarbejde med andre læger eller øvrige aktører i sundhedsvæsenet. 7% af de praksis, der indgik i lægehøringen i 2018 udtrykte således ønske om at flytte til større praksisfællesskaber. Det fremgår af tabel 11 i bilagsmaterialet, at 20 af de praksis, der ønsker at flytte i større praksisfællesskaber, ligger i planområde Midt og Syd, mens der ikke er praksis på Bornholm, der ønsker det.

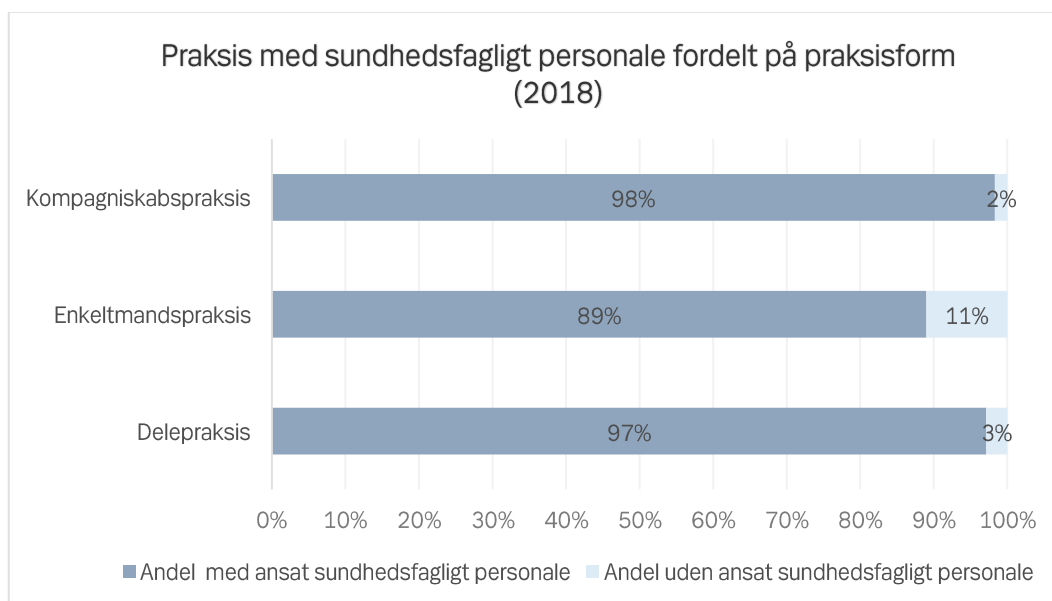
Praksisform	Andel praksis med ønske om at flytte i større praksis-fællesskaber
Delepraksis	6%
Enkeltmandspraksis	7%
Kompagniskabspraksis	6%
<b>Samlet andel af praksis</b>	<b>7%</b>

**Tabel 2:** Andel praksis, der ønsker at flytte sammen med andre behandlere/ i sundhedsfællesskaber fordelt på planområder. Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018 og NOTUS Regional pr. 21. september 2018. Tabellen kan ses i fuld størrelse i bilagets tabel 12.

Ligeledes har 10% af de praksis, der indgik i lægehøringen i 2018, svarende til 49 praksis udtrykt ønske om at flytte sammen med andre læger, se tabel 13-14 i bilagsmaterialet for mere information herom.

#### 2.1.4 Brug af praksispersonale

93% af de praksis, der indgik i lægehøringen i 2018 oplyste, at de har ansat sundhedsfagligt praksispersonale, se tabel 15 i bilagsmaterialet. Den største andel af praksis med ansat sundhedsfagligt personale findes blandt praksis organiseret som kompagniskabspraksis (98%) og delepraksis (97%). Den laveste andel findes blandt enkeltmandspraksisserne (89%).



**Figur 11:** Antal praksis der hhv. har og ikke har ansat sundhedsfagligt personale i praksis fordelt på praksisformer. Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018 og NOTUS Regional pr. 21. september 2018. Note: Inkluderet i 'andel uden ansat sundhedsfagligt personale' indgår også de samlet set 2% af praksis, der indgik i høringen, som ikke har besvaret det pågældende spørgsmål.

Selvom 93% af lægeklinikkerne i almen praksis i Region Hovedstaden oplyser at have ansat praksispersonale, anvendes praksispersonale mindre end i de andre regioner. Nationale opgørelser viser, at hver læge i almen praksis i Danmark i gennemsnit har ansat 0,9 klinikpersonale med ikke lægelig baggrund, hvorimod tallet i Region Hovedstaden er 0,7<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> 'Lægedækning i hele landet'. Rapport fra regeringens lægedækningsudvalg (2017), s. 32.

## 2.2 Lægedækning i tal

### 2.2.1 Åbne-lukkestatus

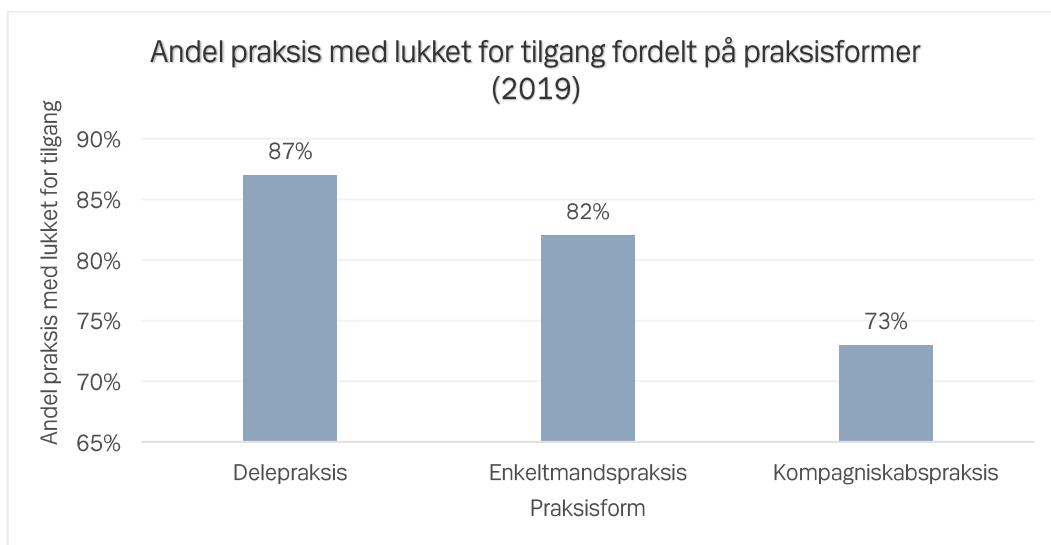
Aktuelt har omkring 8 ud af 10 praksis i regionen lukket for patienttilgang. Praksis' åbne-lukkestatus kan ændre sig fra dag til dag, men ses der på udviklingen over det seneste halve år, kan der konstateres et lille fald i andelen af praksis med lukket for tilgang (se tabel 16 i bilagsmaterialet).

Der er nogen variation i andelen af praksis med lukket for tilgang på tværs af regionens planlægningsområder. Dog har nogle områder siden september 2018 kontinuerligt haft mere end 90% lukket. Disse områder er fremstillet i tabel 3, og det ses, at tendensen overvejende ses i København. Den fulde liste over de enkelte planlægningsområders andel praksis med lukket for tilgang kan ses i tabel 16 i bilagsmaterialet.

Planlægningsområder med mere end 90% lukket
Bispebjerg
Brønshøj-Husum
Frederiksberg
Indre By
Nørrebro
Vanløse
Østerbro
Amager
Vesterbro

**Tabel 3:** Planlægningsområder med kontinuerligt mere end 90% praksis med lukket for tilgang siden september 2018. Kilde: NOTUS Regional pr. 14. september 2018, 4. oktober 2018, 11. december 2018, 14. januar 2019, 11. februar 2019, 4. marts 2019, 11. februar 2019 og 6. maj 2019.

Den laveste andel af praksis med lukket for tilgang findes blandt kompagniskabspraksisserne (73%), se figur 12.



**Figur 12:** Andel af praksis med lukket for tilgang fordelt på praksisformer i 2019. Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato 6. maj (2019).

I lægehøringen i 2018 blev læger, der havde lukket for patienttilgang, spurgt, om der var noget der evt. kunne få praksis til at åbne for tilgang. Knap halvdelen af de lukkede praksis svarede på spørgsmålet. På den baggrund kan der identificeres i alt seks kategorier (i ikke prioriteret rækkefølge), som vist i tabel 4.

Udledte svar vedr. muligheder for at få praksis til at åbne for tilgang
Mindre administrativt arbejde
Større lokaler, mulighed for praksispersonale, vikarer, uddannelseslæger eller kompagnon
Alle andre praksis har lukket for tilgang
Selektiv åbning for patienter inden for begrænset geografisk afstand
Faldende patienttal
Bedre honorering

**Tabel 4:** Udledte svar vedr. muligheder for at få praksis med lukket for tilgang til at åbne. Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018.

## 2.2.2 Befolkningskarakteristika

### *Flere borgere i Region Hovedstaden*

Region Hovedstaden havde i 2018 1.832.116 borgere. Der har siden 2015 været en samlet befolkningstilvækst på ca. 50.000 borgere i regionen svarende til en stigning på 2,8%. Den største udvikling er sket i planområde Byen og Syd, hvor befolkningstallet er steget med hhv. 2,3% og 5,2%. Her er det især på Amager og Vesterbro, at befolkningstallet er steget markant. På Bornholm er befolkningstallet til gengæld faldet (-0,3%). Befolkningsudviklingen fordelt på de enkelte planlægningsområder kan ses i tabel 17 og figur 1 i bilagsmateriale.

Befolkningstal					
Planområde	2015	2016	2017	2018	2015-2018 Ændring (%)
Bornholm	39.776	39.750	39.718	39.669	-0,3
Byen	452.555	458.561	461.562	463.117	2,3
Midt	451.166	454.613	456.967	458.364	1,6
Nord	318.298	320.461	321.900	322.965	1,5
Syd	520.677	529.195	537.458	548.001	5,2
<b>Hovedtotal</b>	<b>1.782.472</b>	<b>1.802.580</b>	<b>1.821.577</b>	<b>1.832.116</b>	<b>2,8</b>

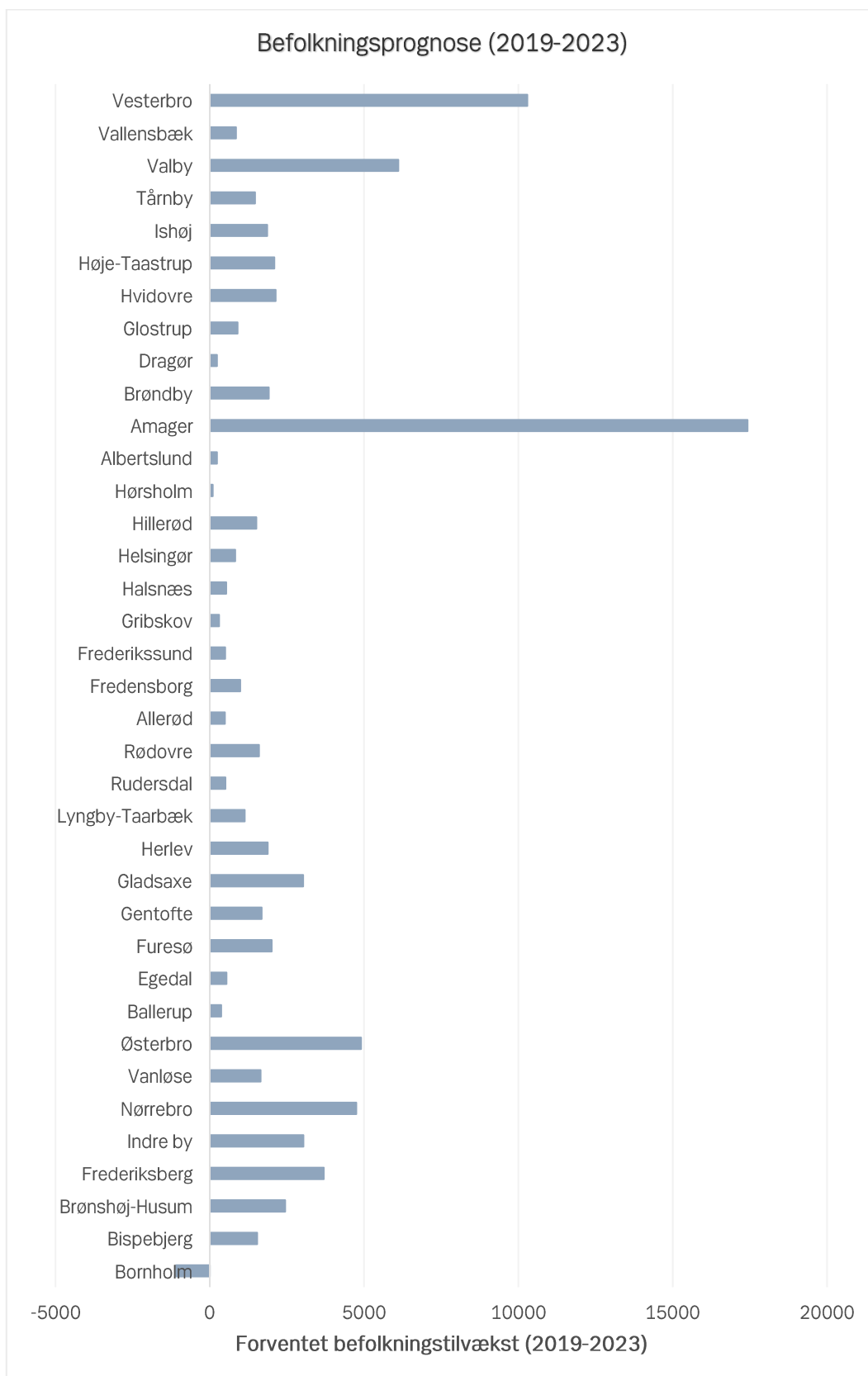
**Tabel 5:** Befolkningsudvikling i Region Hovedstaden i perioden 2015-2018 fordelt på planområder. Kilde: Danmarks Statistik pr. 1. oktober de respektive årstal.

Ifølge befolkningsprognosen for 2019-2023 forventes en yderligere befolkningstilvækst på 84.405 borgere i perioden 2019-2023, svarende til gennemsnitligt 16.881 borgere om året.

Forventet årlig befolkningstilvækst						
Planområde	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023 Ændring (%)
Bornholm	226	243	224	211	193	-0,5
Byen	3.752	4.239	4.885	4.654	4.475	1,0
Midt	2.641	2.719	2.501	2.428	2.448	0,5
Nord	1.159	1.119	1.037	969	966	0,3
Syd	10.539	10.002	8.718	8.325	7.926	1,4
<b>Hovedtotal</b>	<b>17.865</b>	<b>17.836</b>	<b>16.917</b>	<b>16.165</b>	<b>15.622</b>	<b>0,9</b>

**Tabel 6:** Befolkningsprognose (2019-2023) i Region Hovedstaden fordelt på planområder. Data stammer fra Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2018.

Den største befolkningstilvækst forventes, i overensstemmelse med den hidtidige udvikling, i planområderne Syd og Byen. De tre planlægningsområder, hvor der forventes den største befolkningstilvækst, er jf. figur 13 Amager, Vesterbro og Valby. I tabel 18 i bilagsmaterialet ses den forventede befolkningstilvækst i tal fordelt på de enkelte planlægningsområder.



Figur 13: Befolkningsprognose (2019-2023) i Region Hovedstaden fordelt på planlægningsområder.



Kilde: Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2018.

### *Patienttyngde*

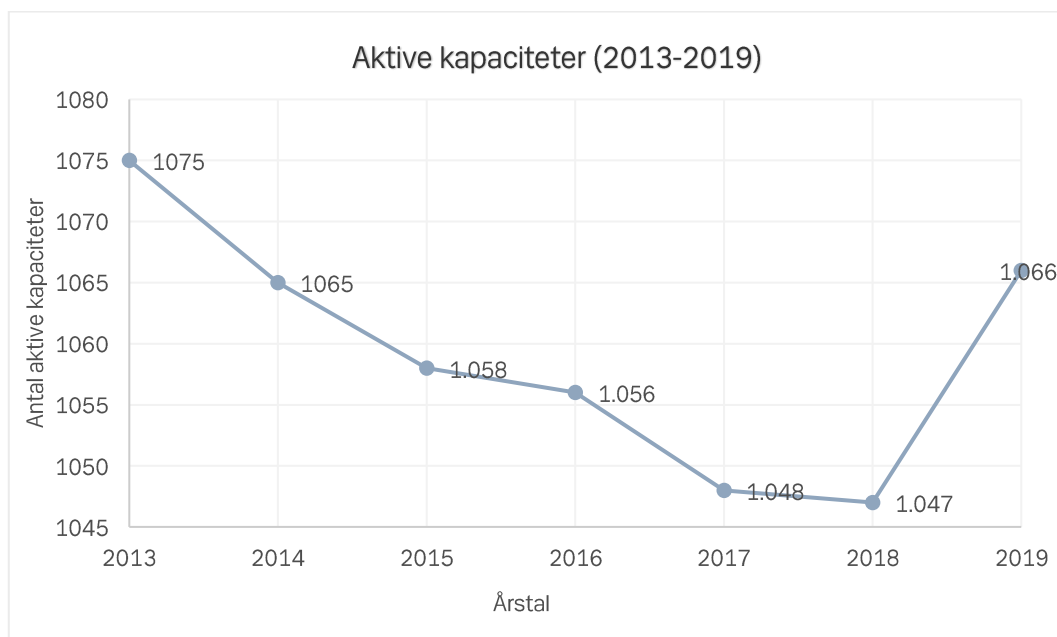
Regionens planlægningsområder varierer ikke kun i forhold til befolkningstal og -udvikling, men også ift. patienttyngde. Regionens sårbarhedsmodel, som bruges til at identificere områder med en stor andel af sårbare borgere, indgår tre variable, som anses for at være særligt relevante til at angive et områdes sårbarhed: indkomst, indvandrere og efterkommere, samt alder. Andelen af ældre, indvandrere og efterkommere, samt personer med lav indkomst på tværs af regionen kan ses i regionens sårbarhedsmodel i figur 2 i bilagsmaterialet. Modellen udpeger følgende områder som særligt sårbare: Albertslund, Brøndby, Høje-Taastrup, Ishøj, Nørrebro, Brønshøj-Husum og Bispebjerg.

Et områdes patienttyngde kan endvidere bidrage til forskelle i lægernes indkomst pr. patient mellem regionens planlægningsområder. I tabel 19 i bilagsmaterialet ses en oversigt over gennemsnitlig indkomst pr. sikret fordelt på regionens planlægningsområder. Særligt på Bornholm, Hørsholm, Helsingør, Halsnæs, Gribskov og Frederikssund ses en højere gennemsnitlig udgift pr. patient sammenlignet med de resterende områder.

### **2.2.3 Kapacitetsudvikling**

Regionen vurderer kapaciteten i almen praksis en gang årligt ved udførsel af den årlige lægedækningsundersøgelse. I 2019 er lægedækningsundersøgelsens tilrettelæggelse revurderet med henblik på at styrke lægedækningsundersøgelsen som planlægningsværktøj ift. at sikre fremtidig lægedækning. Foruden de årlige lægedækningsundersøgelser, vurderes behovet for genopslag af ledigblevne kapaciteter løbende i forbindelse med praksisophør uden overdragelse.

Fra oktober 2013 til 2018 faldt antallet af aktive kapaciteter i almen praksis i regionen med 28 kapaciteter. Faldet skal ses i sammenhæng med, at de årlige lægedækningsvurderinger frem til 2017 ikke gav anledning til at udvide kapaciteten, trods ophør i det forgangne år.



**Figur 14:** Antal aktive kapaciteter i Region Hovedstaden i perioden 2015-2019. Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018 (opgjort fra NOTUS Regional pr. 1 oktober) (2015-2018), og NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019). Note: Antal aktive kapaciteter indeholder også ubesatte kapaciteter (se tabel 20 i bilagsmaterialet for mere herom).

Som det ses af figur 14 er der siden oktober 2018 aktiveret 19 kapaciteter. Dermed er udviklingen i antal kapaciteter nu vendt. De 19 aktiverede kapaciteter dækker både nye og ledigblevne kapaciteter. Der er aktuelt 23 tildelte kapaciteter på vej, som forventes etableret i købet af 2019 og 2020. Antallet af aktive kapaciteter forventes at stige yderligere i takt med at flere tildelte kapaciteter etableres. I tabel 21-22 i bilagsmaterialet ses en fordeling af regionens aktive kapaciteter på plan- og planlægningsområder, og i tabel 23 i bilagsmaterialet en oversigt over, i hvilke områder de 23 tildelte kapaciteter forventes etableret.

Det fremgår desuden af lægedækningsprognosen for 2019-2023, at der som følge af den forventede befolkningstilvækst vil være behov for at udvide kapaciteten i almen praksis med mellem 10 og 11 kapaciteter årligt frem til 2023.

Årstal	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Kapacitetsbehov ift. befolkningstilvækst	11	11	11	10	10	53

**Tabel 7:** Kapacitetsbehov ift. befolkningstilvækst, 2019-2023 (hele tal). Kilde: Region Hovedstadens prognosemodel.

På den baggrund er kapaciteten i almen praksis besluttet udvidet med 11 kapaciteter i 2019 for at være på forkant med behovet for læger som følge af befolkningsudviklingen. De 11 kapaciteter bliver opslået i følgende områder: Brønshøj-Husum, Frederiksberg, Nørrebro, Vanløse, Furesø, Rødovre, Amager, Glostrup, Tårnby, Vallensbæk og Vesterbro.

Af prognosen fremgår det desuden, at der i perioden 2019-2023 ventes størst behov for kapacitetsudvidelse i planlægningsområderne Amager (11), Vesterbro (6), Valby (4), Østerbro (3) samt Nørrebro (3). Den samlede oversigt over planlægningsområdernes estimerede kapacitetsbehov som følge af befolkningstilvækst kan ses i tabel 24 i bilagsmateriale.

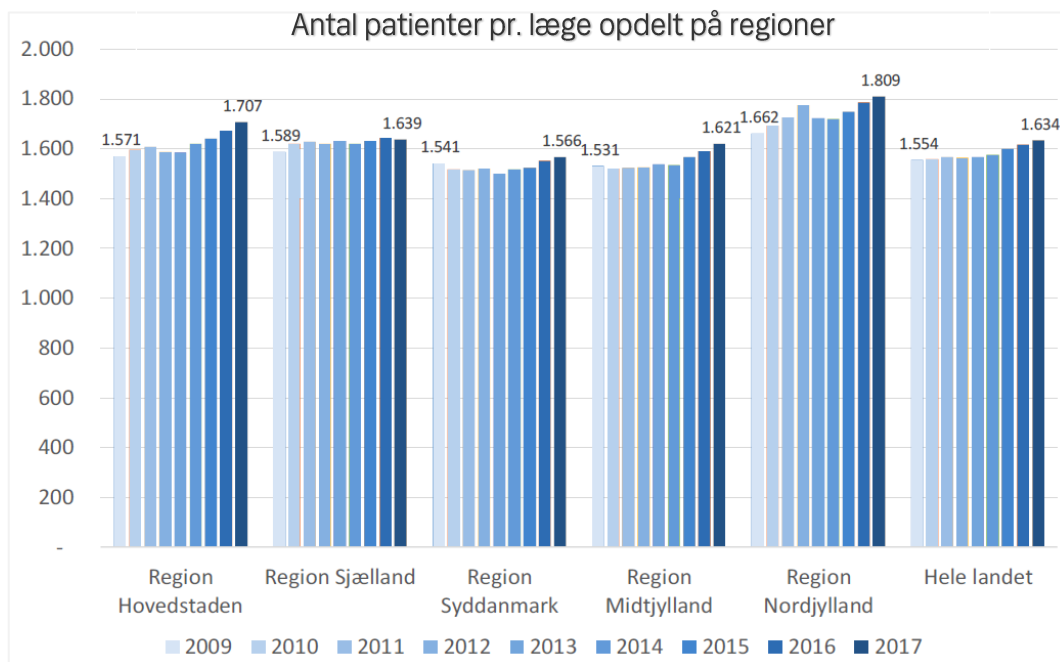
#### 2.2.4 Sikrede pr. kapacitet

Fra oktober 2013 til oktober 2018 er antallet af sikrede pr. kapacitet steget med 100 fra 1.629 til 1.729. Siden 2018 er antallet af sikrede pr. kapacitet dog faldet, hvilket skal ses i sammenhæng med det øgede antal aktive kapaciteter. I tabel 25-26 i bilagsmateriale ses en oversigt over antal sikret pr. kapacitet fordelt på plan- og planlægningsområder.



**Figur 15:** Gennemsnitligt antal sikrede pr. kapacitet i perioden 2013-2019. Kilde: 'Rapport fra arbejdsgruppe om rekruttering og fastholdelse i lægedækningstruede områder' 2017 (opgjort fra NOTUS Regional pr. 1 oktober) (2013-2016), Region Hovedstadens Lægehøring 2018 (opgjort fra NOTUS Regional pr. 1 oktober) (2017-2018), samt NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019).

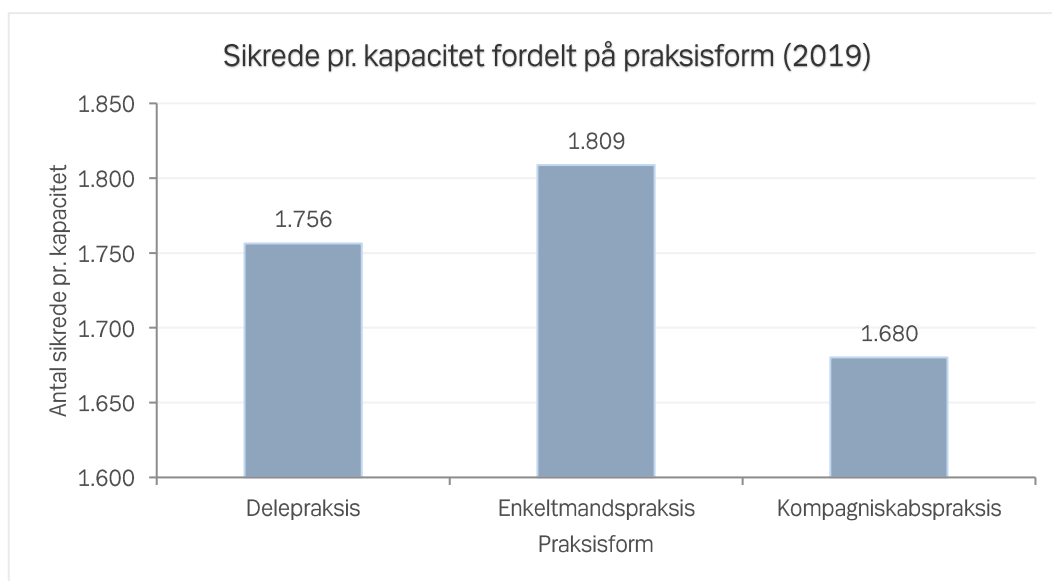
I figur 16 ses desuden en opgørelse over antal patienter pr. læge opdelt på regioner. Det ses, at Region Hovedstaden placerer sig som regionen med anden flest patienter pr. læge, kun overgået af Region Nordjylland.



**Figur 16:** Gennemsnitligt antal patienter pr. læge fordelt på regioner (2009-2017). Kilde: PLOs analyse: "Stigende antal patienter pr. læge", 2017. Note: Tallene kan ikke sammenlignes direkte med tallene i figur 15, da der er forskellige skæringsdatoer.

#### *Sikrede pr. kapacitet i forhold til praksisform og praksispersonale*

Enkeltmandspraksis er den praksisform, som med 1.809 sikrede pr. kapacitet har flest sikrede pr. kapacitet, mens der ses færrest sikrede (1.680) pr. kapacitet i kompagniskabspraksis.



**Figur 17:** Gennemsnitligt antal sikrede pr. kapacitet (for hele regionen) fordelt på praksisformer i 2019. Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019).

Samtidig viser data, at lægeklinikker uden praksispersonale varetager lidt flere patienter pr. kapacitet og at kvindelige læger i gennemsnit varetager færre patienter end mandlige læger, se tabel 9.

Anvendelse af praksispersonale	Antal kapaciteter	Antal sikrede i alt	Sikret pr. kapacitet
Praksis med praksispersonale	795	1.377.384	1.733
Praksis uden praksispersonale	27	47.474	1.758
Ingen oplysninger om praksispersonale	11	20.356	1.851

**Tabel 8:** Gennemsnitligt antal sikrede pr. kapacitet ift. anvendelse af praksispersonale. Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018 og NOTUS Regional pr. 21. september 2018.

Køn	Alder	Sikrede pr. kapacitet
Kvinder	35-39 år	1.420
	40-44 år	1.656
	45-49 år	1.724
	50-54 år	1.744
	55-59 år	1.675
	60-64 år	1.636
	65-69	1.771
	>70 år	1.536
	<b>Total</b>	<b>1.689</b>
Mænd	35-39 år	1.725
	40-44 år	1.883
	45-49 år	1.833
	50-54 år	1.823
	55-59 år	1.832
	60-64 år	1.771
	65-69	1.680
	>70 år	1.526
	<b>Total</b>	<b>1.782</b>

**Tabel 9:** Gennemsnitligt antal sikrede pr. kapacitet fordelt på lægens alder og køn 2019. Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019).

### 2.2.5 Betydningen af større praksisfællesskaber og øget brug af praksispersonale

Det er en anbefaling i praksisplanen at arbejde for at fremme praksisfællesskaber, hvor der også kan gøres brug af praksispersonale. Udbredelsen af praksisfællesskaber forventes at kunne bidrage til styrket faglig udvikling og tværfagligt samarbejde. Etablering af større praksisfællesskaber såvel som anvendelse af praksispersonale kan desuden øge

fleksibiliteten i arbejdstilrettelæggelsen og behandlingskapaciteten i praksis. Samtidig forventes praksisfællesskaber at kunne imødekomme udfordringer i forhold til rekruttering af læger.

Organisering i større praksis og brugen af mere praksispersonale er også nogle af de bærende elementer i regeringens politiske udspil for fremtidens sundhedsvæsen og indretning af almen praksis 'En læge tæt på dig'.

### Boks 1: Større praksisfællesskaber og øget brug af praksispersonale i 'En læge tæt på dig'

I regeringens plan for fremtidens almen praksis 'En læge tæt på dig' peges der på et uudnyttet potentiale for at frigøre lægetid i almen praksis ved øget brug af praksispersonale, hvorved lægernes tid i højere grad kan bruges på arbejde, der kræver lægelig kompetence. Derfor er det nationale mål, at brugen af praksispersonale skal øges med 50% frem mod 2030, og der er med udspillet afsat midler til uddannelse af praksispersonale og til at understøtte, at praksispersonale - der eksempelvis er ansat på et hospital - omstilles til ansættelse i almen praksis.

Det er desuden besluttet, at de resterende 600 mio. kr. i regeringens pulje til etablering af læge- og sundhedshuse først og fremmest skal understøtte etablering af større enheder med tilknyttet praksispersonale – evt. sammen med andre praksisydere, kommunale sundhedstilbud og udgående hospitalsfunktioner.

*'En læge tæt på dig – en plan for fremtidens sundhedsvæsen' af Sundheds- og Ældreministeriet, 2018.*

Med forudsætningen om, at praksispersonale frigør lægetid, som kan bruges til at varetage flere patienter eller flere opgaver, ville forventningen være, at lægeklinikker med praksispersonale varetager flere patienter end lægeklinikker uden praksispersonale. Som det fremgår ovenfor, er dette dog ikke tilfældet i Region Hovedstaden.

Det samme gælder i forhold til praksisform og størrelse, hvor forventningen om, at kompagniskabspraksis med flere kapaciteter og anderledes arbejdstilrettelæggelse, herunder øget brug af praksispersonale, burde give større behandlingskapacitet i den enkelte praksis. Men i praksis varetager kompagniskabspraksis færre patienter pr. kapacitet end praksis organiseret som enkeltmandspraksis.

Data tyder på, at læger som etablerer større praksisfællesskaber eller ansætter praksispersonale søger aflastning frem for at varetage flere patienter. Dermed kan organisering i større praksis og anvendelse af praksispersonale være med til at nedsætte arbejdsbelastningen i almen praksis.

## 3. Rekruttering og fastholdelse i almen praksis

### 3.1. Rekrutteringsgrundlaget i almen praksis

Øget rekruttering til almen praksis i regionen forudsætter først og fremmest, at der uddannes tilstrækkeligt almenmedicinere, men også at lægerne finder det attraktivt at nedsætte sig i almen praksis i Region Hovedstaden efter endt videreuddannelse.

#### 3.1.1 Uddannelse af almenmedicinere

Antallet af uddannede læger i almen medicin følger den nationalt fastsatte dimensioneringsplan, der fordeler uddannelsesforløb inden for de lægelige specialer og mellem de tre videreuddannelsesregioner, Øst, Nord og Syd. Videreuddannelsesregion Øst dækker Region Hovedstaden og Region Sjælland, Nord dækker Region Nordjylland og Region Midtjylland, og Syd dækker Region Syddanmark. Den samlede dimensionering har til formål at sikre, at der uddannes et tilstrækkeligt antal speciallæger til at dække sundhedsvæsenets behov, og udarbejdes på baggrund af Sundhedsstyrelsens lægeprognose.

Gennem de senere år er dimensioneringen af almen medicinuddannelsen blevet øget, senest i forbindelse med regeringsudspillet 'En læge tæt på dig'<sup>10</sup>, hvor der udmøntes i alt 60 ekstra hoveduddannelsesforløb på landsplan. Disse fordeles således, at Øst tildeles 45%, Nord 33% og Syd 22%. Samtidig øges antallet af introforløb, og det forventes, at der kommer fem forløb mere i 2019, samt mellem 10 og 20 yderligere i 2020 og 2021 i Region Hovedstaden.

På baggrund af lægeprognosen 2018-2040 forventes antallet af speciallæger i almen medicin på landsplan at stige frem mod 2040 med hele 51%<sup>11</sup>. Det tager imidlertid lang tid, før en ændret dimensionering 'slår igennem' på antallet af færdiguddannede almenmedicinere.

---

<sup>10</sup> Dimensioneringen af almen medicin er øget med 30 hoveduddannelsesforløb på landsplan i hhv. 2019 og 2020 som led i 'En læge tæt på dig'. Derudover har regeringen, i januar 2019 som led i det seneste regeringsudspil 'Flere hænder og større arbejdsglæde', anbefalet at dimensioneringen af hoveduddannelsen i almen medicin øges med 30 ekstra hoveduddannelsesforløb i 2019 og 70 ekstra i 2020, jf. sundhedsstyrelsens lægeprognose for 2018-40. Dette er dog på nuværende tidspunkt ikke fastlagt.

<sup>11</sup> Sundhedsstyrelsen. Lægeprognose 2018-2040 – Udbuddet af læger og speciallæger. 2018

Samlet set betyder det, at der i den kommende tid, foruden rekrutteringsindsatser, er behov for at tænke i fastholdelse af de eksisterende læger for at sikre lægedækningen i regionen.

### 3.1.2. Udbud af uddannelsespladser og tutorlæger i Region Hovedstaden

Samtidig med at der skal uddannes tilstrækkeligt almenmedicinere, skal de kommende almenmedicinere være interesserede i at etablere sig i almen praksis i regionen.

Gode erfaringer som praktiserende læge i Region Hovedstaden kan have betydning for lægernes interesse for efterfølgende at etablere praksis i regionen. Derfor er det vigtigt, at der i regionen er tilstrækkelig uddannelseskapaletet til at matche behovet for uddannelsesforløb (jf. den nationale dimensionering). Det betyder både, at der skal være et tilstrækkeligt antal tutorlæger og et tilstrækkeligt antal uddannelsespraksis og uddannelsespladser.

Sekretariatet for lægelig videreuddannelse Øst, som varetager opslag og fordeling af uddannelsesstillinger i Region Hovedstaden og Region Sjælland, opslår årligt ca. 80-85 hoveduddannelsesforløb og ca. 100 introduktionsstillinger. Heraf opslås de 71 hoveduddannelsesforløb og ca. 75 introduktionsstillinger årligt i Region Hovedstaden<sup>12</sup>.

Det aktuelle antal uddannelsespladser i alt, uddannelsespraksis i alt, samt antallet af hoveduddannelsesstillinger i regionen fordelt på de forskellige geografiske områder ses nedenfor i tabel 10. I tabel 27 i bilagsmaterialet ses fordeling på de enkelte planlægningsområder.

Planområde	Antal uddannelsespladser	Antal uddannelsespraksis	Antal hoveduddannelsesstillinger
Bornholm	10	8	2
Byen	93	80	22
Midt	92	77	29
Nord	72	53	19
Syd	127	87	51
<b>Hovedtotal</b>	<b>394</b>	<b>305</b>	<b>123</b>

**Tabel 10:** Antal uddannelsespladser i alt (både klinisk basisuddannelse, introduktionsforløb og hoveduddannelsesforløb), antal uddannelsespraksis samt antal hoveduddannelsesstillinger i Region Hovedstaden fordelt på planområder, 2019. Kilde: Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst.

I 2018 var besættelsesprocenten i videreuddannelsesregion øst på 82%. Til sammenligning var den samlede besættelsesprocent til hoveduddannelsesstillinger i almen medicin på landsplan i 2018 på 81%.<sup>13</sup> Der opleves dog ikke problemer med at besætte uddannelsespladser i Region Hovedstaden.

<sup>12</sup> Opslag af såvel hoveduddannelsesforløb som introduktionsstillinger opslås halvårligt. Antallet af stillinger er opgjort som samlet antal pr. år, da antallet af stillinger varierer over året alt efter tidspunkt for tiltrædelse.

<sup>13</sup> her <https://www.sst.dk/da/uddannelse/prognose-og-dimensionering/læger/opslaaede-og-besatte-hu-forloeb>



Der mangler heller ikke tutorlæger. I Region Hovedstaden er der aktuelt ca. 500 tutorlæger, fordelt på de 305 uddannelsespraksis i regionen. I runde tal svarer dette til at ca. halvdelen af de praktiserende læger er godkendt som tutorlæger. Samtidig er der, ud af de godkendte tutorlæger, en del tutorlæger, som ikke er aktive, og der opleves generelt en stigning i andelen af læger, som bliver godkendt som tutorlæger.

Dog vil den øgede dimensionering af videreuddannelsen i almen medicin og en samtidig forestående pensionering af en del af tutorlægerne kunne rykke ved balancen, hvorfor der er behov for fremadrettet at sikre, at der både er et tilstrækkeligt antal uddannelsespladser og tutorlæger i almen praksis i regionen. I forbindelse med regeringsudspillet 'en læge tæt på dig' er der afsat midler til at understøtte bedre rammer i almen praksis for uddannelse af almenmedicinere, eksempelvis ift. at fastholde og motivere praktiserende læger til at være tutorlæger.<sup>14</sup>

#### *Behov for flere uddannelsespladser i lægedækningstruede områder*

Det er desuden afgørende at sikre, at der også fremover er tilstrækkeligt tutorlæger og uddannelsespladser i de lægedækningstruede områder i regionen. Dette skyldes forventningen om, at det er nemmere at få nye praktiserende læger til at nedsætte sig i et geografisk område og i en praksis, som de har stiftet bekendtskab med under deres uddannelse. Uddannelsespladser i de lægedækningstruede områder prioriteres allerede, og med den øgede dimensionering er der mulighed for i de kommende år at understøtte dette yderligere. Regionen har etableret en pulje, der giver mulighed for tilskud til etableringsudgifter i forbindelse med indretning af nye uddannelsespladser i lægepraksis i lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen. I figur 3 i bilagsmaterialet ses en oversigt over disse lægedækningstruede områder.

### 3.1.3. Yngre almenmedicinere ønsker om fremtidigt arbejde

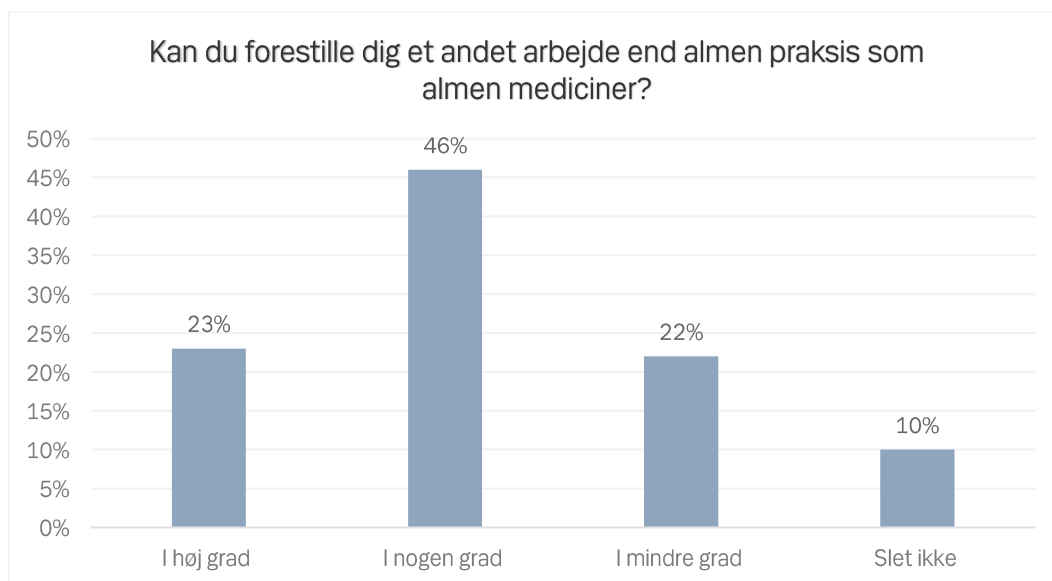
De yngre almenmedicinere ønsker til deres fremtidige beskæftigelse er bl.a. blevet undersøgt af Foreningen af Yngre Almen Medicinere (FYAM) i både i 2014 og 2016 og af Yngre læger i 2018. Undersøgelserne tegner et billede af, at de yngre almenmedicinere ikke nødvendigvis ser sig selv arbejde i almen praksis; at en stor del dog på sigt ser sig selv som praksisejere, men at de i stor udstrækning ønsker at starte som ansatte. Desuden er det en klar tendens, at de foretrækker at være i større lægepraksis, mens kun ganske få ønsker at arbejde i enkeltmandspraksis. Lægerne vægter samtidig muligheden for faglig sparring højt, særligt i yderområder eller i områder med lægemangel.

---

<sup>14</sup> Forståelsesrapport ift. Udmøntning af midler fra 'En læge tæt på dig', Sundheds- og ældreministeriet 2019

### *Yngre almenmedicinere ønsker ikke nødvendigvis at arbejde i almen praksis*

Undersøgelsen i 2018 af de yngre almenmedicineres ønsker til deres fremtidige arbejdsliv viser, at mere end halvdelen (56 %) af de yngre almen medicinere i høj eller nogen grad kan forestille sig et andet arbejde end almen praksis.



**Figur 18:** Besvarelse fra Yngre Lægers undersøgelse om yngre almen medicineres ønsker til fremtidig beskæftigelse fra 2018 vedr. ønske om andet arbejde end almen praksis.

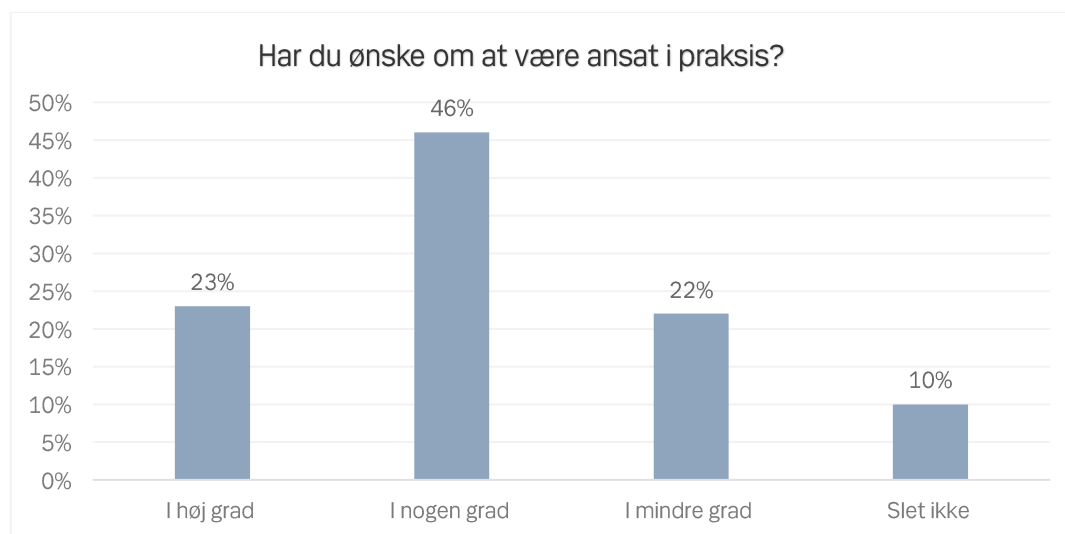
En analyse lavet af PLO<sup>15</sup> viser tilsvarende, at 17% af almenmedicinerne på landsplan i 2017 var beskæftiget andre steder end i almen praksis, størstedelen heraf på offentlige hospitaler. Undersøgelsen viser også, at de fleste af almenmedicinerne, som er beskæftiget på hospitalerne, er læger over 50 år og konkluderer derfor, at potentialet for at rekruttere disse læger til almen praksis er lille.

De yngre lægers planer derimod - om at arbejde uden for almen praksis - kan der formentlig bedre rykkes ved. Men det fordrer en forståelse af de yngre lægers ønsker til og bekymringer om arbejdet og organiseringen i almen praksis, hvis de yngre læger skal etablere sig i almen praksis.

### *Yngre almenmedicinere ønsker at starte som ansat i almen praksis*

<sup>15</sup> PLO analyse "Næsten 800 speciallæger i almen medicin arbejder uden for almen praksis", 2017.

Undersøgelsen i 2018 af de yngre almenmedicinere ønsker til deres fremtidige arbejdsliv viser, at 85% af de kommende læger i nogen eller høj grad ønsker at etablere egen praksis<sup>16</sup>. Samtidig viser undersøgelser<sup>5,6</sup>, at de yngre læger ofte foretrækker at starte som ansat i almen praksis og først senere købe deres egen praksis. Den seneste undersøgelse fra 2018 af yngre almenmedicinere ønsker til fremtidig beskæftigelse viser, at 69% (i høj eller nogen grad) har ønsker om at være ansat i praksis.



**Figur 19:** Besvarelse fra Yngre Lægers undersøgelse om yngre almen medicinere ønsker til fremtidig beskæftigelse fra 2018 vedr. ønske om at være ansat i praksis.

Samtidig viser undersøgelsen, at mens det for ca. 62% af de adspurgte læger *er et ønske* at eje egen praksis<sup>17</sup>, kan en større andel (85%) i nogen eller høj grad *se sig selv eje deres egen praksis på et senere tidspunkt*<sup>18</sup>. De fleste (87%), af dem som forestiller sig at være ansat, påtænker ansættelse i almen praksis<sup>19</sup>. Dermed ser der ud til at være et betragteligt potentiale i at understøtte, at de kommende almenmedicinere kan få ansættelse i almen praksis.

#### *Yngre almenmedicinere bekymringer om at arbejde i almen praksis*

Ifølge 2018 undersøgelsen, omfatter bekymringerne for de kommende almenmedicinere bl.a. arbejdsbelastningen, udbrændthed og at kunne fastholde arbejdsglæden. Der er mange, der udtrykker bekymringer vedrørende dokumentationskrav og de nye opgaver almen praksis får. Herudover peger FYAM's undersøgelse på ønsker om nedsat tid. 52% har konkrete

<sup>16</sup> FYAM's undersøgelse viser, at 85 procent ser sig selv i egen praksis efter 5 år efter speciallægeanerkendelse, mens dette tal var 89 procent i FYAM's medlemsundersøgelse fra 2014<sup>16</sup>, så her er sket et fald på 4 procentpoint på 2 år.

<sup>17</sup> Yngre Læger, 2018: Fremtidens arbejdsmarked for almen medicin, diagram 11

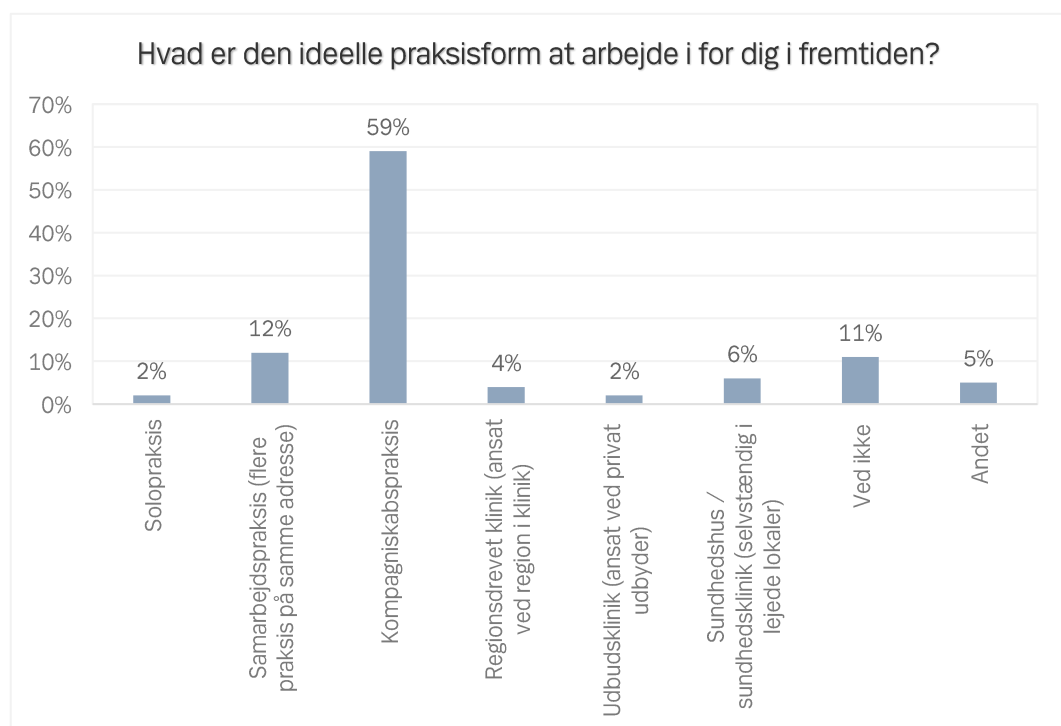
<sup>18</sup> Yngre Læger, 2018: Fremtidens arbejdsmarked for almen medicin, diagram 13

<sup>19</sup> Yngre Læger, 2018: Fremtidens arbejdsmarked for almen medicin, diagram 14

planer om at gå på nedsat tid og den altovervejende årsag er ønsket om at have mere tid til familie (74%).

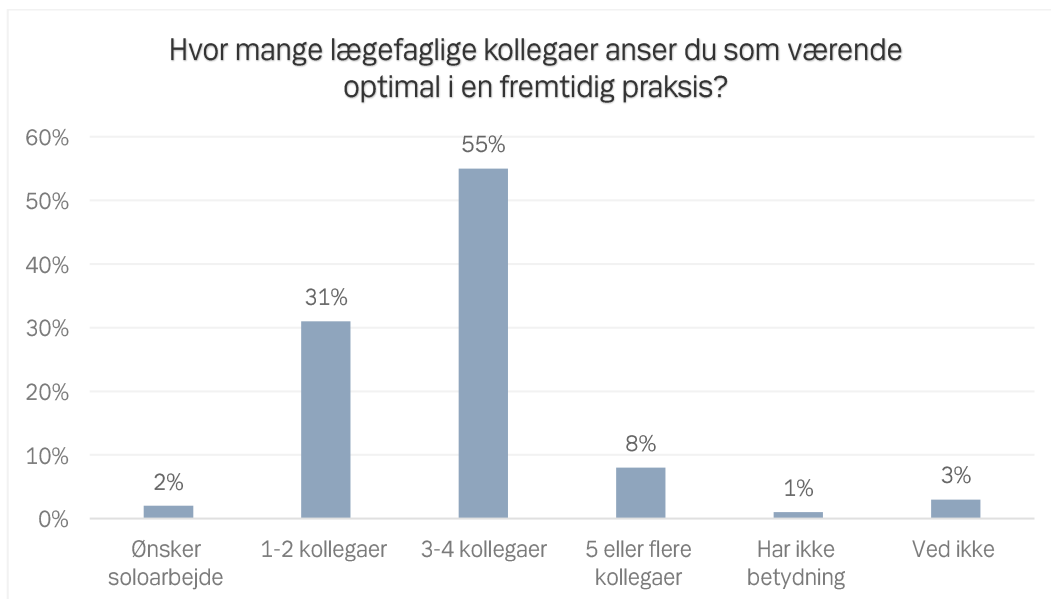
#### *Yngre lægers ønsker om praksisformer og samarbejde*

Ifølge 2018 undersøgelsen foretrækker størstedelen af de yngre læger at arbejde i almen praksis organiseret som kompagniskabspraksis (59%), efterfulgt af samarbejdspraksis (12%). Kun få finder sundhedshuse (6%), regionsdrevne klinikker (4%), udbudsklinikker (2%) eller solopraksis (2%) ideelt.



**Figur 20:** Besvarelse fra Yngre Lægers undersøgelse om yngre almen medicinere ønsker til fremtidig beskæftigelse fra 2018 vedr. den ideelle praksisform.

Samtidig ønsker størstedelen af lægerne at indgå i praksis, som samarbejder med andre læger. Over halvdelen af de yngre læger finder 3-4 lægefaglige kollegaer optimalt, mens ca. en tredjedel finder 1-2 kollegaer optimalt.



**Figur 21:** Besvarelse fra Yngre Lægers undersøgelse om yngre almen medicinere ønsker til fremtidig beskæftigelse fra 2018 vedr. det optimale antal af lægefaglige kollegaer i almen praksis.

Ifølge FYAMs undersøgelse fra 2016 peges der særligt på samarbejdet med andre læger og den faglige støtte der udspringer heraf, som særligt vigtigt, hvis praksis ligger i yderområder eller områder med lægemangel.

### 3.1.4 Barrierer og muligheder for at tiltrække yngre almenmedicinere

#### *Praksisstruktur og lokaler*

Hvis det skal lykkes at imødekomme de yngre lægers ønsker om at etablere sig i større praksis, er det afgørende at praksisstrukturen ændres yderligere henimod større praksis med flere læger og mere personale. Da der siden 2015 er kommet en større andel kompagniskabspraksis i Region Hovedstaden, synes udviklingen at bevæge sig i den rigtige retning.

Der er dog en overvægt af ældre læger i enkeltmandspraksis, som må forventes at ville ophøre inden for de kommende år, se tabel 3 i bilagsmaterialet. Hvis de kommende almenmedicinere skal gøres interesserede i at overtage disse praksis, kan der være brug for at igangsætte initiativer, der i højere grad bringer de ældre lægers praksis i overensstemmelse med de yngre lægers ønsker f.eks. ved udvidelse eller sammenlægninger af eksisterende praksis.

I den forbindelse er det vigtigt at kigge nærmere på lokaleudfordringerne, som betyder at enkeltmandspraksis, der evt. ønsker at udvide med flere kapaciteter og evt. ansætte læger, kan have udfordringer med finde egnede lokaler, ikke mindst i københavnsområdet. Særligt den kommunale lokalplanlægning rummer mulighed for at understøtte egnede lokaler. Såvel kommuner og regionen arbejder for at tilvejebringe egnede lokaler til praksisdrift. Dermed understøttes også en bedre adgang for borgere med funktionsnedsættelse. Yderligere indsatser for at støtte en sådan udvikling kan med fordel ses i sammenhæng med de

ationale initiativer på området, herunder regeringens pulje til etablering af større læge- og sundhedshuse. Se i øvrigt afsnit 4.

## Boks 2: Overenskomstens muligheder for ansættelse og generationsskifteaftaler

Der er i overenskomsten muligheder for at tilgodese lægers ønsker f.eks. om ansættelse og generationsskifteaftaler.

### Ansættelse i almen praksis

Jf. §20 stk.1 kan en praksis ansætte en speciallæge i almen medicin i en ledig kapacitet, dog kun svarende til halvdelen af antallet af lægekapaciteter - medmindre praksis i henhold til praksisplanen er beliggende i et lægedækningstruet område<sup>22</sup>.

Jf. §21 kan der desuden efter særlig tilladelse fra samarbejdsudvalget ansættes en ekstra speciallæge i almen medicin udover det antal kapaciteter praksis råder over, hvis den pågældende praksis stiller arbejdskraft til rådighed i en række nærmere definerede tilfælde.

### Generationsskifteaftaler

Jf. §19 kan samarbejdsudvalget give tilladelse til at en praksis kan ansætte en speciallæge udover den eksisterende kapacitet med henblik på indgåelse af kompagniskab og dernæst overdragelse af praksis inden for fem år.

### *Muligheder for ansættelse i almen praksis*

Data viser, at der kan være potentiale i at understøtte muligheden for, at yngre læger kan ansættes i praksis i en periode før køb af egen praksis. Ved at øge mulighederne for ansættelse i almen praksis, nedsættes risikoen alt andet lige for, at de kommende læger får lyst til på sigt at arbejde i andre dele af sundhedsvæsenet.

Derudover der mulighed for at indgå generationsskifteaftaler, hvor nye læger langsomt kan overtage praksis fra eksisterende læger.

Udover de lokalemæssige barrierer for at udvide praksis, fordrer en sådan udvikling dog, at lægerne i højere grad er indstillede på at ansætte andre læger, end tilfældet er i dag. Desuden kan der være behov for at matche de yngre læger, der ønsker ansættelse, med ældre læger, der ønsker at gå på pension (se boks 2).

Der mangler konkret viden herom, men en barriere kan relatere sig til, hvorvidt ældre læger har mod på en større omlægning af praksis, særligt i en tid, hvor arbejdslivets ophør er nær. Hvis det skal lykkes at få skabt et match mellem de yngre lægers ønsker og de praksis, som forventes at ophøre i de kommende år, vil det være afgørende at få forberedt praksis på overtagelse.

En barriere for de eksisterende læger kan desuden være økonomisk usikkerhed forbundet med arbejdsgiverforpligtelsen fx i forbindelse med ansatte lægers sygdom, barsel og anden orlov fra praksis, og med et stigende antal kvindelige læger øges behovet for at løse dette. Med den seneste overenskomst for almen praksis er dette behov delvist løst, idet praksis bl.a. har fået mulighed for at søge midler fra praksisadministrationsfonden til bl.a. barsel, hvilket minimerer risikoen for den ansættende læge – men kun i de lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen.

#### *Muligheder for at afhjælpe de yngre lægers bekymringer om livet i almen praksis*

For at understøtte at de kommende almenmedicinere i højere grad får mod på livet i almen praksis, er der grundlag for at arbejde med at afhjælpe konkrete bekymringer hos de yngre læger om bl.a. arbejdsbelastning og arbejdsmiljø, samtidig med at der arbejdes med at fremme de gode historier, så yngre læger i almen medicin vælger almen praksis fremfor andet arbejde.

I forhold til bekymringer om arbejdsbelastning synes særligt ønsket om nedsat tid at fylde meget hos de yngre læger. Det er i et rekrutteringsøjemed vigtigt at arbejde for at overenskomstens muligheder for at få nedsat patienttal og etablering af delepraksis anvendes. Det er i den forbindelse relevant at kendskabet til overenskomstens muligheder udbredes blandt de yngre læger. Derudover kan de yngre lægers bekymringer i nogle områder særligt handle om patienttyngde jf. afsnit 2.2.2, da patientsammensætningen i det geografiske område, man som læge vælger at nedsætte sig i, kan have konkret betydning for ens fremtidige arbejdsliv i almen praksis.

Det er desuden relevant at arbejde på at øge adgangen for yngre læger til at få konkret viden om - og gode erfaringer med – livet som praktiserende læge i regionen.

I regionens rekrutteringsfunktion for almen praksis arbejdes for at målrette og intensivere regionens vejledning af læger, der overvejer at nedsætte sig som praktiserende læger. I PLO-regi findes desuden et tilbud til unge læger om at deltage i en mentorordning for yngre (kommende) læger i almen medicin, der giver mulighed for konkret råd og sparring fra eksisterende læger. Se afsnit 4 for mere viden herom.

Derudover kan der være behov for at understøtte, at læger som i dag arbejder i almen praksis, kan fortælle om deres erfaringer fra livet som praktiserende læge i regionen. Dette kan fx ske ved organisering af fælles arrangementer for eksisterende læger og yngre læger (se i øvrigt afsnit 4 vedr. tiltag på vej i KAP-H).

Det kan desuden være relevant at samarbejde om branding af almen praksis i regionen. Arbejdet kan med fordel ske med lokal inddragelse af læger og kommuner, så mangfoldigheden og mulighederne for kommende læger i almen praksis på tværs af regionen synliggøres. Der samarbejdes allerede i dag lokalt mellem region, kommune og læger om udarbejdelse af opslag af ledige kapaciteter i almen praksis

## 3.2 Ophør og fastholdelse i almen praksis

Udover rekruttering af læger udgør fastholdelse af læger i almen praksis en mulighed for at påvirke udbuddet af læger i almen praksis og dermed for at sikre et tilstrækkeligt antal læger. Der er både behov for at motivere de eksisterende læger, uanset alder, til at blive i almen praksis og for at udskyde de ældre lægers pension.

### 3.2.1. Lægernes planer om ophør

Som det fremgik af tabel 1 ventes 143 læger, jf. den langsigtede lægedækningsprognose, at ophøre pga. pension inden for de kommende år. Af lægehøringen fremgår det tilsvarende, at flere praktiserende læger i regionen har konkrete planer om ophør. Pension og arbejdsbelastning angives i høringen som de hyppigste årsager til ønske om ophør, se tabel 11.

Aldersgruppe	Pension	Sygdom	Ansættelse i (anden) praksis	Anden lægelig beskæftigelse	Arbejdsbelastning	Andet
40-49 år				1	2	1
50-59 år	3	3			9	2
60-69 år	48	3	2	4	22	10
70-79 år	17					
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>13</b>

**Tabel 11:** Årsager til planer om ophør i almen praksis, fordelt på gennemsnitsalderen i praksis. Praksis kan have angivet mere end én svarmulighed. Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018, samt NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato 1. oktober (2018).

Der var i lægehøringen 2018 mange tilkendegivelser om planer om ophør fra praksis, hvor lægerne gennemsnitligt er over 60 år, heraf 17 praksis hvor lægerne i gennemsnit er over 70 år. Dog viste undersøgelsen også, at der var et mindre antal praksis med en gennemsnitlig alder mellem 50-59 og enkelte praksis, med en gennemsnitlig alder under 50 år, der havde planer om ophør inden for tre år. Se figur 22.

Mens samtlige praksis i lægehøringen med en gennemsnitsalder over 70 år angav pension som eneste forklaring på planerne om ophør, spillede både pension og arbejdsbelastning en rolle for gruppen af praksis i aldersgruppen 60-69 år. Arbejdsbelastning var den hyppigste forklaring på ønsker om ophør i praksis, hvor lægerne i gennemsnit er under 60 år. Kun enkelte angav, at deres planer om ophør skyldtes anden lægelig ansættelse, herunder i andre praksis.



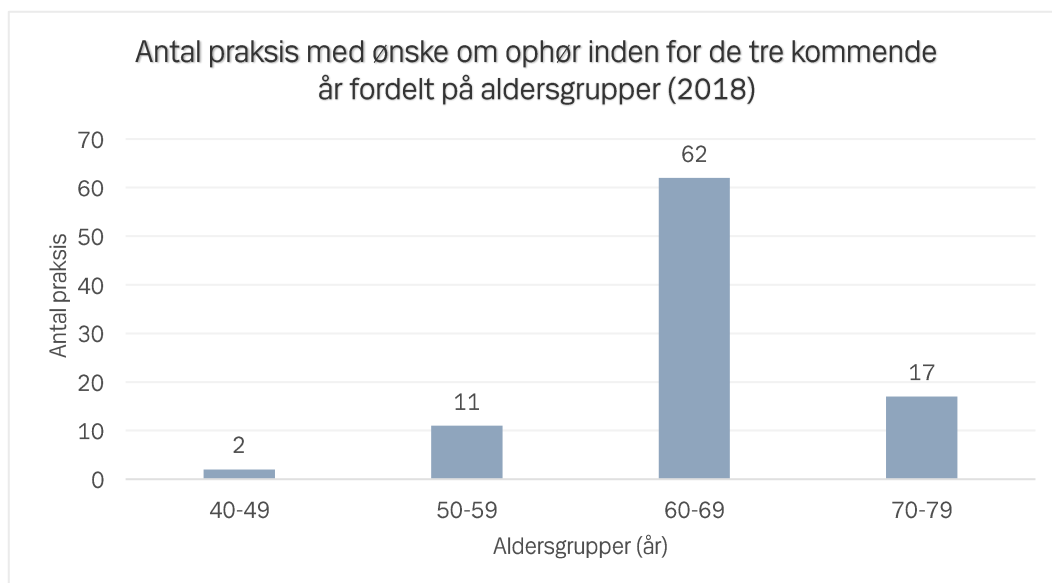
### Boks 3: Lægers ophør i forbindelse med undtagelse for akkreditering

72 læger\* skulle i henhold til overenskomsten om almen praksis være ophørt senest 31. august 2019, da de ønskede at blive undtaget for akkreditering. 36\*\* af disse læger har udskudt deres ophør jf. aftale mellem overenskomstens parter, idet lægerne *enten* indgår i en akkrediteringsproces med bistand *eller* (for læger over 65 år) modtager besøg af en regional kvalitetskonsulent samt indgår i klyngesamarbejde.

\* Opgjort pr. 5. september 2018

\*\* Opgjort pr. 29. marts 2019

Enkelte læger nævner sygdom som ophørsårsag til ophør. For denne gruppe af ældre læger er fastholdelsespotentialer formentlig begrænset, men for den resterende gruppe må der forventes at være et reelt fastholdelsespotentialer.



**Figur 22:** Antal praksis, der i Lægedækningsundersøgelsen har tilkendegivet, at de ønsker at ophøre inden for tre år fordelt på aldersgrupper. Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018, samt NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato 1. oktober (2018).

Besvarelsene skal ses i sammenhæng med, at en 72 læger – som havde ønsket undtagelse fra akkreditering – ifølge overenskomsten senest skulle ophøre 31. august 2019. 36 af disse praksis fortsætter efter konkret aftale alligevel i deres praksis. De resterende *er enten ophørt* (ved salg eller tilbagelevering af kapaciteten til regionen) eller *forventes at ophøre* frem mod efteråret 2019.

### 3.2.2. Barrierer og muligheder for fastholdelse af praktiserende læger

#### *Muligheder for at afhjælpe arbejdsbelastningen i almen praksis*

Udover lægehøringen adresserer også en analyse fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, 2016, arbejdsbelastningen i almen praksis. Analysen peger på, at andelen af praktiserende læger, der oplever moderat udbrændthed er steget fra 24% i 2004 til 38% i 2016. Samtidig er andelen af praktiserende læger, som oplever utilfredshed med arbejdet alt i alt steget fra 6% i 2012 til 22% i 2016<sup>20</sup>.

Denne udvikling understreger vigtigheden af at kende til de tiltag, der kan afhjælpe de praktiserende lægers udbrændthed og utilfredshed med jobbet. En ny analyse, gennemført af PLO<sup>21</sup>, peger på en række forhold, hvor de praktiserende læger oplever, at arbejdsbyrden kan lattes. Lægerne peger bl.a. på epikriser, attester, håndtering af håndkøbsmedicin (og kosttilskud) og journalføringsregler som områder, hvor arbejdsbyrden kan lattes. Den sam-

#### Boks 4: Overenskomstens muligheder for delepraksis og nedsat patienttal

Der er i overenskomsten muligheder for at tilgodese lægers ønsker f.eks. om delepraksis og nedsat patienttal.

##### Nedsat patienttal

Jf. §7 stk. 3 skal samarbejdsudvalget så vidt muligt imødekomme ansøgninger fra yngre ny-rekrutterede læger, læger over 60 år, og læger med særlig bibeskæftigelse (min. seks timer om ugen) om lavere patienttal.

##### Delepraksis

Jf. §22 stk. 1 kan samarbejdsudvalget tilgodese læger med behov for nedsat arbejdsmængde via etablering af delepraksis.

Jf. §22 stk. 4, har alle læger i lægedækningstruede dog ret til at etablere delepraksis i op til seks år. Se figur 3 i bilagsmaterialet for en oversigt over de lægedækningstruede områder i regionen.

*Kilde: Overenskomst om almen praksis, januar 2018.*

lede liste over tiltag, som potentielt vil kunne lette lægernes daglige arbejdsbyrde i almen praksis ses i figur 4 i bilagsmaterialet.

<sup>20</sup> Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet: 'Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2016'. [https://www.laeger.dk/sites/default/files/undersogelse\\_af\\_praktiserende\\_laegers\\_psykiske\\_arbejdsmiljoe\\_2016.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/undersogelse_af_praktiserende_laegers_psykiske_arbejdsmiljoe_2016.pdf)

<sup>21</sup> Praktiserende lægers organisation: 'Forslag til afbureaukratisering fra de praktiserende læger', marts 2019. [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_-\\_afbureaukratisering\\_i\\_almen\\_praksis.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_-_afbureaukratisering_i_almen_praksis.pdf)

Foruden disse konkrete ønsker om at lette arbejdsbyrden vil øget brug af overenskomstens muligheder for bl.a. nedsat patienttal og etablering af delepraksis kunne være med til at afhjælpe arbejdsbelastningen, og dermed formentlig fastholde nogle af de læger, der overvejer at ophøre i almen praksis.

Som allerede nævnt i afsnit 2.2.5., søger de eksisterende læger også aflastning gennem organisering i større praksis og ved anvendelse af praksispersonale.

#### *Behov for yderligere viden om lægernes overvejelser ifbm. ophør*

For at kunne målrette en evt. fastholdelsesindsats, mangler der viden om årsagerne til de enkelte lægers konkrete ophørsplaner, samt viden om, hvad der evt. kunne få lægerne til at udskyde deres planer om ophør. Derfor foreslås det, at den kommende lægehøring suppleres med spørgsmål, der belyser dette.

Særligt de seneste mange ophør uden overdragelse peger i retning af et behov for støtte til de læger, som påtænker at sælge praksis for at gøre praksis attraktiv i de yngre lægers øjne. Ved at kende til lægernes planer om ophør og hvad der har betydning herfor, bliver det muligt at sætte tidligere ind med evt. fastholdelsestiltag, herunder f.eks. vejledning til læger med at gøre praksis attraktiv for yngre læger, som er en proces, der med fordel kan startes en del år før ønsket ophør.

I regi af KAP-H arbejdes der aktuelt på at udvikle en aktivitet målrettet læger, der påtænker at sælge praksis med fokus på fif til at gøre praksis mere attraktiv ved overdragelse og aftaler om generationsskifte etc. Indsatsen skal udvikles i løbet af de næste års tid. Det er desuden aftalt, at et element i et sådant tilbud skal være en mulighed for at potentielle købere og sælgere kan mødes og udveksle oplysninger på Store Praksisdag, som finder sted en gang årligt for både eksisterende og kommende praktiserende læger.

## 4. Indsatser for at sikre lægedækning, som allerede er igangsat eller er på vej

Praksisplanudvalget har i de senere år arbejdet målrettet på at sikre lægedækningen i regionen. På den baggrund er der allerede igangsat en række regionale indsatser på området. Samtidig har regeringen haft fokus på lægedækning i hele Danmark og har tilsvarende iværksat nationale indsatser på området. Nedenfor gives et overblik over såvel nationale som regionale indsatser.

### 4.1 Nationale indsatser

#### 4.1.1. Tiltag som følge af regeringsudspil

I 2017 satte regeringen med rapporten om Lægedækning i Hele Danmark fokus på en række anbefalinger for sikre, at danskerne kan få lægehjælp, uanset hvor de bor.

Rapporten fokuserede på lægedækning samlet set, ikke kun i almen praksis. Med særligt relevans for almen praksis foreslog udvalget bl.a. at:

- Regionerne skal have friere rammer til at drive regionsklinikker
- Optaget af lægestuderende på Aalborg Universitet skal øges
- Lægestuderendes klinikophold under studiet skal spredes geografisk bredere ud
- Dimensioneringen af videreuddannelsen i almen medicin skal øges
- Praktiserende læger skal i højere grad honoreres efter patienternes behandlingsbehov
- Regioner, kommuner og lægernes organisationer skal samarbejde om at rekruttere og fastholde læger i yderområder og udsatte boligområder
- Lægestuderende skal i højere grad have mulighed for klinikophold i almen praksis
- Faglige og organisatoriske fællesskaber i almen praksis skal udbredes

En del af disse anbefalinger blev effektueret i umiddelbar forlængelse af rapporten, mens der følges op på andre af anbefalinger med regeringens sundhedsudspil 'En læge tæt på dig.

I 'En læge tæt på dig' i 2018 har regeringen sat sig for at løfte almen praksis ved at

- Uddanne flere læger, inddrage flere sundhedsfaglige professioner og styrke brugen af digitale løsninger
- Løfte kvaliteten i almen praksis ved at samle kompetencerne fra læger og andet sundhedspersonale og skabe stærke faglige fællesskaber

- Gøre det mere tiltrækkende for unge læger at blive almen praktiserende læger ved at skabe bedre rammer for faglig sparring i hverdagen og ved at understøtte mere fleksible muligheder for at være praktiserende læge.

For at understøtte lægedækning i hele landet og styrke samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper og dermed forbedre rammerne for faglig sparring og øget fleksibilitet i opgavetilrettelæggelsen i almen praksis, har regeringen afsat en pulje, hvorfra der kan søges midler til etablering af større læge- og sundhedshuse.<sup>22</sup>

#### Boks 5: Midler afsat til regeringens indsatser om lægedækning

Der er afsat centrale midler over en fireårig periode til at gennemføre en række tiltag i udspillet 'En læge tæt på dig' - herunder 45 mio. kr. til øget dimensionering af almen medicinuddannelsen og bedre rammer for almen medicinstuderende, 9 mio. kr. til tiltag til fastholdelse af ældre læger og 60 mio. kr. til efteruddannelse af praksispersonale. Der afventes aktuelt en konkret aftale om udmøntning af midlerne.

På finansloven for 2017 er der afsat 800 mio. kr. til etablering af større læge- og sundhedshuse. Ca. 200 mio. kr. blev udmøntet i maj 2018 og en pulje på yderligere 200 mio. kr. har netop været opslået med henblik på etablering af læge- og sundhedshuse i hele landet, etablering af flerlægepraksis i de større byer samt til etablering af pladser til uddannelseslæger. Der afventes aktuelt stillingtagen til, hvilke ansøgninger der tilgodeses.

De resterende midler udmøntes ifm. regeringens Nærhedsfond.

*Kilde: 'Forståelsespapir ift. udmøntning af midler fra 'en læge tæt på dig' fra Sundheds- og Ældreministerie, samt 'Puljeopslag (2018-2019): Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse' fra Sundheds- og Ældreministeriet.*

#### 4.1.2. Tiltag i regi af Praktiserende Lægers Organisation

Der findes i PLO et tilbud til unge læger om at deltage i en mentorordning for yngre (kommende) læger i almen medicin, der giver mulighed for konkret råd og sparring fra eksisterende læger.

Derudover har PLO udviklet en elektronisk platform 'www.almenmediciner.dk', der henvender sig til kommende alment praktiserende læger og tilbyder generel vejledning og rådgivning i forbindelse med etablering af egen praksis.

<sup>22</sup> 'Puljeopslag (2018-2019): Pulje til etablering af læge- og sundhedshuse' fra Sundheds- og Ældreministeriet

## Boks 6: Mentorordning i Praktiserende Lægers Organisation

Tilbuddet 'Karriere i almen praksis' er et forløb, som er rettet mod kommende og nyudklækkede speciallæger i almen medicin, der kan få vejledning om valg af specialitet almen medicin, karrierevalg, overvejelser om køb af praksis samt den første tid som praksisejer.

Tilbud om kaffemøde er rettet mod særligt lægestuderende og KBU-lægerne, der kan få tilbudt et mere uforpligtende kaffemøde, hvor en praktiserende læge svarer på spørgsmål og vejleder mentee til at komme nærmere en afklaring om et eventuelt kommende specialvalg af almen medicin og et fremtidigt liv i almen praksis.

*Kilde: <https://laeger.dk/bliv-mentor-i-plo-mentorordning>*

Behovet for indsatser i Region Hovedstaden skal ses i sammenhæng med de nationale tiltag på området.

## 4.2. Regionale indsatser

### 4.2.1. Rapport om fastholdelse og rekruttering

En arbejdsgruppe under praksisplanudvalgets administrative styregruppe udarbejdede i 2017 en rapport om rekruttering og fastholdelse i lægedækningstruede områder i Region Hovedstaden. Rapportens ni anbefalinger har dannet rammen for udvalgets arbejde på området de seneste år.

## Boks 7: Anbefalinger i rapport fra arbejdsgruppe om rekruttering og fastholdelse i lægedækningstruede områder

1. Hurtigt agerende samarbejdsforum for rekruttering og fastholdelse
2. Den regionale rekrutteringsfunktion skal styrkes
3. Der etableres én indgang til information på sundhed.dk
4. Overenskomstens muligheder skal benyttes aktivt
5. Igangsætte projekter med nye organisationsformer og rekrutteringstiltag
6. Kommunerne understøtter den lokale lægedækning
7. Lægedækning skal drøftes i de kommunalt lægelige udvalg
8. Udbredelse af teletolkning
9. Tilskud til etablering af uddannelsespladser i almen praksis i lægedækningstruede områder

*Kilde: 'Rapport fra arbejdsgruppe om rekruttering og fastholdelse i lægedækningstruede områder', af Region Hovedstaden, KKR og PLO-H, 2017*

Ifølge den seneste status for arbejdet med anbefalingerne er de fleste anbefalinger realiseret. Status på arbejdet fremgår i de efterfølgende afsnit. Derudover blev der peget på et behov for at styrke relationen til de kommunalt-lægelige udvalg vedr. samarbejdet om at sikre lægedækning.

#### 4.2.2 Etablering af samarbejdsforum for ophør

Den seneste overenskomst for almen praksis fastlægger, at Praksisplanudvalget skal drøfte mulighederne for at håndtere lægedækningen i forbindelse med lægers ophør uden overdragelse til anden læge.

Forummet har bl.a. udarbejdet en 'handleplan ved ophør uden overdragelse af praksis til anden læge', som praksisplanudvalget godkendte i oktober 2018, se figur 5 i bilagsmateriale.

##### Boks 8: Sikring af lægedækning ved lægers ophør

I overenskomsten for almen praksis beskrives praksisplanudvalgets opgave med sikring af lægedækningen ved lægers ophør på følgende måde:

"I umiddelbar forlængelse af, at en læge har afgivet varsel (6 mdr. før) om ophør, skal praksisplanudvalget drøfte mulighederne for at håndtere lægedækningen, herunder om den ophørende læges patienter vil kunne fordeles blandt andre læger med ledig patientkapacitet, eller om der er praksis, der ønsker at udvide med den lægekapacitet, der vil blive ledig" (§14, stk. 2)

*Kilde: Overenskomst om almen praksis, januar 2018.*

På den baggrund er der etableret et samarbejdsforum, som udover at arbejde for sikring af lægedækningen ved ophør, har fokus på hurtigst muligt at få hjulpet nye læger fra at være 'på vej i praksis' til at være 'i gang med praksis'.

I langt de fleste tilfældene er lægedækningen ved praksisophør blevet sikret ved, at omkringliggende læger har overtaget patienterne fra de ophørende praksis. Der er dog enkelte tilfælde, hvor en del af patienterne er blevet tildelt midlertidige regionale praksisklinikker, se nedenfor. Dermed er det lykkedes at undgå lægeløse patienter i Region Hovedstaden.

Forummet har desuden udarbejdet en procesplan for opfølgning på tildelte kapaciteter med henblik på at understøtte, at læger som får tildelt en kapacitet, hurtigst muligt etablerer praksis og åbner for patienter – se nedenfor. Arbejdet understøttes bl.a. af en nyetableret rekrutteringsfunktion for almen praksis i regionen.

#### 4.2.3. Etablering af regional rekrutteringsfunktion

I 2017 etablerede regionen en rekrutteringsfunktion. Formålet med funktionen er at målrette og intensivere regionens vejledning af læger, der overvejer at nedsætte sig som praktiserende læger. Dette gøres bl.a. ved:

- at formidle opslag om ledige kapaciteter i regionen via Ugeskrift for Læger, sundhed.dk og regionh.dk.
- at vejlede læger ift. konkrete spørgsmål om nedsættelse i almen praksis
- at sikre én indgang for læger på vej i praksis via den elektroniske platform
- at skabe overblik over de relevante regionale tilbud og udarbejde samlede informationspakker til nye læger
- at styrke regionens udadvendte funktion gennem deltagelse i relevante faglige arrangementer med almen praksis
- tilbud om etableringsmøder

Rekrutteringsfunktionen har bl.a. mulighed for at henvise til en række eksisterende tilbud til (nye) praktiserende læger. Derudover overvejes behovet for nye tiltag løbende.



## Boks 9: Tilbud til (nye) praktiserende læger

### Hjælp til IT og data i praksis

Nye (og eksisterende) læger kan få support og vejledning af regionens datakonsulenter til evt. tekniske udfordringer med regionens IT-systemer i almen praksis.

### Hjælp til etablering af teletolkning

Regionens datakonsulenter tilbyder desuden hjælp til opsætning og evt. anbefalinger til udstyr til videotolkning. Det er endvidere muligt at søge om at få dækket udgifterne til teletolkningsudstyr til praksis i lægedækningstruede områder.

### Hjælp til etablering af uddannelsesplads i almen praksis

Et vigtigt element i at sikre nye læger i almen praksis er at sikre tilstrækkeligt med uddannelsespladser i almen praksis. Derfor tilbyder regionen at betale etableringsudgifter til indretning af nye uddannelsespladser i lægepraksis i lægedækningstruede områder.

### Indsatser forankret i KAP-H

- *Efteruddannelse, kurser og netværksdannelse*  
KAP-H udbyder en række efteruddannelser, kurser og møder med mulighed for netværksdannelse.
- For både eksisterende og nynedsatte læger afholdes 'Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse', der giver praktiserende læger mulighed for networking, sparring og erfaringsudveksling i mindre grupper, samtidig med at der undervises i udvalgte emner.
- Som en del af årshjulet for den decentrale gruppebaseret efteruddannelse afholdes et *årligt møde målrettet nynedsatte læger*. Dette møde har særligt fokus på at gøre lægerne opmærksomme på KAP-Hs tilbud, og indeholder desuden undervisning, information og demonstration af alt fra sundhed.dk til overenskomsten.
- Blandt KAP-Hs efteruddannelsestilbud findes bl.a. store praksisdag, samt *årskurset i ledelse og udvikling*, som klæder lægerne på til at være ledere i egen praksis.
- *Hjælp til organisering af praksis*  
Nynedsatte læger kan benytte sig af KAP-H tilbud om at få en praksisudviklingskonsulent på besøg i praksis med henblik på at drøfte organiseringen af praksis. Dette kan f.eks. være med udgangspunkt i personalemæssige udfordringer, ledelse og samarbejde, effektiv klinikdrift eller kulturen i klinikken.
- *Hjælp til medicin anvendelse*  
Nynedsatte læger og læger, der står overfor akkreditering, kan benytte sig af KAP-Hs tilbud om at få en medicinkonsulent på besøg i praksis. Besøgets indhold bestemmes af praksis, men kan f.eks. have fokus på ordinationsadfærd indenfor bestemte lægemiddelgrupper, rationel farmakoterapi eller medicingennemgang.

Kilde: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/praksis/paa-vej-i-praksis/almen-praksis/Sider/Tilbud-til-praktiserende-læger-i-Region-Hovedstaden.aspx>

Der arbejdes blandt andet på at udvikle KAP-Hs rolle med at understøtte lægedækningen i regionen, herunder særligt med fokus på fastholdelse i forbindelse med – og efter – tilde-  
ling/overtagelse af kapaciteter.

#### Boks 10: Nye tiltag på vej i KAP-H, der skal understøtte lægedækning i regionen

##### Tilbud om at få tilknyttet en KAP-H konsulent ved opstart af ny praksis

Nye og eksisterende læger vil fremadrettet blive tilbudt at få tilknyttet en navngiven KAP-H konsulent som indgang til sparring og hjælp om f.eks. opstart og organisering i klinikken, IT-systemer mv. Samtidig vil KAP-H efter behov deltage i opstartsmøder for læger på vej i praksis.

##### Udvikling af aktivitet målrettet læger, der påtænker at sælge praksis

På baggrund af et stigende antal læger, som ophører uden salg/overdragelse af praksis, arbejdes der på at udvikle en aktivitet målrettet læger, der påtænker salg af praksis, med fokus på fif til overdragelse af praksis og aftaler om generationsskifte etc.

Det er aftalt, at et element i et sådant tilbud skal være en mulighed for, at potentielle købere og sælgere kan mødes og udveksle oplysninger på Store Praksisdag, som finder sted en gang årligt for både eksisterende og kommende praktiserende læger.

*Kilde: Aftalt i KAP-Hs styregruppe, 14 marts. 2019.*

#### 4.2.4. Fra tildeling af kapacitet til etablering af praksis

23 kapaciteter, foruden de 1.066 aktive kapaciteter i almen praksis, er tildelt til læger, som endnu ikke har aktiveret kapaciteterne. Dermed er der rekrutteret konkrete læger til de ledige kapaciteter, men dørene er endnu ikke åbnet for nye patienter.

Hurtigst mulig aktivering af de tildelte kapaciteter vil medføre, at antallet af sikrede pr. kapacitet nedbringes samtidig med at flere praksis åbner for tilgang, hvilket forbedrer patienternes mulighed for at vælge læge. Derfor har parterne i praksisplanudvalget stort fokus på at understøtte hurtig aktivering af tildelte kapaciteter. Senest har parterne aftalt en proces for opfølgning på tildelte kapaciteter (se figur 6 i bilagsmaterialet).

### Boks 11: Proces for opfølgning på tildelte kapaciteter

Ifølge den aftalte proces for opfølgning på tildelte kapaciteter (se figur 6 i bilag), kontakter regionen læger, som har fået tildelt ledige kapaciteter, for at opnå lægenes bekræftelse af tildelingen, samt accept af oplysninger om tildelingen kan formidles til den pågældende kommune og samt lægerne i lokalområdet. På baggrund af orienteringen kan kommunen og lægerne i lokalområdet tage kontakt til læger, der har fået tildelt ledige kapaciteter med henblik på at indlede evt. lokalt samarbejde ifbm. etablering af kapaciteten.

Regionens rekrutteringsfunktion tilbyder lægen at deltage i et etableringsmøde med fokus på at afdække evt. behov for hjælp eller rådgivning med etablering af kapaciteten. Repræsentanter for kommunen eller PLO-H kan, alt efter lægens ønsker, deltage ved behov. Ved mødet kan der oplyses om, og henvises til, KAP-H for hjælp eller rådgivning, der ligger inden for KAP-Hs områdefelt.

I etableringsperioden vil der efter behov være løbende dialog med lægen. Såfremt kapaciteten ikke er aktiveret hhv. 4 og 6 mdr. efter tildelingstidspunktet, sendes brev til lægen med erindring om etableringsfristen, samt der oplyses om muligheder for hjælp til etablering. Hvis lægen har ændret planer, og alligevel ikke påtænker at aktivere kapaciteten, opfordres lægen til snarest muligt at oplyse regionen herom.

*Kilde: Opgjort på baggrund af oplysninger fra Region Hovedstadens rekrutteringsfunktion, se bilag 6.*

#### 4.2.5. Langsigtet prognose til brug for vurdering af lægedækningen

For at kunne imødekomme det stigende pres på almen praksis og planlægge mere langsigtet, har Praksisplanudvalget udviklet en flerårig prognosemodel til vurdering af det kommende lægedækningsbehov.

## Boks 12: Langsigtet prognose til vurdering af lægedækningen

Prognosemodellen til vurdering af lægedækningen er udviklet med henblik på at være enkel, valid og intuitiv ift. prognostisering af behovet for kapaciteter i almen praksis, og data skal være objektive, velafgrænsede og kunne opdateres én gang årligt.

Modellen, som har et femårigt perspektiv, indeholder data om

- antal sikrede pr. kapacitet,
- forventet befolkningsudvikling,
- lægernes forventede pensionsalder samt
- forventet andel af praksis, som ikke kan overdrages til anden læge ved pension.

Modellen skal sikre, at kapacitetsplanlægningen hele tiden er på forkant med udviklingen således at nye kapaciteter kan være bemandede og klar til at tage patienter i takt med behovet herfor.

*Kilde: 'Beskrivelse af langsigtet prognosemodel til kapacitetsplanlægning i almen praksis' af Region Hovedstaden, 2018.*

På baggrund af lægedækningsundersøgelsen og prognosen for de kommende år udvides kapaciteten i regionen med 11 kapaciteter i løbet af 2019, således at kapaciteterne kan være klar til at tage patienter fra 2020, hvor der vurderes at være yderligere behov for læger.

Det kan overvejes, om modellen også fremover kan tage hensyn til den nye generation af praktiserede lægers ønsker.

### 4.2.6. Arbejde for at understøtte egnede lokaler

Det er en anbefaling i praksisplanen, at kommunerne tænker egnede lokaler til almen praksis ind i lokalplaner og ved opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud. En kommunal arbejdsgruppe har derfor arbejdet på at kortlægge rammerne og mulighederne for, at kommunerne kan understøtte almen praksis med egnede lokaler.

Regionen har løbende dialog med kommunerne om mulighed for lokaler til praksis på kommunale matrikler. Når der opslås en kapacitet, er der dialog med kommunen om, hvorvidt kommunen kan stille lokaler til rådighed. Regionen arbejder desuden med at finde lokaler på regionens egne matrikler til læger, der arbejder efter overenskomsten. På den baggrund etableres lokaler til brug for almen praksis på Amager Hospital og Frederiksberg Hospital.

### Boks 13: Kommunernes muligheder for at understøtte egnede lokaler

Kommunernes muligheder for at understøtte, at almen praksis kan praktisere i egnede lokaler, er fastlagt af en række lovgivningsmæssige rammer. Kendskab til rammerne er derfor essentielt for kommunerne.

Kommunerne kan i den forbindelse anvende Praksisplanudvalgets femårige prognosemodel til kapacitetsplanlægning i almen praksis med henblik på en proaktiv tilgang til at understøtte, at almen praksis kan praktisere i egnede lokaler.

Kommunerne anbefales at have en tovholder på området, som både internt i kommunen kan skabe det nødvendige fokus, blandt anden i samspillet mellem sundhedsområdet og teknik- og miljøområdet, og som kan være kontaktperson til almen praksis, Region Hovedstaden samt relevante samarbejdspartnere og understøtte den løbende dialog. Dette blandt andet i de etablerede fora så som de lokale kommunalt-lægelige udvalg og det regionale Samarbejdsforum for praksisoplysninger.

*Kilde: 'Afrapportering vedr. kommunernes muligheder for at understøtte, at almen praksis kan praktisere i egnede lokaler' – Godkendt af PAS 02.11.2018.*

#### 4.2.7 Etablering af midlertidige regionsklinikker

I tilfælde af akut opstået lægemangel kan regionsrådet i en kort periode etablere et midlertidigt almen medicinsk lægetilbud jfr. sundhedslovens § 227, stk. 6. Sundhedslovens § 227 giver desuden mulighed for, at regionen kan udbyde drift af almen praksis til private aktører eller for, at regionen selv kan oprette regionsklinikker.

Regionsrådet har i 2016 godkendt en skabelon for udbud af almen af praksis i Region Hovedstaden. I Region Hovedstaden er der indtil nu ikke gennemført udbud af almen praksis.

#### 4.2.8 Licensklinikker, satellitpraksis og mobil klinikudvidelse

Blandt andre initiativer, der er igangsat, med henblik på at sikre lægedækningen, findes regionens tilbud om etablering af en mobil- eller licensklinikker, samt muligheden for at etablere satellitpraksis.

Overenskomstens § 25 giver en region mulighed for at drive licensklinikker. Med licensklinikker stilles en praksisklinik til rådighed til læger, som ikke er afklaret omkring, hvorvidt de ønsker at nedsætte sig i egen praksis. Lægen får herved mulighed for at få erfaringer med at drive en praksis efter overenskomstens regler og honorering uden at påtage sig de forpligtigelser, der er forbundet med at nedsætte sig i egen praksis. Der pågår forhandlinger mellem regionen og PLO-Hovedstaden om en rammeaftale om licensklinikker.

Regionen kan jf. overenskomstens §23 give en praksis tilladelse til etablering af en satellitpraksis. Ved en satellitpraksis forstås et ekstra konsultationssted til at betjene patienter, som supplement til det primære konsultationssted i et nærtliggende geografisk område. Satellitpraksissen kan have indskrænket åbningstid og være bemandet med praksispersonale på udvalgte dage eller i udvalgte tidsrum. Etablering af en satellitpraksis skal godkendes af regionen, men evt. ekstra udgifter ved etablering finansieres af praksis selv.

Projekt mobilklinik er et forsøgsordningsprojekt, som har til formål at øge kapaciteten i almen praksis, ved at regionen stiller en bil med klinikudstyr til rådighed for større eller flere praksis, som driver ordningen i fællesskab. Mobilklinikken kan betjenes af f.eks. en kompetent sygeplejerske og skal køre ud til ældre borgere og kronikere, som ellers ville have svært ved at komme i klinikken. Med den nye mobile klinik kan antallet af patienter i den enkelte praksis øges. Projektet er under udarbejdelse.

#### Boks 14: Praksisklinikker i Region Hovedstaden

##### *Midlertidige praksisklinikker i København og på Frederiksberg*

Som følge af vanskeligheder med at sikre lægedækningen i Københavnsområdet efter en række ophør af læger og en massiv befolkningstilvækst i Københavns og Frederiksberg kommuner, etablerede regionen i oktober 2018 to midlertidige regionsklinikker på hhv. Amager og Frederiksberg Hospital. Løsningen er etableret for et år og skal kunne dække det akut opståede behov, indtil en mere langsigtet løsning er tilvejebragt.

##### *Regionsklinik på Bornholm*

Derudover oprettede regionen i maj 2016 en regional praksisklinik på Bornholms Hospital for at sikre lægedækningen efter to praktiserende lægers ophør på øen. Efter ansøgning til Sundheds- og Ældreministeriet har regionen fået tilladelse til at drive klinikken i 6 år.

*Kilde: Opgjort på baggrund af oplysninger fra Region Hovedstaden.*

#### 4.2.9. Rekrutteringstiltag i de øvrige regioner

Alle regioner arbejder med initiativer, der skal øge rekrutteringen af yngre læger. Nedenfor beskrives til inspiration indsatser fra de øvrige regioner.

##### Boks 15: Initiativer vedr. rekruttering af yngre læger i de øvrige regioner

I Region Syddanmark skaber en rekrutteringsfunktion kontakt til og er bindeled og match-maker mellem eksisterende praktiserende læger og yngre læger. Herunder formidles også oplysninger om eksisterende praksis der ønskes solgt. Rekrutteringsfunktionen planlægger og inviterer desuden til arrangementer og netværksdannelse, der kan vække yngre læger og medicinstudenters interesse for erhvervet, herunder er der fokus på at eksisterende læger kan videregive deres gode erfaringer fra livet som praktiserende læger.

I Region Sjælland er der udviklet forskellige tilbud, der kan understøtte processen henimod yngre lægers etablering i almen praksis, herunder overtagelse af eksisterende praksis. Tilbuddene er målrettet dels læger, som er kommende købere og dels læger som er kommende sælgere af en klinik.

Som en del af tilbuddet arrangeres halvårligt møder, der bringer kommende købere og sælgere sammen. Derudover tilbydes der rådgivning til læger, der ønsker at sælge, med fokus på, hjælp/tips til, hvad der kan gøre praksis attraktiv i yngre lægers øjne. Der tilbydes en samtale i klinikken, der tager udgangspunkt i et 'tilstandstjek' af klinikken bl.a. med fokus på at fremhæve klinikens attraktive sider, og at identificere eventuelle indsatser, der kan forstærke en salgssituation.

I Region Midtjylland arbejdes der på en række indsatser, der kan øge rekrutteringen til almen praksis. Blandt andet peges der på muligheden for kombinerede stillinger mellem sygehus og almen praksis og en mentorordning, hvor en erfaren læge tilknyttes ny-nedsatte læger i en periode.

I Region Nordjylland er der en række initiativer rettet mod studerende med fokus på at motivere til valg af almen praksis og etablering i regionen, herunder bl.a. udviklet klinikophold i almen praksis og mulighed for sommerpraktik under medicinstudiet. Uddannelseslægerne har desuden stor medbestemmelse i fht. valg af uddannelsessted og derudover har regionen et tæt samarbejde med PLO-Nordjylland om personlig kontakt til samtlige uddannelseslæger som er i den sidste del af hoveduddannelsesforløbet (fase 2/fase 3) med henblik på at tilbyde rådgivning og vejledning i forhold til afklaring af muligheder for nedsættelse i almen praksis i Region Nordjylland.

*Opgjort på baggrund af oplysninger fra de enkelte regioner, herunder hjemmesider.*

## 5. Ordforklaringsliste

**Læge/Almen læge.** Speciallæge i almen medicin med autorisation. I opgørelsen af antal læger inkluderes både ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

**Kapacitet.** Antal kapaciteter dækker over antal fuldtidspraktiserende læger tilknyttet overenskomsten om almen læge. For almen lægehjælp gælder det, at én kapacitet svarer til én læge, der arbejder fuld tid i klinikken.

**Aktiv kapacitet.** Kapacitet, der er tildelt en alment praktiserende læge, som behandler patienter. Er i opgørelsen inkl. ubesatte kapaciteter.

**Ikke-aktiv kapacitet.** Kapaciteter, der er eller skal i opslag, samt tildelte kapaciteter som endnu ikke er åbne for patienter. Ikke-aktive kapaciteter kan være nye kapaciteter eller ledigblevne kapaciteter, som er leveret tilbage til regionen.

**Ubesat kapacitet.** Kapacitet, der er aktiv og tilknyttet en eksisterende praksis, men hvor kapaciteten endnu ikke er tilknyttet en læge. Regionen har *ikke* råderet over ubesatte kapaciteter.

**Praksis.** Antal praksis er i opgørelserne opgjort som antal ydernumre. Et ydernummer er det nummer, som en praktiserende læge anvender til afregning af ydelser overfor regionen. En praksis kan have flere kapaciteter.

**Praksisformer.** Almen praksis kan i henhold til overenskomsten drives som enkeltmandspraksis eller kompagniskabspraksis. Begge disse kan efter overenskomsten drives som delepraksis, se nedenfor. Både enkeltmandspraksis og kompagniskabspraksis kan endvidere fungere i samarbejdspraksis eller netværkspraksis.

**Enkeltmandspraksis.** Praksis, der drives af én læge uden fællesskab med andre læger om patienter og økonomi. En enkeltmandspraksis råder over én lægekapacitet.

**Kompagniskabspraksis.** Praksis, der drives af to eller flere læger, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. En kompagniskabspraksis råder over to eller flere lægekapaciteter.

**Delepraksis.** Hensynet til læger med behov for nedsat arbejdsmængde i almen praksis kan tilgodeses via delepraksis. Ved delepraksis forstås, at praksis gives mulighed for at optage en ekstra læge i praksis uden tildeling af ekstra kapacitet. Jf. overenskomsten for almen praksis, kan delepraksissen gøres betinget af en mindste patientkapacitet.



**Samarbejdspraksis.** Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientkreds, hvor der findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og evt. personale.

**Netværkspraksis.** Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientkreds. Der forekommer ikke lokalefællesskab, men helt eller delvist fællesskab om klinikpersonale og/eller klinikudstyr. Læger, der indgår i netværkspraksissen, fungerer som stedfortrædere for hinanden ved sygdom eller andet fravær.

**Regionsklinik.** I Region Hovedstaden findes tre regionsklinikker, som er oprettet som et midlertidigt almen medicinsk lægetilbud jfr. sundhedslovens § 227, stk. 6. To af regionsklinikkerne er midlertidige klinikker drives på Frederiksberg og Amager. Regionsklinikken på Bornholm drives som regionsklinik efter tilladelse fra ministeriet i 6 år.

**Sikrede.** Alle borgere med bopæl i Danmark har ret til gratis behandling hos en praktiserende læge og tilskud til medicin mv. I analysen indgår kun sikringsgruppe 1, som omfatter borgere, der er tilmeldt en bestemt almen praksis, og skal have henvisning til behandling hos speciallæger, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer.

**Plan- og planlægningsområder.** Region Hovedstaden er inddelt i fire planområder (Nord, Midt, Syd og Byen), som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Bornholm, som er en del af planområde Byen, opgøres for sig selv, pga. områdets særlige geografiske beliggenhed. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune.

**Lægedækningstruet område iht. Praksisplanen.** Af overenskomsten om almen praksis fremgår, at almen praksis i lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen, har en række udvidede muligheder bl.a. i form af mere fleksible rammer for ansættelse af læger og adgang til etablering af delepraksis. De lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen er fastlagt ud fra en model, hvor følgende elementer har indgået: sårbare områder, andel praksis lukket for tilgang, befolkningstilvækst, antal ikke-aktiverede kapaciteter, genopslag, samt midlertidige praksisklinikker.

**Uddannelse i almen medicin.** Den almenmedicinske speciallægeuddannelse. Uddannelsen tager 5 år, og består af en klinisk basisuddannelse, et introduktionsforløb og et hoveduddannelsesforløb.

**Introduktionsforløb.** En del af speciallægeuddannelsen med en varighed på 6-12 måneder, som skal give den yngre læge mulighed for at stifte bekendtskab med og afprøve et speciale inden ansættelse i et hoveduddannelsesforløb. Introduktionsforløbet gennemføres efter den kliniske basisuddannelse i speciallægeuddannelsen.

**Hoveduddannelsesforløb.** Den afsluttende del af uddannelsen til speciallæge. For speciallæger i almen medicin varer forløbet 54 måneder og finder sted ved ansættelse i godkendte uddannelsespraksis og på hospitalsafdelinger.

## 6. Bilag

**Tabel 1:** Udvikling i antal praktiserende læger (2015-2019)

**Tabel 2:** Antal praktiserende læger (2019) fordelt på planlægningsområder

**Tabel 3:** Antal praktiserende læger fordelt på aldersgrupper og praksisform (2019)

**Tabel 4:** Andel læger (%) over 65 år fordelt på planlægningsområder (2019)

**Tabel 5:** Forventet kapacitetsbehov ift. pensionering af læger (2019-2023)

**Tabel 6:** Udvikling i antal praksis fordelt på planområder (2015-2019)

**Tabel 7:** Antal praksis fordelt på planlægningsområder (2019)

**Tabel 8:** Antal praksis med mere eller mindre formaliseret samarbejde med andre praksis (2018)

**Tabel 9:** Typer af mere eller mindre formaliseret samarbejde med andre praksis (2018)

**Tabel 10:** Antal praksis med mere eller mindre formaliseret samarbejde med andre praksis fordelt på praksisformer (2018)

**Tabel 11:** Antal praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber fordelt på planområder (2018)

**Tabel 12:** Antal praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber fordelt på praksisformer (2018)

**Tabel 13:** Antal praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger fordelt på planområder (2018)

**Tabel 14:** Antal praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger fordelt på praksisformer (2018)

**Tabel 15:** Antal praksis med ansat sundhedsfagligt personale i praksis (2018)

**Tabel 16:** Andel praksis med lukket for tilgang fordelt på planlægningsområder (2018-2019)

**Tabel 17:** Befolkningsudvikling fordelt på plan- og planlægningsområder (2015-2018)

**Figur 1:** Befolkningsudvikling fordelt på planlægningsområder (2015-2018)

**Tabel 18:** Befolkningsprognose (2019-2023)

**Figur 2:** Region Hovedstadens sårbarhedsmodel (2018)

**Tabel 19:** Indtjening pr. sikret fordelt på planlægningsområder (2018)

**Tabel 20:** Antal ubesatte kapaciteter (2019)

**Tabel 21:** Aktive kapaciteter (2019)

**Tabel 22:** Udvikling i aktive kapaciteter fordelt på planområder (2015-2019)

**Tabel 23:** Tildelte ikke-aktive kapaciteter (2019)

**Tabel 24:** Forventet kapacitetsbehov ift. befolkningstilvækst (2019-2023)

**Tabel 25:** Gennemsnitligt antal sikret pr. kapacitet fordelt på planlægningsområder (2019)

**Tabel 26:** Udvikling i gennemsnitligt antal sikret pr. kapacitet (2015-2019)

**Tabel 27:** Oversigt over uddannelsespladser, uddannelsespraksis og hoveduddannelsesstillinger til uddannelseslæger i almen medicin (2019)

**Figur 3:** Oversigt over Region Hovedstadens lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen (2019)

**Figur 4:** Tiltag der kan lette praktiserende lægers arbejdsbyrde (2019)

**Figur 5:** Handleplan ved ophør uden overdragelse af praksis til anden læge (2018)

**Figur 6:** Proces for opfølgning på tildelte kapaciteter (2019)

Tabel 1: Udvikling i antal praktiserende læger (2015-2019)

Planområde	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
	<i>Antal</i>					<i>Ændring (%)</i>
Nord	211	208	208	205	208	-1,4
Midt	296	294	291	286	291	-1,7
Byen	273	266	264	261	266	-2,6
Syd	308	306	300	305	308	0,0
Bornholm	29	29	30	30	23	-26,1
<b>Total</b>	<b>1.117</b>	<b>1.103</b>	<b>1.093</b>	<b>1.087</b>	<b>1.096</b>	<b>-1,9</b>

Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018) og 11. februar (2019). Note: Antal læger inkluderer ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

Tabel 2: Antal praktiserende læger (2019)

Planområde/planlægningsområde	Læger	Andel af område (%)	Andel af samlet
<b>Bornholm</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>2,1</b>
Bornholms Regionskommune	23	100,0	2,1
<b>Byen</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>	<b>24,3</b>
Bispebjerg	18	6,8	1,6
Brønshøj-Husum	21	7,9	1,9
Frederiksberg Kommune	61	22,9	5,6
Indre By	43	16,2	3,9
Nørrebro	42	15,8	3,8
Vanløse	25	9,4	2,3
Østerbro	56	21,1	5,1
<b>Midt</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>	<b>26,6</b>
Ballerup Kommune	40	13,7	3,6
Egedal Kommune	22	7,6	2,0
Furesø Kommune	24	8,2	2,2
Gentofte Kommune	47	16,2	4,3
Gladsaxe Kommune	40	13,7	3,6
Herlev Kommune	17	5,8	1,6
Lyngby-Taarbæk Kommune	41	14,1	3,7
Rudersdal Kommune	36	12,4	3,3
Rødovre Kommune	24	8,2	2,2
<b>Nord</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>	<b>19,0</b>
Allerød Kommune	17	8,2	1,6
Fredensborg Kommune	23	11,1	2,1
Frederikssund Kommune	30	14,4	2,7
Gribskov Kommune	26	12,5	2,4
Halsnæs Kommune	19	9,1	1,7
Helsingør Kommune	41	19,7	3,7
Hillerød Kommune	32	15,4	2,9
Hørsholm Kommune	20	9,6	1,8
<b>Syd</b>	<b>308</b>	<b>100,0</b>	<b>28,1</b>
Albertslund Kommune	19	6,2	1,7
Amager	70	22,7	6,4
Brøndby Kommune	23	7,5	2,1
Dragør Kommune	6	1,9	0,5
Glostrup Kommune	11	3,6	1,0
Hvidovre Kommune	31	10,1	2,8
Høje-Taastrup Kommune	32	10,4	2,9
Ishøj Kommune	11	3,6	1,0
Tårnby Kommune	26	8,4	2,4
Valby	32	10,4	2,9
Vallensbæk Kommune	10	3,2	0,9
Vesterbro	37	12,0	3,4
<b>Total</b>	<b>1096</b>		

Kilde: NOTUS Regional pr. 11. februar 2019. Note: Antal læger inkluderer ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

Tablet 3: Antal praktiserende læger fordelt på aldersgrupper og praksisform (2019)

Praksisform	Antal læger	Andel (%)
<b>Delepraksis</b>		
30-39 år	3	3%
40-49 år	40	38%
50-59 år	36	34%
>60 år	27	25%
Total	106	100%
<b>Enkeltmandspraksis</b>		
30-39 år	10	3%
40-49 år	83	23%
50-59 år	117	32%
>60 år	153	42%
Total	363	100%
<b>Kompagniskabspraksis</b>		
30-39 år	43	7%
40-49 år	291	47%
50-59 år	171	27%
>60 år	119	19%
Total	624	100%
<b>Total</b>	<b>1093</b>	

Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 11. februar (2019). Note: Tallene summerer ikke til Region Hovedstadens totale antal læger på 1096, da opgørelsen ikke medtager regionsklinikkerne. Antal læger inkluderer ansatte læger §20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21).

Tabel 4: Andel læger (%) over 65 år (2019)

Planområde/ Planlægningsområde	Andel læger over 65 år
<b>Bornholm</b>	17%
Bornholms Region	17%
<b>Byen</b>	13%
Bispebjerg	22%
Brønshøj-Husum	10%
Frederiksberg	18%
Indre By	9%
Nørrebro	14%
Vanløse	4%
Østerbro	11%
<b>Midt</b>	16%
Ballerup	18%
Egedal	9%
Furesø	13%
Gentofte	23%
Gladsaxe	13%
Herlev	24%
Lyngby-Taarbæk	10%
Rudersdal	25%
Rødovre	4%
<b>Nord</b>	11%
Allerød	18%
Fredensborg	9%
Frederikssund	13%
Gribskov	8%
Halsnæs	11%
Helsingør	17%
Hillerød	3%
Hørsholm	5%
<b>Syd</b>	19%
Albertslund	21%
Amager	20%
Brøndby	35%
Dragør	17%
Glostrup	9%
Hvidovre	19%
Høje-Taastrup	19%
Ishøj	36%
Tårnby	15%
Valby	13%
Vallensbæk	10%
Vesterbro	14%
<b>Total</b>	15%

Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 11. februar (2019). Note: Antal læger inkluderer ansatte læger (§20 stk.1), delekompagnon, ejer og ekstra læge (§21). Rød markering indikerer at 25% eller flere af lægerne i området er over 65 år.



Tabel 5: Kapacitetsbehov ift. pensionering af læger (2019-2023)

Planområde/Planlægningsområder	Kapacitetsbehov ift. pensionering (2019-2023)
<b>Bornholm</b>	<b>2</b>
Bornholm	2
<b>Byen</b>	<b>30</b>
Bispebjerg	3
Brønshøj-Husum	1
Frederiksberg	9
Indre by	3
Nørrebro	8
Vanløse	3
Østerbro	3
<b>Midt</b>	<b>43</b>
Ballerup	7
Egedal	1
Furesø	7
Gentofte	9
Gladsaxe	2
Herlev	7
Lyngby-Taarbæk	4
Rudersdal	6
Rødovre	0
<b>Nord</b>	<b>20</b>
Allerød	5
Fredensborg	2
Frederikssund	1
Gribskov	1
Halsnæs	2
Helsingør	4
Hillerød	2
Hørsholm	3
<b>Syd</b>	<b>48</b>
Albertslund	5
Amager	10
Brøndby	6
Dragør	0
Glostrup	2
Hvidovre	7
Høje-Taastrup	2
Ishøj	2
Tårnby	5
Valby	4
Vallensbæk	1
Vesterbro	4
<b>Total</b>	<b>143</b>

Kilde: Region Hovedstadens prognosemodel 2018.

Tabel 6: Udvikling i antal praksis fordelt på planområder (2015-2019)

Planområde	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
	<i>Antal</i>					<i>Ændring (%)</i>
Nord	100	100	101	98	96	-4,0
Midt	189	185	175	168	164	-13,2
Byen	200	191	184	177	171	-14,5
Syd	202	195	186	182	181	-10,4
Bornholm	11	11	12	12	12	9,1
<b>Total</b>	<b>702</b>	<b>682</b>	<b>658</b>	<b>637</b>	<b>624</b>	<b>-11,1</b>

Kilde: NOTUS Regional d. 11. februar 2019 med opgørelsesdato pr. 1 oktober (2015-2018) og d. 6. maj med opgørelsesdato d. 6. maj (2019).

Tabel 7: Antal praksis (2019)

Planområde/planlægningsområde	Antal praksis
<b>Bornholm</b>	<b>12</b>
Bornholms Regionskommune	12
<b>Byen</b>	<b>171</b>
Bispebjerg	13
Brønshøj-Husum	13
Frederiksberg Kommune	46
Indre By	20
Nørrebro	28
Vanløse	15
Østerbro	36
<b>Midt</b>	<b>164</b>
Ballerup Kommune	20
Egedal Kommune	6
Furesø Kommune	15
Gentofte Kommune	31
Gladsaxe Kommune	26
Herlev Kommune	9
Lyngby-Taarbæk Kommune	22
Rudersdal Kommune	25
Rødovre Kommune	10
<b>Nord</b>	<b>96</b>
Allerød Kommune	9
Fredensborg Kommune	14
Frederikssund Kommune	11
Gribskov Kommune	9
Halsnæs Kommune	7
Helsingør Kommune	22
Hillerød Kommune	15
Hørsholm Kommune	9
<b>Syd</b>	<b>181</b>
Albertslund Kommune	13
Amager	41
Brøndby Kommune	15
Dragør Kommune	5
Glostrup Kommune	6
Hvidovre Kommune	19
Høje-Taastrup Kommune	20
Ishøj Kommune	6
Tårnby Kommune	14
Valby	16
Vallensbæk Kommune	6
Vesterbro	20
<b>Hovedtotal</b>	<b>624</b>

Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj med opgørelsesdato d. 6. maj (2019).

Tabel 8: Antal praksis med samarbejde med andre praksis (2018)

Formaliseret samarbejde med andre praksis	Antal praksis	Svarprocenter
Ja	322	65%
Nej	163	33%
Ingen svar	9	2%
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>100%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis.

Tabel 9: Typer af samarbejde med andre praksis (2018)

Type af formaliseret samarbejde	Antal praksis	Andel af samlet (%)
Andet	142	44%
Netværkspraksis	37	12%
Samarbejdspraksis	142	44%
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis, hvoraf 322 praksis har tilkendegivet, at praksis indgår i et mere eller mindre formaliseret samarbejde med andre praksis. Sidste kolonne angiver hvor mange procent, af de praksis indgår i et mere eller mindre formaliseret samarbejde, der har svaret 'andet', 'netværkspraksis' og 'samarbejdspraksis' ( $142/321=0,44$ ). Der er én praksis, der ikke har uddybet sit svar vedr. formaliseret samarbejde, hvorfor totalen kun er 321.

Tabel 10: Antal praksis med samarbejde med andre praksis fordelt på praksisformer (2018)

Praksisform	Antal praksis der har deltaget i høringen	Antal praksis med formaliseret samarbejde	Andel praksisform med formaliseret samarbejde
Delepraksis	35	19	54%
Enkeltmandspraksis	282	218	77%
Kompagniskabspraksis	177	85	48%
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>322</b>	<b>65%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis. Den procentvise fordeling er beregnet som anden kolonne divideret med første kolonne (f.eks.  $19/35 = 0,54$ ) og summer derfor ikke op til 100%.

Tabel 11: Antal praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber fordelt på planområder (2018)

Planområde	Antal praksis der har deltaget i høringen	Antal praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber	Andel praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber
Bornholm	10	0	0%
Byen	135	8	6%
Midt	127	10	8%
Nord	74	6	8%
Syd	148	10	7%
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>34</b>	<b>7%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis, hvoraf 7% samlet set har tilkendegivet, at ønsker at flytte i større praksisfællesskaber. Den procentvise fordeling i sidste kolonne er beregnet som anden kolonne divideret med første kolonne (f.eks.  $8/135=0,06$ ).

Tabel 12: Antal praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber fordelt på praksisformer (2018)

Praksisform	Antal praksis der har deltaget i høringen	Antal praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber	Andel praksis med ønske om at flytte i større praksisfællesskaber
Delepraksis	35	2	6%
Enkeltmandspraksis	282	21	7%
Kompagniskabspraksis	177	11	6%
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>34</b>	<b>7%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring for 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis, hvoraf 7% samlet set har tilkendegivet, at ønsker at flytte i større praksisfællesskaber. Den procentvise fordeling i sidste kolonne er beregnet som anden kolonne divideret med første kolonne (f.eks.  $2/35 = 0,06$ ).

Tabel 13: Antal praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger fordelt på planområder (2018)

Planområde	Antal praksis der har deltaget i høringen	Antal praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger	Andel praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger
Bornholm	10	1	10%
Byen	135	15	11%
Midt	127	16	13%
Nord	74	5	7%
Syd	148	12	8%
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>49</b>	<b>10%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis, hvoraf 10% samlet set har tilkendegivet, at ønsker at sammen med andre læger. Den procentvise fordeling i sidste kolonne er beregnet som anden kolonne divideret med første kolonne (fx  $1/10 = 0,1$ )

Tabel 14: Antal praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger fordelt på praksisformer (2018)

Praksisform	Antal praksis der har deltaget i høringen	Antal praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger	Andel praksis med ønske om at flytte sammen med andre læger
Delepraksis	35	3	9%
Enkeltmandspraksis	282	36	13%
Kompagniskabspraksis	177	10	6%
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>49</b>	<b>10%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis, hvoraf 10% samlet set har tilkendegivet, at ønsker at sammen med andre læger. Den procentvise fordeling i sidste kolonne er beregnet som anden kolonne divideret med første kolonne (fx  $3/35 = 0,09$ ).

Tabel 15: Antal praksis med ansat sundhedsfagligt personale i praksis (2018)

Sundhedsfagligt personale i praksis	Antal praksis	Svarprocenter
Ja	459	93%
Nej	25	5%
Ingen svar	10	2%
<b>Total</b>	<b>494</b>	<b>100%</b>

Kilde: Region Hovedstadens Lægehøring 2018. Note: Lægehøringen baserer sig på svar fra i alt 494 praksis, hvoraf 93% samlet set har tilkendegivet, at praksis har ansat sundhedsfagligt personale. 2% har ikke svaret på dette spørgsmål.

Tabel 16: Andel praksis med lukket for tilgang (2018-2019)

Planområde/ Planlægnings-område	Andel praksis lukket for tilgang (%)							
	14-09-2018	04-10-2018	11-12-2018	14-01-2019	11-02-2019	04-03-2019	01-04-2019	06-05-2019
<b>Bornholm</b>	58%	58%	50%	58%	58%	67%	75%	75%
Bornholm	58%	58%	50%	58%	58%	67%	75%	75%
<b>Byen</b>	100%	99%	99%	99%	98%	98%	97%	95%
Bispebjerg	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Brønshøj-Husum	100%	100%	100%	100%	93%	93%	92%	92%
Frederiksberg	100%	98%	100%	100%	100%	100%	96%	96%
Indre By	100%	100%	100%	95%	100%	100%	95%	90%
Nørrebro	100%	100%	100%	100%	96%	96%	100%	93%
Vanløse	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Østerbro	100%	100%	95%	100%	97%	97%	97%	94%
<b>Midt</b>	80%	76%	78%	78%	73%	76%	71%	73%
Ballerup	95%	90%	90%	90%	65%	75%	65%	85%
Egedal	33%	50%	33%	67%	67%	83%	83%	83%
Furesø	75%	81%	81%	88%	94%	94%	93%	93%
Gentofte	88%	88%	84%	88%	84%	77%	77%	71%
Gladsaxe	93%	88%	96%	96%	96%	100%	92%	88%
Herlev	91%	90%	90%	89%	89%	89%	89%	89%
Lyngby-Taarbæk	64%	50%	68%	59%	50%	59%	43%	41%
Rudersdal	56%	48%	44%	40%	40%	40%	44%	44%
Rødovre	100%	100%	100%	90%	80%	90%	90%	100%
<b>Nord</b>	60%	55%	54%	59%	58%	59%	53%	50%
Allerød	78%	67%	78%	78%	78%	89%	67%	67%
Fredensborg	43%	29%	29%	57%	57%	64%	57%	50%
Frederikssund	55%	55%	55%	55%	55%	55%	45%	45%
Gribskov	30%	22%	11%	33%	44%	44%	44%	44%
Halsnæs	57%	43%	43%	29%	14%	14%	14%	0%
Helsingør	65%	61%	61%	52%	57%	55%	50%	45%
Hillerød	88%	88%	81%	94%	80%	80%	73%	73%
Hørsholm	44%	56%	56%	56%	56%	56%	56%	56%
<b>Syd</b>	91%	88%	89%	90%	91%	89%	83%	85%
Albertslund	77%	69%	69%	85%	85%	85%	62%	77%
Amager	100%	100%	100%	93%	100%	100%	98%	95%
Brøndby	80%	80%	87%	87%	87%	80%	80%	80%
Dragør	60%	60%	60%	100%	100%	100%	80%	80%
Glostrup	100%	100%	86%	100%	100%	100%	83%	83%
Hvidovre	100%	95%	100%	100%	100%	100%	89%	89%
Høje-Taastrup	70%	65%	70%	60%	55%	60%	60%	60%
Ishøj	40%	20%	33%	50%	50%	50%	33%	33%
Tårnby	100%	100%	93%	100%	100%	93%	93%	86%
Valby	100%	100%	100%	100%	94%	94%	88%	100%
Vallensbæk	100%	100%	100%	100%	100%	83%	67%	67%
Vesterbro	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Hovedtotal</b>	85%	83%	83%	84%	82%	83%	79%	79%

Kilde: NOTUS Regional, september 2018-maj 2019. Der er indtil 2019 ikke opgjort åbne-lukke-status med faste mellemrum. Rød markering = 100% lukket, lyserød markering = over 85% lukket.

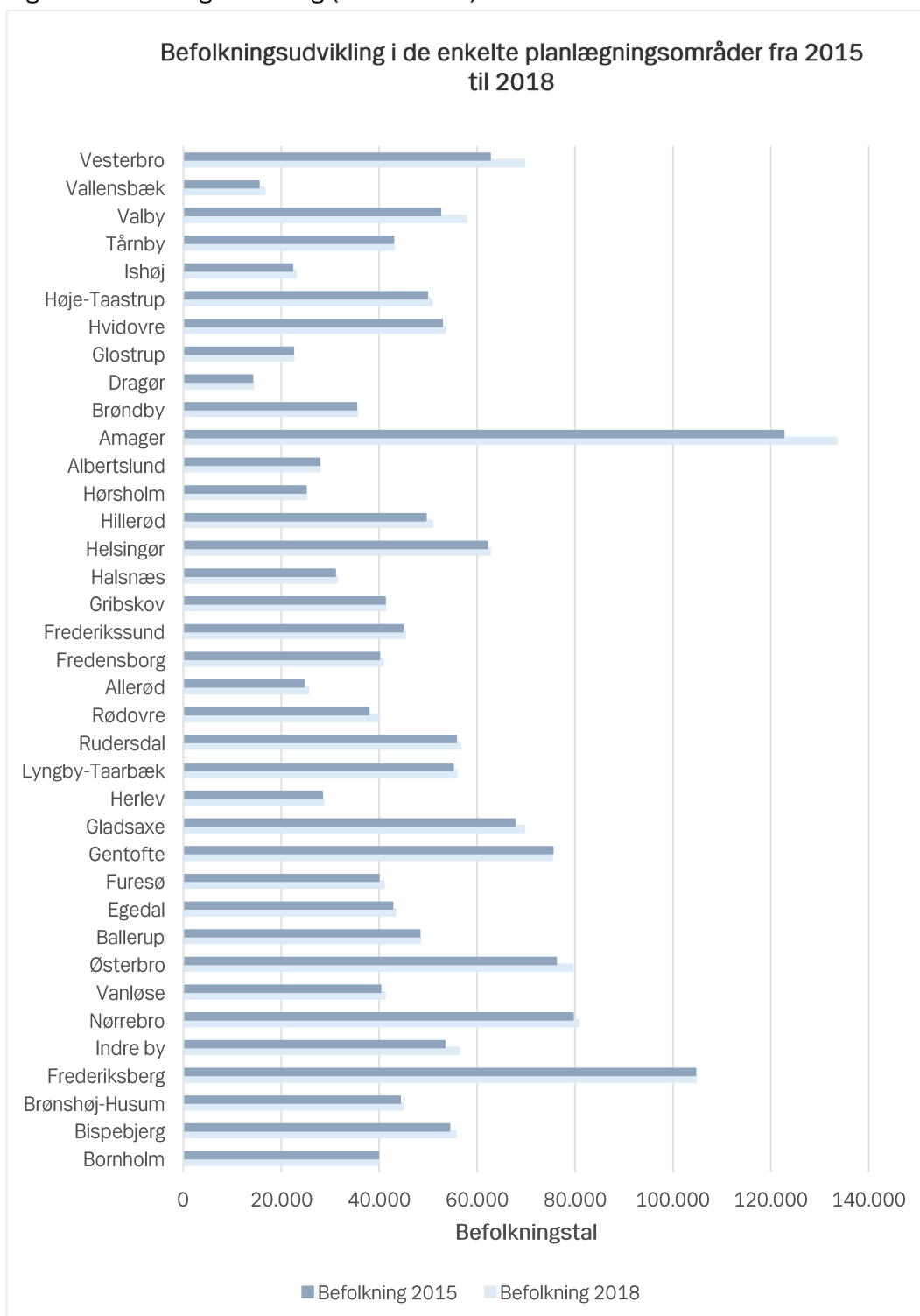
Tabel 17: Befolkningsudvikling fordelt på planlægningsområder (2015-2018)

Planområde/ Planlægningsområder	Befolkningstal 2015	Befolkningstal 2016	Befolkningstal 2017	Befolkningstal 2018
<b>Bornholm</b>	<b>39.776</b>	<b>39.750</b>	<b>39.718</b>	<b>39.669</b>
Bornholm	39.776	39.750	39.718	39.669
<b>Byen</b>	<b>452.555</b>	<b>458.561</b>	<b>461.562</b>	<b>463.117</b>
Bispebjerg	54.327	55.232	55.364	55.628
Brønshøj-Husum	44.287	44.645	44.754	44.958
Frederiksberg	104.612	105.192	105.132	104.735
Indre by	53.359	55.095	55.554	56.326
Nørrebro	79.579	80.064	80.779	80.838
Vanløse	40.258	40.635	40.755	41.156
Østerbro	76.133	77.698	79.224	79.476
<b>Midt</b>	<b>451.166</b>	<b>454.613</b>	<b>456.967</b>	<b>458.364</b>
Ballerup	48.246	48.300	48.233	48.377
Egedal	42.743	42.915	43.006	43.267
Furesø	39.934	40.604	40.798	40.924
Gentofte	75.474	75.980	75.878	75.265
Gladsaxe	67.749	68.578	69.483	69.624
Herlev	28.360	28.408	28.546	28.625
Lyngby-Taarbæk	55.091	55.396	55.757	55.850
Rudersdal	55.705	56.110	56.159	56.545
Rødovre	37.864	38.322	39.107	39.887
<b>Nord</b>	<b>318.298</b>	<b>320.461</b>	<b>321.900</b>	<b>322.965</b>
Allerød	24.633	24.925	25.236	25.544
Fredensborg	40.036	40.470	40.778	40.764
Frederikssund	44.796	45.030	45.162	45.373
Gribskov	41.170	41.280	41.269	41.280
Halsnæs	31.002	31.159	31.315	31.378
Helsingør	62.093	62.554	62.676	62.661
Hillerød	49.546	50.050	50.351	50.874
Hørsholm	25.022	24.993	25.113	25.091
<b>Syd</b>	<b>520.677</b>	<b>529.195</b>	<b>537.458</b>	<b>548.001</b>
Albertslund	27.758	27.870	27.821	27.859
Amager	122.618	125.582	129.151	133.438
Brøndby	35.325	35.516	35.538	35.555
Dragør	14.106	14.225	14.269	14.279
Glostrup	22.483	22.493	22.628	22.533
Hvidovre	52.857	53.064	53.254	53.498
Høje-Taastrup	49.821	50.252	50.514	50.718
Ishøj	22.284	22.679	22.894	22.989
Tårnby	42.882	43.043	43.089	43.033
Valby	52.523	54.177	55.297	57.804
Vallensbæk	15.402	15.643	16.031	16.642
Vesterbro	62.618	64.651	66.972	69.653
<b>Total</b>	<b>1.782.472</b>	<b>1.802.580</b>	<b>1.821.577</b>	<b>1.832.116</b>

Kilde: Danmarks Statistik pr. 1 okt. 2015, 2016, 2017 og 2018.



Figur 1: Befolkningsudvikling (2015-2018)



Kilde: Danmarks Statistik pr. 1 okt. 2015 og 2018.

Tabel 18: Befolkningsprognose (2019-2023)

Planområde/ Planlægningsområde	Forventet befolkningstilvækst					2019- 2023
	2019	2020	2021	2022	2023	
<b>Bornholm</b>	<b>-226</b>	<b>-243</b>	<b>-224</b>	<b>-211</b>	<b>-193</b>	<b>-1.097</b>
Bornholm	-226	-243	-224	-211	-193	-1.097
<b>Byen</b>	<b>3.752</b>	<b>4.239</b>	<b>4.885</b>	<b>4.654</b>	<b>4.475</b>	<b>22.005</b>
Bispebjerg	217	273	376	359	315	1.540
Brønshøj-Husum	300	363	557	608	613	2.441
Frederiksberg	797	811	733	691	662	3.694
Indre by	384	590	664	691	705	3.034
Nørrebro	1.286	958	1.001	821	679	4.745
Vanløse	235	346	402	320	342	1.645
Østerbro	533	898	1.152	1.164	1.159	4.906
<b>Midt</b>	<b>2.641</b>	<b>2.719</b>	<b>2.501</b>	<b>2.428</b>	<b>2.448</b>	<b>12.737</b>
Ballerup	80	93	64	63	67	367
Egedal	144	106	97	98	98	543
Furesø	405	418	401	391	392	2.007
Gentofte	378	361	316	309	316	1.680
Gladsaxe	600	648	609	588	584	3.029
Herlev	385	393	378	364	357	1.877
Lyngby-Taarbæk	234	243	223	214	218	1.132
Rudersdal	112	118	91	86	100	507
Rødovre	303	339	322	315	316	1.595
<b>Nord</b>	<b>1.159</b>	<b>1.119</b>	<b>1.037</b>	<b>969</b>	<b>966</b>	<b>5.250</b>
Allerød	95	97	99	97	102	490
Fredensborg	206	215	198	186	186	991
Frederikssund	131	109	95	85	83	503
Gribskov	76	68	59	50	49	302
Halsnæs	124	112	105	98	98	537
Helsingør	186	173	160	153	150	822
Hillerød	317	325	306	286	275	1.509
Hørsholm	24	20	15	14	23	96
<b>Syd</b>	<b>10.539</b>	<b>10.002</b>	<b>8.718</b>	<b>8.325</b>	<b>7.926</b>	<b>45.510</b>
Albertslund	31	64	50	45	45	235
Amager	4.715	3.540	3.105	3.060	3.008	17.428
Brøndby	372	409	389	373	368	1.911
Dragør	48	44	45	46	53	236
Glostrup	184	198	183	172	165	902
Hvidovre	423	457	428	413	412	2.133
Høje-Taastrup	411	460	428	402	391	2.092
Ishøj	382	398	375	357	347	1.859
Tårnby	305	297	286	284	292	1.464
Valby	1.456	1.406	1.287	1.076	887	6.112
Vallensbæk	168	189	173	165	157	852
Vesterbro	2.044	2.540	1.969	1.932	1.801	10.286
<b>Total</b>	<b>17.865</b>	<b>17.836</b>	<b>16.917</b>	<b>16.165</b>	<b>15.622</b>	<b>84.405</b>

Kilde: Danmarks statistiks befolkningsfremskrivning 2018.

Figur 2: Region Hovedstadens sårbarhedsmodel (2018)

	PARAMETRE			SÅRBARHEDSVURDERING	
	Andel indvandrere og efterkommere (2018, K4)	Andel personer ekskl. stud. med max 50 pct. af medianindkomsten (2018, K1)	Indbyggere ≥ 75 år (2018, K4)	Vægtet parameter-værdi 2018	Status for område (sårbart, neutralt, ikke sårbart)
Vægtning	40%	40%	20%		
<b>Planlægningsområder</b>					
Albertslund	28,9%	7,2%	7,6%	15,9%	SÅRBART
Allerød	9,4%	3,0%	9,2%	6,8%	IKKE SÅRBART
Ballerup	16,6%	4,6%	10,4%	10,6%	IKKE SÅRBART
Bornholm	7,0%	4,9%	12,1%	7,2%	IKKE SÅRBART
Brøndby	33,4%	8,2%	8,6%	18,4%	SÅRBART
Dragør	8,5%	3,6%	11,0%	7,0%	IKKE SÅRBART
Egedal	9,5%	3,1%	7,7%	6,6%	IKKE SÅRBART
Fredensborg	18,0%	4,8%	8,8%	10,9%	IKKE SÅRBART
Frederiksberg	19,0%	6,5%	7,6%	11,7%	NEUTRALT
Frederikssund	8,2%	4,2%	9,9%	6,9%	IKKE SÅRBART
Furesø	15,6%	4,0%	10,1%	9,9%	IKKE SÅRBART
Gentofte	16,2%	5,9%	9,0%	10,6%	IKKE SÅRBART
Gladsaxe	21,6%	5,7%	7,5%	12,4%	NEUTRALT
Glostrup	20,3%	5,6%	8,9%	12,1%	NEUTRALT
Gribskov	8,3%	4,8%	10,5%	7,4%	IKKE SÅRBART
Halsnæs	11,2%	4,8%	9,9%	8,4%	IKKE SÅRBART
Helsingør	13,4%	5,6%	10,3%	9,6%	IKKE SÅRBART
Herlev	18,9%	4,6%	9,0%	11,2%	NEUTRALT
Hillerød	12,8%	4,6%	8,3%	8,6%	IKKE SÅRBART
Hvidovre	20,1%	5,3%	7,8%	11,7%	NEUTRALT
Høje-Taastrup	29,4%	7,1%	7,2%	16,0%	SÅRBART
Hørsholm	11,6%	4,1%	13,4%	8,9%	IKKE SÅRBART
Ishøj	40,1%	7,8%	5,9%	20,3%	SÅRBART
Lyngby-Taarbæk	15,0%	4,7%	9,1%	9,7%	IKKE SÅRBART
Rudersdal	12,8%	3,7%	11,3%	8,9%	IKKE SÅRBART
Rødovre	19,9%	5,8%	8,7%	12,0%	NEUTRALT
Tårnby	13,7%	4,8%	8,1%	9,0%	IKKE SÅRBART
Vallensbæk	26,7%	4,8%	7,8%	14,1%	NEUTRALT
Indre by	21,1%	9,5%	5,3%	13,3%	NEUTRALT
Østerbro	20,0%	7,6%	4,8%	12,0%	NEUTRALT
Nørrebro	26,6%	11,4%	2,6%	15,7%	SÅRBART
Vesterbro	24,2%	9,4%	2,3%	13,9%	NEUTRALT
Valby	25,2%	8,7%	4,2%	14,4%	NEUTRALT
Vanløse	18,1%	6,5%	4,9%	10,8%	IKKE SÅRBART
Brønshøj-Husum	36,7%	11,0%	5,6%	20,2%	SÅRBART
Bispebjerg	34,4%	12,5%	3,9%	19,6%	SÅRBART
Amager	24,1%	8,4%	3,6%	13,7%	NEUTRALT
I alt					

Figur 2 (fortsat)

Kategorisering af områder	
Ikke sårbart	Parameterværdi $\leq$ 11,1%
Neutralt	11,1% > Parameterværdi $\leq$ 15,7%
Sårbart	Parameterværdi > 15,7%

Kilde: Region Hovedstadens sårbarhedsmodel 2018.

Tabel 19: Indtjening pr. sikret fordelt på planlægningsområder (2018)

Planområde/ Planlægningsområde	Indtjening pr. patient
<b>Bornholm</b>	
Bornholms Region	1.465,21
<b>Byen</b>	
Bispebjerg	1.054,99
Brønshøj-Husum	1.087,31
Frederiksberg	1.105,08
Indre By	1.134,71
Nørrebro	1.075,21
Vanløse	1.197,22
Østerbro	1.112,81
<b>Midt</b>	
Ballerup	1.265,17
Egedal	1.214,73
Furesø	1.293,90
Gentofte	1.242,95
Gladsaxe	1.185,66
Herlev	1.242,96
Lyngby-Taarbæk	1.231,29
Rudersdal	1.270,47
Rødovre	1.239,92
<b>Nord</b>	
Allerød	1.246,28
Fredensborg	1.336,57
Frederikssund	1.356,48
Gribskov	1.370,71
Halsnæs	1.351,71
Helsingør	1.372,23
Hillerød	1.236,70
Hørsholm	1.392,15
<b>Syd</b>	
Albertslund	1.267,12
Amager	1.170,93
Brøndby	1.202,03
Dragør	1.320,77
Glostrup	1.223,58
Hvidovre	1.224,24
Høje-Taastrup	1.246,27
Ishøj	1.345,18
Tårnby	1.182,98
Valby	1.123,14
Vallensbæk	1.238,23
Vesterbro	1.145,95
<b>Total</b>	

Kilde: Targit. Indtjening inkluderer alle ydelser, ekskl. Profylakseydelser, samt basishonorar (afgrænsning: år 2018) (kube: producent)

Tabel 20: Antal ubesatte kapaciteter (2019)

Planområde / planlægningsområde	Antal ubesatte kapaciteter
<b>Bornholm</b>	<b>5</b>
Bornholms Region	5
<b>Byen</b>	<b>7</b>
Brønshøj-Husum	2
Indre By	2
Nørrebro	1
Østerbro	7
<b>Midt</b>	<b>12</b>
Ballerup	1
Furesø	1
Gentofte	3
Gladsaxe	2
Herlev	1
Lyngby-Taarbæk	1
Rudersdal	2
Rødovre	1
<b>Nord</b>	<b>3</b>
Halsnæs	1
Helsingør	2
<b>Syd</b>	<b>8</b>
Amager	3
Høje-Taastrup	1
Ishøj	1
Tårnby	1
Valby	1
Vesterbro	1
<b>Total</b>	<b>35</b>

Kilde: NOTUS Regional pr. 11. februar 2019.

Tabel 21: Aktive kapaciteter (2019)

Planområde/ planlægningsområde	Antal kapaciteter	Andel af område (%)	Andel af samlet (%)
<b>Bornholm</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>2,6</b>
Bornholms Regionskommune	28	100,0	2,6
<b>Byen</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>24,7</b>
Bispebjerg	18	6,8	1,7
Brønshøj-Husum	21	8,0	2,0
Frederiksberg Kommune	61	23,2	5,7
Indre By	42	16,0	3,9
Nørrebro	42	16,0	3,9
Vanløse	25	9,5	2,3
Østerbro	54	20,5	5,1
<b>Midt</b>	<b>276</b>	<b>100,0</b>	<b>25,9</b>
Ballerup Kommune	36	13,0	3,4
Egedal Kommune	22	8,0	2,1
Furesø Kommune	23	8,3	2,2
Gentofte Kommune	45	16,3	4,2
Gladsaxe Kommune	38	13,8	3,6
Herlev Kommune	16	5,8	1,5
Lyngby-Taarbæk Kommune	38	13,8	3,6
Rudersdal Kommune	34	12,3	3,2
Rødovre Kommune	24	8,7	2,3
<b>Nord</b>	<b>202</b>	<b>100,0</b>	<b>18,9</b>
Allerød Kommune	17	8,4	1,6
Fredensborg Kommune	21	10,4	2,0
Frederikssund Kommune	29	14,4	2,7
Gribskov Kommune	26	12,9	2,4
Halsnæs Kommune	18	8,9	1,7
Helsingør Kommune	40	19,8	3,8
Hillerød Kommune	32	15,8	3,0
Hørsholm Kommune	19	9,4	1,8
<b>Syd</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>	<b>27,9</b>
Albertslund Kommune	19	6,4	1,8
Amager	67	22,6	6,3
Brøndby Kommune	21	7,1	2,0
Dragør Kommune	6	2,0	0,6
Glostrup Kommune	11	3,7	1,0
Hvidovre Kommune	28	9,4	2,6
Høje-Taastrup Kommune	32	10,8	3,0
Ishøj Kommune	11	3,7	1,0
Tårnby Kommune	25	8,4	2,3
Valby	28	9,4	2,6
Vallensbæk Kommune	10	3,4	0,9
Vesterbro	39	13,1	3,7
<b>Total</b>	<b>1.066</b>		

Kilde: NOTUS Regional pr. 6. maj 2019. Note: Aktive kapaciteter inkluderer også ubesatte kapaciteter.

Tabel 22: Udvikling i aktive kapaciteter fordelt på planområder (2015-2019)

Planområde	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
	<i>Antal aktive kapaciteter</i>					<i>Ændring (%)</i>
Nord	199	199	199	197	202	1,5
Midt	276	277	275	271	276	0,0
Byen	261	259	261	258	263	0,8
Syd	295	295	286	293	297	0,7
Bornholm	27	26	27	28	28	3,7
<b>Total</b>	<b>1.058</b>	<b>1.056</b>	<b>1.048</b>	<b>1.047</b>	<b>1.066</b>	<b>0,8</b>

Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018 (opgjort fra NOTUS Regional pr. 1 oktober) (2015-2018) samt NOTUS Regional d. 6. maj med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019). Note: Inkl. ubesatte kapaciteter.

Tabel 23: Tildelte ikke-aktive kapaciteter (2019)

Planområde/ planlægningsområde	Tildelte 'ikke-aktive' kapaciteter
<b>Byen</b>	<b>9</b>
Brønshøj-Husum	1
Frederiksberg Kommune	2
Nørrebro	4
Østerbro	2
<b>Midt</b>	<b>4</b>
Furesø Kommune	1
Gentofte Kommune	2
Gladsaxe Kommune	1
<b>Nord</b>	<b>1</b>
Fredensborg Kommune	1
<b>Syd</b>	<b>9</b>
Brøndby Kommune	1
Hvidovre Kommune	1
Ishøj Kommune	1
Valby	3
Vallensbæk Kommune	1
Vesterbro	2
<b>Total</b>	<b>23</b>

Kilde: Regionens egen opgørelse over tildelte ikke-aktive kapaciteter.



Tabel 24: Kapacitetsbehov ift. befolkningstilvækst (2019-2023)

Planområde/Planlægningsområder	Kapacitetsbehov ift. befolkningstilvækst (2019-2023)
<b>Bornholm</b>	<b>-1</b>
Bornholm	-1
<b>Byen</b>	<b>14</b>
Bispebjerg	1
Brønshøj-Husum	2
Frederiksberg	2
Indre by	2
Nørrebro	3
Vanløse	1
Østerbro	3
<b>Midt</b>	<b>8</b>
Ballerup	0
Egedal	0
Furesø	1
Gentofte	1
Gladsaxe	2
Herlev	1
Lyngby-Taarbæk	1
Rudersdal	0
Rødovre	1
<b>Nord</b>	<b>3</b>
Allerød	0
Fredensborg	1
Frederikssund	0
Gribskov	0
Halsnæs	0
Helsingør	1
Hillerød	1
Hørsholm	0
<b>Syd</b>	<b>28</b>
Albertslund	0
Amager	11
Brøndby	1
Dragør	0
Glostrup	1
Hvidovre	1
Høje-Taastrup	1
Ishøj	1
Tårnby	1
Valby	4
Vallensbæk	1
Vesterbro	6
<b>Total</b>	<b>53</b>

Kilde: Region Hovedstadens prognosemodel 2018.

Tabel 25: Gennemsnitligt antal sikret pr. kapacitet (2019)

Planområde/planlægningsområde	Sikret pr. kapacitet
<b>Bornholm</b>	<b>1.412</b>
Bornholms Regionskommune	1412
<b>Byen</b>	<b>1.821</b>
Bispebjerg	1.762
Brønshøj-Husum	1.582
Frederiksberg Kommune	1.832
Indre By	1.896
Nørrebro	1.957
Vanløse	1.738
Østerbro	1.794
<b>Midt</b>	<b>1.747</b>
Ballerup Kommune	1.616
Egedal Kommune	1.781
Furesø Kommune	1.690
Gentofte Kommune	1.787
Gladsaxe Kommune	1.754
Herlev Kommune	1.731
Lyngby-Taarbæk Kommune	1.797
Rudersdal Kommune	1.687
Rødovre Kommune	1.904
<b>Nord</b>	<b>1.593</b>
Allerød Kommune	1.635
Fredensborg Kommune	1.622
Frederikssund Kommune	1.604
Gribskov Kommune	1.554
Halsnæs Kommune	1.583
Helsingør Kommune	1.636
Hillerød Kommune	1.534
Hørsholm Kommune	1.573
<b>Syd</b>	<b>1.753</b>
Albertslund Kommune	1.703
Amager	1.770
Brøndby Kommune	1.641
Dragør Kommune	1.741
Glostrup Kommune	1.777
Hvidovre Kommune	1.737
Høje-Taastrup Kommune	1.682
Ishøj Kommune	1.665
Tårnby Kommune	1.837
Valby	1.787
Vallensbæk Kommune	1.684
Vesterbro	1.841
<b>Total</b>	<b>1.729</b>

Kilde: NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6. maj (2019).

Tabel 26: Udvikling i gennemsnitligt antal sikret pr. kapacitet (2015-2019)

Planområde	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
	<i>Gennemsnitligt antal sikrede pr. kapacitet</i>					<i>Ændring (%)</i>
Bornholm	1.472	1.526	1.464	1.412	1.412	-4,1
Byen	1.770	1.798	1.824	1.849	<b>1.821</b>	2,9
Midt	1.664	1.684	1.719	1.771	<b>1.747</b>	5,0
Nord	1.587	1.599	1.606	1.629	<b>1.593</b>	0,4
Syd	1.722	1.743	1.743	1.765	<b>1.753</b>	1,8
<b>Total</b>	<b>1.687</b>	<b>1.708</b>	<b>1.735</b>	<b>1.752</b>	<b>1.729</b>	<b>2,5</b>

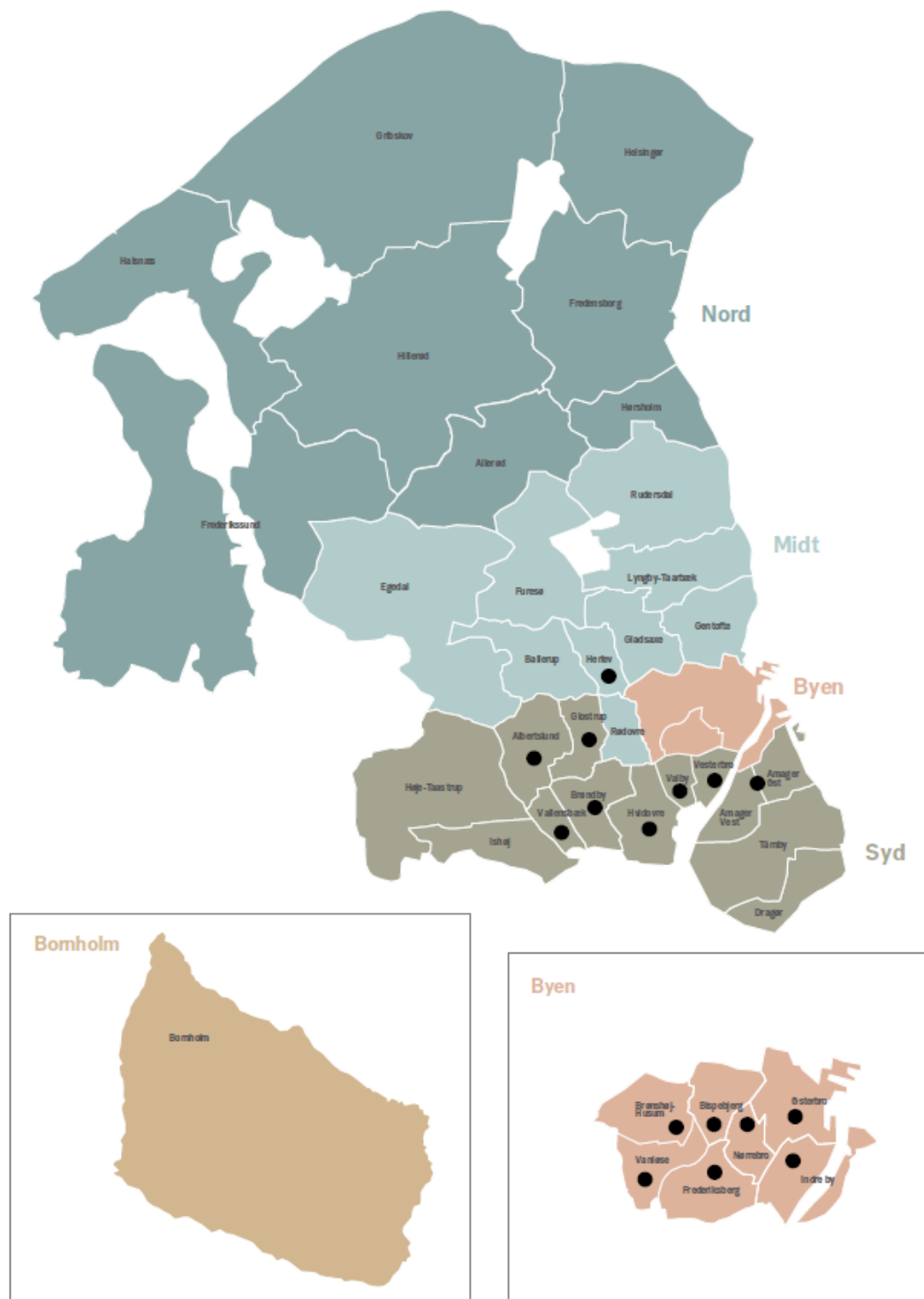
Kilde: Region Hovedstadens lægehøring 2018 (opgjort fra NOTUS Regional pr. 1 oktober) (2015-2018), samt NOTUS Regional d. 6. maj 2019 med opgørelsesdato pr. 6 maj (2019).

Tabel 27: Oversigt over uddannelsespladser, uddannelsespraksis og hoveduddannelsesforløb til uddannelseslæger i almen medicin

Planområde/planlægningsområde	Antal uddannelsespladser i alt	Antal uddannelsespraksis i alt	Antal hoveduddannelsesforløb
<b>Bornholm</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
Bornholms Region	10	8	2
<b>Byen</b>	<b>93</b>	<b>80</b>	<b>22</b>
Bispebjerg	7	6	1
Brønshøj-Husum	5	4	2
Frederiksberg	20	20	2
Indre By	21	14	10
Nørrebro	14	12	4
Vanløse	8	7	2
Østerbro	18	17	1
<b>Midt</b>	<b>92</b>	<b>77</b>	<b>29</b>
Ballerup	5	5	1
Egedal	8	6	1
Furesø	11	11	4
Gentofte	12	10	3
Gladsaxe	23	19	3
Herlev	7	7	1
Lyngby-Taarbæk	4	2	9
Rudersdal	10	10	4
Rødovre	12	7	3
<b>Nord</b>	<b>72</b>	<b>53</b>	<b>19</b>
Allerød	7	5	4
Fredensborg	5	4	2
Frederikssund	12	8	3
Gribskov	9	6	5
Halsnæs	9	7	
Helsingør	10	7	1
Hillerød	9	8	2
Hørsholm	11	8	2
<b>Syd</b>	<b>127</b>	<b>87</b>	<b>51</b>
Albertslund	9	8	5
Amager	24	17	10
Brøndby	9	7	2
Dragør	1	1	
Glostrup	5	3	2
Hvidovre	16	11	3
Høje-Taastrup	17	12	4
Ishøj	4	1	3
Tårnby	7	6	4
Valby	12	9	4
Vallensbæk	2	1	1
Vesterbro	21	11	13
<b>Total</b>	<b>394</b>	<b>305</b>	<b>123</b>

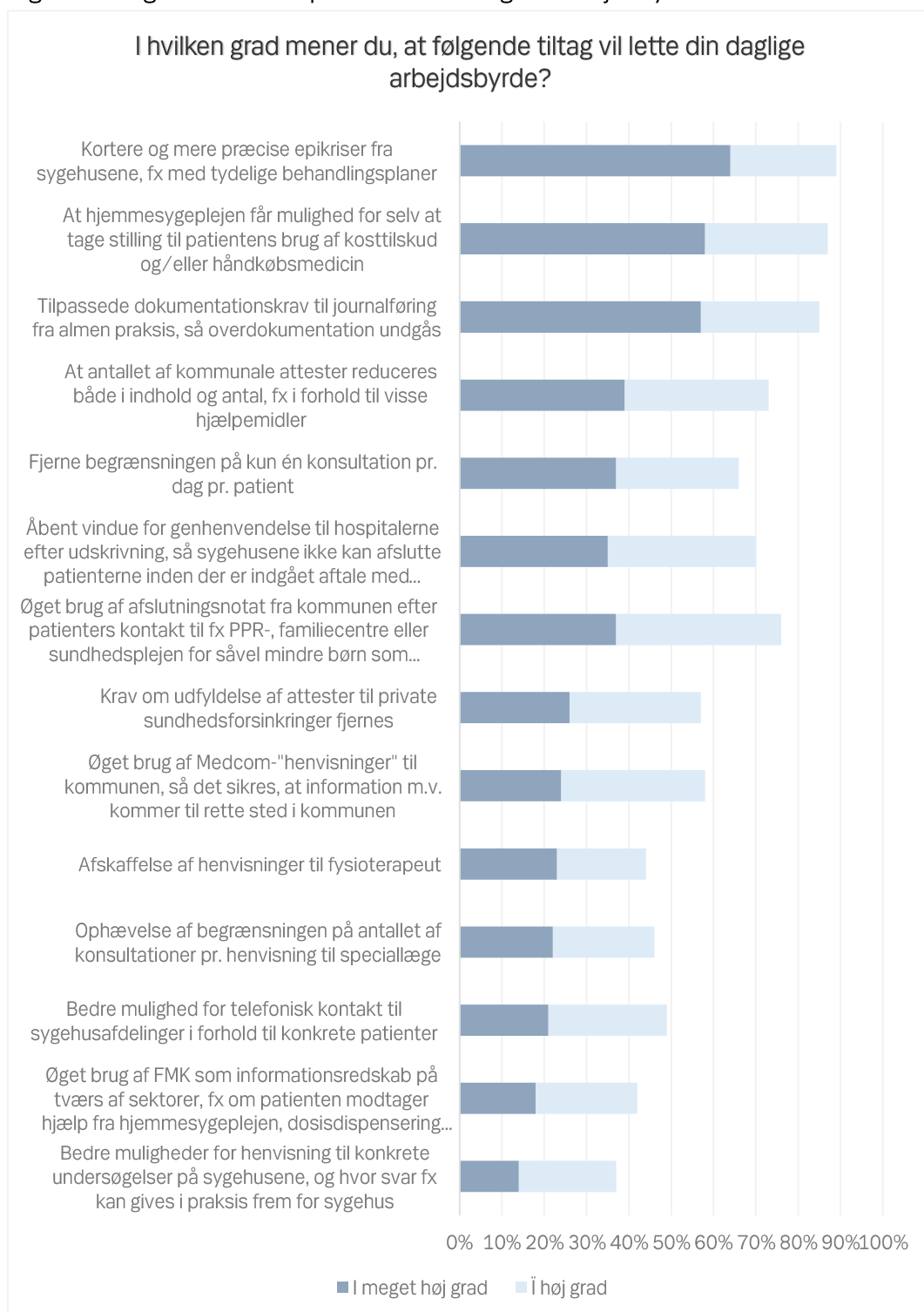
Kilde: Data stammer fra Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse Øst

Figur 3: Lægedækningsruede områder i henhold til praksisplanen 2018



Kilde: Region Hovedstadens model for lægedækningsruede områder i henhold til praksisplanen 2018. Note: De lægedækningsruede områder i henhold til praksisplanen er markeret med sort.

Figur 4: Tiltag der kan lette praktiserende lægers arbejdsbyrde



Kilde: PLO Analyse. Forslag til afbureaukratisering fra de praktiserende læger. 2019.

[https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_-\\_afbureaukratisering\\_i\\_almen\\_praksis.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_-_afbureaukratisering_i_almen_praksis.pdf)

Figur 5: Handleplan ved ophør uden overdragelse af praksis til anden læge

Ansvarlig/ Fase	Før varsel	1. varsel (første 2 måneder)	Endeligt varsel (4- 6 måneder)	Ophør (efter 6 måneder)
Regionen	Hvis regionen modtager informationer om muligt ophør drøftes sagen i samarbejdsforum for praksisophør	Lægen sender varsel om ophør til regionen og PLO-C.  Regionen sender varsel om ophør videre til PLO-H og Det fælleskommunale Sundhedssekretariat.  Regionen udarbejder en "dynamisk" oversigt over læger, der har varslet ophør, samt et statusnotat over kapaciteterne i planlægningsområdet. Oversigten og statusnotaterne drøftes løbende i samarbejdsforum for praksisophør.  Ved evt. salg af praksis i denne periode, således at ophør trækkes tilbage, formidles dette mellem regionen, PLO-H og Det fælleskommunale Sundhedssekretariat, så snart oplysningen foreligger.	Regionen sender besked om endelig ophørsmeddelelse til PLO-H og Det fælleskommunale Sundhedssekretariat.  Træffer afgørelse og iværksætter den valgte løsning, jf. møde i Samarbejdsforum.  Fremsendelse af lægevalgsbreve senest 6 uger før ophør.  Vejledning af læger på vej i praksis i forbindelse med opslag af kapacitet.  Opslag af kapacitet evt. med patienter.	Lægedækningen for de patienter, der er tilknyttet den ophørende læge, er sikret, såfremt ophørende læges patienter kan fordeles til en/blandt de omkringliggende praksis.  Praksisplanudvalgets administrative Styregruppe og Praksisplanudvalget orienteres om ophøret og informeres om hvilken løsning, der er truffet.
PLO-H	Efter møde i samarbejdsforum for praksisophør kontaktes lægen om muligt.  Løbende dialog med læger, der overvejer ophør.	Hurtigst muligt kontakt til/møde med læger, der har varslet ophør.  Hvis PLO-H har kendskab til læger, der er interesserede i den/de ledige kapacitet/kapaciteter kan PLO-H formidle kontakt.  Tilbage meldning på førstkommande møde i samarbejdsforum. (Mødedekadencen forventes	Vejledning af læger på vej i praksis i forbindelse med opslag af kapacitet.  PLO-H kontakter PLO-K formand med information om, at der er et ophør på vej og evt. inddrager PLO-K formand i det videre arbejde.	Evt. vejledning af læge, der har fået tildelt kapacitet omkring etablering af praksis.

		at være en gang om måneden. Eventuelt telefonisk, hvis det er akut. Møder aflyses, hvis der ikke er aktive sager).		
Det fælleskommunale sundhedssekretariat			Sparring med den konkrete kommune vedr. mulighed for at støtte lægen i etablering af praksis (fx lokaler, samarbejde osv.)  Ved behov kan der indhentes kontaktoplysninger om en konkret kommune som videreformidles til Region H.  Ved behov sparring med kommunerne, hvis en konkret kommune har sager til behandling i forummet.	Sparring med den konkrete kommune vedr. mulighed for at støtte lægen i etablering af praksis (fx lokaler, samarbejde osv.)
Konkret kommune			Kommune med input til opslag  Vejledning af læger på vej i praksis i forhold til lokaler og anden vejledning	
Samarbejdsforum for praksisophør nedsat af praksisplanudvalget	Møder i samarbejdsforum for praksisophør – Region, PLO-H, Det kommunale fællessekretariat og evt. relevant kommune, hvor mulige ophør drøftes og tiltag til afhjælpning drøftes.	Drøfter mulige tiltag for fastholdelse på baggrund af PLO-H's møde med lægen.  Det drøftes bla: Om der skal skrives ud til lægerne i planlægningsområdet/de omkringliggende planlægningsområder om overtagelse af et antal patienter.  Om opslag af kapacitet skal planlægges.		

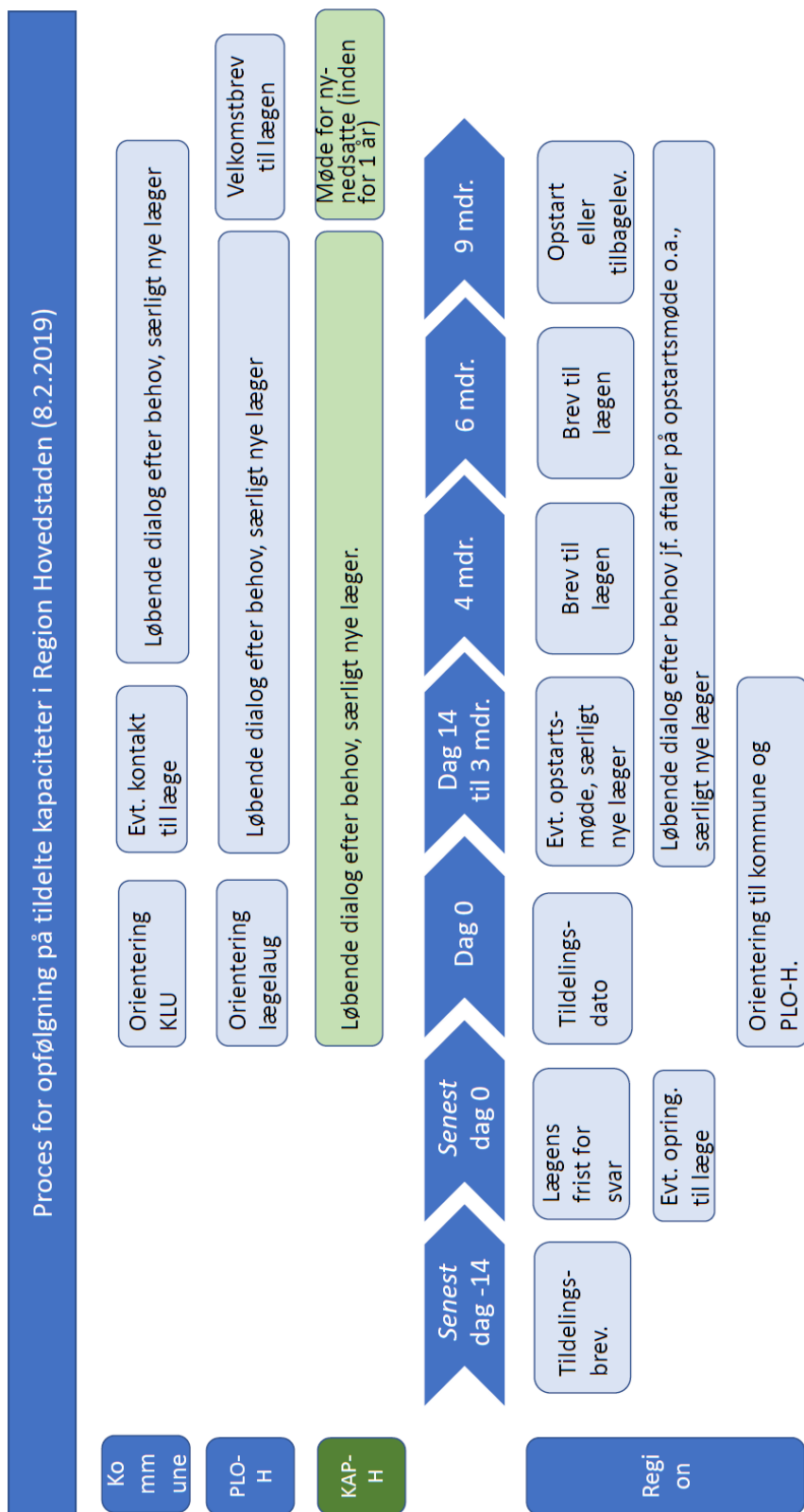


		<p>På baggrund af tilbage-melding fra ophørende læge og/eller lægerne i området drøfter samarbejdsforum, hvilke løsninger der kan iværksættes i området for at sikre lægedækning.</p> <p>Mulige løsninger, der kan drøftes er bla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lægerne i området tager patienterne</li> <li>-Opslag af kapacitet</li> <li>-Etablering af licensklinik, regionale eller kommunale lokaler</li> <li>-Etablering af midlertidigt tilbud for at sikre lægedækning, jf. sundhedslovens § 227 stk. 6.</li> <li>-Gennemførelse af udbud, jf. sundhedslovens §227 stk. 3-5.</li> </ul>		
--	--	--	--	--

Figur 5: Handleplan ved ophør uden overdragelse af praksis til anden læge (fortsat)

Handling	6 mdr. før ophør	5 mdr. før ophør	4 mdr. før ophør		3 mdr. før ophør	2 mdr. før ophør	1 mdr. før ophør
			4-3 ½ mdr. før	3 ½ - 3 mdr. før			
Ophørsvarsel modtages fra lægen							
Drøftelse i samarbejdsforum af indsats ifbm. ophør							
Forberedelse opslag af kapacitet							
Praksis i planlægningsområdet og naboområderne tilskrives og spørge om, hvorvidt praksis vil overtage et antal patienter. 14 dages svarfrist.							
Opslå kapacitet (ansøgningsfrist i opslag 5-6 uger efter opslagsdato)							
Tilskrive patienter om lægens ophør og anmodning om at foretage lægevalg							
Såfremt fordeling af patienter ikke er mulig, drøftes alternativ plan for lægedækning i samarbejdsforum – evt. pr. mail/telefon, hvis det ikke kan vente på et møde							
Evt. alternativ plan for lægedækning iværksættes							
Orientering af patienter om alternativ løsning							

Figur 6: Proces for opfølgning på tildelte kapaciteter i Region Hovedstaden





**Region  
Hovedstaden**

**Region Hovedstaden**  
Center for Sundhed

Telefon:  
E-mail: [brith.kjeldal@regionh.dk](mailto:brith.kjeldal@regionh.dk)

### **3.4**

### **Fælles kommunal strategi for unges sundhed**

KKR-Hovedstaden



# Fælles strategi for unges fysiske og mentale sundhed

– for kommunerne i Region Hovedstaden

---

# Sammen er vi stærkere

I foråret 2017 godkendte Region Hovedstadens 29 kommuner "KKR-mål for sundhed – Kommunernes fælles rolle på det somatiske og psykiatriske sundhedsområde i hovedstadsregionen". Denne strategi er et resultat af det mål, der omhandler "Bedre fysisk og mental sundhed hos de unge".

Formålet med KKR-målet om unges sundhed er, at kommunerne i Region Hovedstaden går sammen om at yde en bedre ind-

sats i forhold til de unges mentale og fysiske sundhed for på længere sigt at styrke de unges muligheder for at gennemføre en uddannelse og leve det liv, de gerne vil. For ved at stå sammen, står vi langt stærkere, når vi indbyder ungdomsuddannelserne til dialog og partnerskaber om sundhed, end hvis vi har 29 forskellige positioner.<sup>1</sup>

KKR-målet om unges sundhed understøtter ét af regeringens otte nationale mål for sundheds-

væsenet; nemlig målet om "flere sunde leveår", hvor udviklingen i middellevetid og dagligrygere i befolkningen følges.

Denne strategi udgør en fælles strategi for fremme af fysisk og mental sundhed på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden.

*Juni 2019*





# De største Sundhedsudfordringer

Det er i ungdomsårene, der skabes grobund for nye vaner og ny adfærd – en adfærd der ofte fastholdes ind i voksenlivet. Mange unge er sunde, trives godt og udvikler sig, som de skal. Men det er også i ungdomsårene, at mange eksperimenterer og har en risikabel sundhedsadfærd; blandt andet hvad angår alkohol, tobak og stoffer.

Derudover har der i de seneste år været en stigende opmærk-

somhed på betydningen af unges mentale sundhed – eller mangel på samme. Dårlig mental sundhed giver ikke bare ringere livskvalitet, men kan også forhindre unge i at gennemføre en uddannelse og komme i job.

Mental sundhed er en af de største udfordringer blandt unge. Hver femte ung angiver, at have dårlig mental sundhed, hvilket svarer til ca. 41.000 af Region Hovedstadens unge.

Danske unge drikker generelt langt mere alkohol end andre europæiske unge, og i Region Hovedstaden drikker de unge tilmed væsentligt mere end unge i resten af landet. Hver fjerde ung med et højt alkoholindtag i Region Hovedstaden vil gerne nedsætte sit forbrug; svarende til 10.500 unge.

Stoffer er også blevet en del af festkulturen blandt mange unge. Den eksperimentelle brug af stoffer toppe i 16-19

**Mental sundhed defineres som "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber" (WHO)**





---

års alderen, og de færreste starter med at tage stoffer, efter de er fyldt 20 år. I de senere år har der været en stigning i forbruget af hash, som er den mest udbredte udfordring. Mere end 250.000 unge i Region Hovedstaden har prøvet at ryge hash.

16 % af unge ryger cigaretter dagligt, og andelen er stigende.

80 % af rygerne starter, før de fylder 20 år. På erhvervsskoler ryger tre gange så mange elever dagligt i forhold til gymnasieelever; der er henholdsvis 37 % dagligrygere på erhvervsskolerne og 12 % på gymnasierne. Tre ud af fire unge dagligrygere i Region Hovedstaden ønsker at stoppe med at ryge. Det svarer til ca. 27.000 unge.

Generelt ses social ulighed med ophobning af sundhedsproblemer blandt unge, hvis forældre har en lav socioøkonomisk status. Der er derfor også forskel på de forskellige uddannelsessteder på, hvor udbredt sundhedsudfordringerne er blandt de unge.

Andelen, der har erfaringer med andre stoffer end hash, er højere blandt unge med forældre med kort uddannelse sammenlignet med unge med forældre med længerevarende uddannelse. For unges alkoholvaner forholder det sig omvendt. Unge af forældre med høj socioøkonomisk status drikker således hyppigere og større mængder af alkohol end unge i familier med lav socioøkonomisk status.



# Vision

Visionen for kommunerne i Region Hovedstaden er, at vi vil:

---

Styrke de unges muligheder i livet ved at fremme deres mentale sundhed samt mindske deres brug af alkohol, stoffer og tobak. Samtidig vil vi styrke organiseringen omkring de unges sundhed for sammen at være en stærkere partner for ungdomsuddannelserne i samarbejdet om at skabe sunde rammer på uddannelsesstederne.



---

# Sådan arbejder vi med unges fysiske og mentale sundhed på tværs af kommuner og ungdomsuddannelser

For at leve op til visionen bygger strategien på fire grundlæggende principper for måden, hvorpå kommunerne i KKR-Hovedstaden vil arbejde med at fremme unges fysiske og mentale sundhed. Principperne danner grundlaget for de konkrete indsatser, der igangsættes, og som beskrives i et særskilt inspirationskatalog.

## **Vi vil være en stærk samarbejdspartner**

De sundhedsmæssige udfordringer, som unge står med i dag, er så komplekse, at de ikke kan lø-

ses af en enkelt faggruppe eller inden for en enkelt forvaltning eller sektor. Mange af Region Hovedstadens kommuner samarbejder derfor allerede internt på tværs af fagområder og egne forvaltninger i kommunen for at styrke de unges sundhed.

For at blive en endnu stærkere partner for ungdomsuddannelserne vil de enkelte kommuner etablere de nødvendige fora for udveksling af viden om unges sundhed samt intern koordinering af tilbud og indsatser til

unge. En veletableret organisation i kommunerne på ungeområdet medvirker til at sikre en sammenhængende, helhedsorienteret og effektiv indsats og vil betyde, at kommunerne står som en stærkere samarbejdspartner for ungdomsuddannelserne.

## **Vi løfter i flok**

Unge mellem 15 og 25 år har hele hovedstadsregionen som deres hjemkommune. De skeler ikke til kommunegrænser, når de lever deres liv. Når vi vil gøre det lettere og mere attraktivt



### DE FIRE PRINCIPPER:

---

Vi vil være en stærk samarbejdspartner

Vi løfter i flok

Vi indbyder til partnerskaber med ungdomsuddannelserne

Vi arbejder med rammer og strukturer for at skabe større lighed i unges sundhed

for unge at leve sundere og tage ansvar for egen sundhed, må vi anskue unges sundhed som et fælles tværkommunalt ansvarsområde og løfte i flok.

Langt de fleste unge går på ungdomsuddannelser, som ikke er kommunale, og ofte ligger uden for den kommune, de bor i. Vi betragter derfor unge, der går på en ungdomsuddannelse inden for en given kommune-grænse, som kommunens egne unge. Det betyder eksempelvis, at kommunen indbyder til

samarbejde med ungdomsuddannelserne i kommunen uanset hvor stor en andel af ungdomsuddannelsens elever, der bor i kommunen. Sundhedsindsatser på ungdomsuddannelserne skal samtidig være tilgængelige for alle unge på uddannelsen uanset bopæl. Vi vil ligeledes arbejde for at etablere tværkommunale samarbejder omkring indsatser på ungdomsuddannelser, der har matrikler i flere kommuner. På den måde sikrer vi, at unge på en bestemt uddannelse får de samme indsatser, rammer

og muligheder – uanset hvilken kommune i Region Hovedstaden, den pågældende uddannelse er geografisk placeret i.

#### **Vi indbyder til partnerskaber med ungdomsuddannelserne**

Usunde vaner i relation til alkohol, stoffer, tobak og mental sundhed er særlig udbredt blandt unge. At forbedre unges sundhed handler ikke kun om at forebygge usunde vaner. De unges sundhedsvaner kan have stor betydning for, om de gennemfører en uddannelse. En



Med **STRUKTURELLE INDSATSER** forstås indsatser, hvor rammerne og omgivelserne indrettes, så de fremmer en sundere livsstil for de unge; fx via udarbejdelse af sundhedspolitikker eller indførelse af Røgfri Skoletid på ungdomsuddannelserne. Strukturel forebyggelse er den bedste metode til at nå alle borgere uanset social baggrund. Dermed mindsker vi den sociale ulighed i sundhed.



---

gennemført uddannelse er både afgørende for, hvordan de unge klarer sig senere i livet, og for hvordan deres sundhed bliver.

Når unge forlader folkeskolen, er de én af de borgergrupper, som er mindst i kontakt med kommunen. Dér hvor vi finder langt de fleste unge, er på ungdomsuddannelserne. Uddannelsesstederne er derfor en vigtig aktør at samarbejde og danne partnerskaber med, når vi vil styrke de unges muligheder for at gennemføre en uddannelse, fremme deres mentale sundhed,

forebygge rygning samt brug af stoffer og alkohol.

### **Vi arbejder med rammer og strukturer for at skabe større lighed i unges sundhed**

Der ses ofte en social gradient i sundhed, hvor de sociale vilkår, som de unge vokser op i, har stor betydning for deres sundhed og trivsel; herunder også om de gennemfører en ungdomsuddannelse.

Vi lægger vægt på at arbejde med strukturelle indsatser, der kan give unge de bedste vilkår, for at leve

en sund tilværelse. Det sunde valg, skal være det nemme valg i forhold til rygning, stoffer og alkohol, og unge skal ikke opleve mistrivsel i deres uddannelsesforløb.

I samarbejdet med ungdomsuddannelserne og i dialogen med Danske Gymnasier vil vi sætte fokus på at igangsætte strukturelle og flerstrengede sundhedsfremmende indsatser. For når vi arbejder målrettet på at skabe sundere rammer for alle, så fremmes sundheden for alle – og ikke kun for de få.



# Sådan gennemfører vi strategien

Kommunernes rolle i at gennemføre strategien er, at:

- Indlede samarbejde med ungdomsuddannelserne og indbyde til partnerskaber om unges mentale sundhed samt brug af alkohol, stoffer og tobak
- Lægge vægt på strukturelle indsatser i samarbejde med ungdomsuddannelserne
- Målrette kommunale indsatser til alle unge på ungdomsuddannelserne uanset hvor stor en andel, der kommer fra andre kommuner
- Etablere de nødvendige interne kommunale fora for udveksling af viden om unges sundhed og koordinering af sundhedsindsatser
- Danne tværkommunale samarbejder omkring ungdomsuddannelser, der har matrikler i flere kommuner
- Gå i dialog med Danske Gymnasier om at styrke unges fysiske og mentale sundhed

For at få strategiens vision og principper omsat til virkelighed, har vi udarbejdet et katalog med eksempler på konkrete indsatser inden for mental sundhed, alkohol, stoffer og tobak

[indsæt link til inspirationskatalog].



# KKR-Hovedstaden



### **3.4**

### **Fælles kommunal strategi for unges sundhed**



KKR-Hovedstaden

Fælles strategi for unges fysiske og mentale sundhed  
for kommunerne i Region Hovedstaden

# Inspirationskatalog



---

# Inspirationskatalog

Inspirationskataloget indeholder eksempler på kommunale sundhedsindsatser for unge på ungdomsuddannelser med fokus på fremme af mental sundhed, forebyggelse af alkohol- og stofforbrug samt tobaksforebyggelse<sup>1</sup>. Kataloget er et supplerende redskab til "Fælles strategi for unges fysiske og mentale sundhed for kommunerne i Region Hovedstaden".

Formålet med kataloget er at vise eksempler på typer af tiltag inden for de tre områder mental sundhed, alkohol & stoffer og rygning i et samarbejde mellem kommune og ungdomsuddannelse. Kataloget henvender sig til regionens kommuner og indeholder eksempler på tiltag, som primært foregår på ungdomsuddannelser. Kataloget afgrænser sig fra tiltag / aktiviteter, som ikke foregår i et samarbejde med ungdomsuddannelserne. Ofte er det kommunens rolle at facilitere og

løbende understøtte tiltagene ude på ungdomsuddannelserne.

Indsatserne beskrevet i kataloget er vedvarende indsatser, som enten udmøntes på strukturelt, gruppebaseret eller individrettet niveau. Kataloget indeholder en kort beskrivelse af formålet med den enkelte type indsats samt links til beskrivelser og/ eller kontaktoplysninger til den pågældende kommune for yderligere information.



---

<sup>1</sup> Eksemplerne er indhentet juni 2019.



# Tema 1

## Mental sundhed

Indsats	Formål Niveau (strukturelt, gruppe eller individrettet)	Kommuner med denne type indsatser
<b>Partnerskab mellem kommune og ungdomsuddannelser om flere temaer, herunder mental sundhed</b>	<p>Formålet er at sætte sundhed og trivsel på dagsordenen i et samarbejde mellem kommune og ungdomsuddannelse, så eleverne påvirkes af sundhedsfremmende rammer og tilbud</p> <p>Der er størst udbytte ved en flerstrengt strategi, hvor partnerskabets aktiviteter foregår på flere niveauer. Det er vigtigt, at det strukturelle niveau prioriteres som rammesættende for de unges hverdag</p>	<p><b>København</b>  <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a>  <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a></p> <p><b>Frederiksberg</b>  <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a>  <a href="http://sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser">sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser</a></p> <p><b>Frederikssund</b>  <a href="http://campus.frederikssund.dk/Trivsel">campus.frederikssund.dk/Trivsel</a></p>
<b>Trivselspolitik</b>	<p>Formålet med en trivselspolitik er at styrke det daglige arbejde med at skabe sunde fællesskaber og et godt psykisk undervisningsmiljø, der fremmer trivsel og læring og forebygger frafald blandt eleverne på uddannelsen. Relevante fokusområder i trivselspolitikken kan være fællesskaber, en tryk skolestart, stress, præstationskultur og digital sundhed</p> <p>Der kan iværksættes tiltag på flere niveauer, men det er væsentligt at have fokus på rammer og strukturer</p>	<p><b>København</b>  <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a>  <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a></p> <p><b>Frederiksberg</b>  <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a>  <a href="http://sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser">sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser</a></p>
<b>Ungedrevet trivselsinitiativer på tværs af gymnasier – Kommune som samarbejdspartner i stedet for initiativtager</b>	<p>Samarbejde mellem kommune og gymnasier om oprettelse af et "elevråds-summit" på tværs af flere gymnasier. Formålet er iværksættelse af tiltag inden for mental sundhed, særligt præstationskultur og andre aktuelle udfordringer</p>	<p><b>Gentofte</b>  <a href="mailto:Fritid@gentofte.dk">Fritid@gentofte.dk</a>            EN UNG POLITIK  <a href="http://www.gentofte.dk/da/Indflydelse-,a-,politik/Kommunalbestyrelsen/Opgaveudvalg/Tidligere-opgaveudvalg/Ungepolitik">www.gentofte.dk/da/Indflydelse-,a-,politik/Kommunalbestyrelsen/Opgaveudvalg/Tidligere-opgaveudvalg/Ungepolitik</a></p>

Indsats	Formål Niveau (strukturelt, gruppe eller individrettet)	Kommuner med denne type indsatser
<p><b>Dialog-, netværks- eller temamøder</b></p> <p><b>CASE 1</b></p>	<p>Formålet er at opbygge relationer, dele erfaringer og viden ved at mødes regelmæssigt og systematisk</p> <p>Afhængigt af resultater på møderne, kan der både iværksettes strukturelle tiltag eller aktiviteter målrettet grupper / individer</p>	<p><b>Rudersdal</b> <a href="mailto:ungi@rudersdal.dk">ungi@rudersdal.dk</a></p> <p><b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a></p> <p><b>Gladsaxe</b> <a href="mailto:SSF@gladsaxe.dk">SSF@gladsaxe.dk</a></p>
<p><b>Sundhedstjek, adgang til sundhedspersonale på skolen</b></p>	<p>Formålet er at tilbyde adgang til tilgængelig og åben konsultation bemandet med psykologer og sygeplejersker, hvor unge med spørgsmål til fysisk eller psykisk sundhed kan få hjælp</p> <p>Der er tale om et individrettet tilbud</p>	<p><b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://www.kk.dk/sundhedstjek">www.kk.dk/sundhedstjek</a></p> <p><b>Frederiksberg</b> <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a> <a href="http://sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser">sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser</a></p>
<p><b>Psykologsamtaler eller andre rådgivningssamtaler om mental sundhed – tilbud om forløb eller gruppesamtaler</b></p>	<p>Formålet er at tilbyde lokalt tilgængelige og fortrolige forløb hos psykolog</p> <p>Forløbene kan foregå som gruppeforløb eller et individuelt tilbud</p>	<p><b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://www.sundhed.kk.dk/artikel/ung-i-forandring">www.sundhed.kk.dk/artikel/ung-i-forandring</a></p> <p><b>Frederiksberg</b> <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a> <a href="http://sund.frederiksberg.dk/sites/sund/files/attached/aktivitetskatalog_2._udgave.pdf">sund.frederiksberg.dk/sites/sund/files/attached/aktivitetskatalog_2._udgave.pdf</a></p>

Indsats	Formål Niveau (strukturelt, gruppe eller individrettet)	Kommuner med denne type indsatser
<p><b>Søvn – et dialogbaseret oplæg om unge og søvn</b></p> <p>CASE 2</p>	<p>Formålet er at sprede viden om vigtigheden af god søvn, og hvordan man understøtter god søvn</p> <p>Tilbuddet er på gruppeniveau</p>	<p><b>København</b>  <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a>  <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a></p>
<p><b>Dialog og samarbejde om trivsel og sundhed på ungdomsuddannelserne</b></p> <p>CASE 3</p>	<p>Formålet er at sætte fokus på, hvordan flest mulig elever på ungdomsuddannelserne lærer og trives.</p>	<p><b>Hillerød</b>  <a href="mailto:aeldreogsundhed@hillerod.dk">aeldreogsundhed@hillerod.dk</a></p>
<p><b>Kursus i Personlig styrke – Et kursusforløb med fokus på selvværd og mental trivsel</b></p>	<p>Formålet er, at eleverne gennem faglige oplæg, fælles drøftelser, øvelser og hjemmeopgaver får redskaber til at opbygge selvværd og bryde vaner, der spænder ben for mental trivsel</p> <p>Der er tale om tiltag på gruppeniveau</p>	<p><b>Hillerød</b>  <a href="http://www.ung3400.dk">www.ung3400.dk</a></p>
<p><b>Udvidet Anonym Ungerådgivning</b></p> <p><b>Anonym rådgivning til elever på ungdomsuddannelser</b></p> <p>CASE 4</p>	<p>Formålet er at tilbyde anonym ungerådgivning med kort varsel for at forebygge mistrivsel og undgå frafald på ungdomsuddannelser. Rådgivningen er udgående og kan foregå der, hvor eleven er</p> <p>Der er tale om tiltag på individniveau</p>	<p><b>Hillerød</b>  <a href="mailto:aeldreogsundhed@hillerod.dk">aeldreogsundhed@hillerod.dk</a>  <a href="http://www.ung3400.dk">www.ung3400.dk</a></p>





---

# Cases

## Case 1

### **NETVÆRK**

Rudersdal Kommune har etableret et "Gymnasienetværk", som er et samarbejdsforum bestående af de to gymnasier beliggende i Rudersdal Kommune og de kommunale instanser: Ung i Rudersdal (ungeindsats), sundhedsafdelingen og den kommunale børnelæge. Netværket mødes to gange årligt. Fokus på møderne er de unges sundhed. Der udarbejdes årligt en sundhedsprofil for elever på gymnasier, og dennes resultater danner baggrund for drøftelse vedrørende rygning, alkohol og mental sundhed. Eleverne besvarer undersøgelsen i en undervisningstime, hvilket medfører en høj svarprocent.

## Case 2

### **SØVN**

Københavns Kommune tilbyder at holde dialogbaseret oplæg ude på ungdomsuddannelserne, som giver eleverne viden om vigtigheden af et godt søvnmønster og gode råd om god søvns. Oplægget veksler mellem teori, dialog og refleksion over egne vaner. Undervejs inspireres til redskaber og praktiske øvelser, som de unge let kan benytte på egen hånd efterfølgende. Undervisningen varer halvanden time og afholdes for grupper af 25-30 elever. Københavns Kommune tilsender inspirationsmateriale til forberedelse inden afholdelse af oplægget, og efter ca. en måned afholder ungdomsuddannelsen en opfølgende session med dialog og refleksion.

## Case 3

### **DIALOG OG SAMARBEJDE OM TRIVSEL OG SUNDHED PÅ UNGDOMSUDDANNELSERNE**

Via Handleplan for sundhed og forebyggelse 2019-22 i Hillerød Kommune skal der sættes øget fokus på dialog med ungdomsuddannelserne om det gode studieliv, og hvordan man sammen kan støtte op om, at flest mulig studerende på ungdomsuddannelserne lærer og trives. Dialogen skal bygge videre på det arbejde og de samarbejder, som allerede er i gang, lige som andre interessenter omkring ungdomsuddannelserne skal inviteres ind til at bidrage, således at det bliver en samskabende proces med flere kompetencer og ressourcer i spil.

Opstarten vil bygge på interviews med ungdomsuddannelserne og de unge i forhold til, hvor potentialerne er størst i forhold til at fremme trivsel. Herefter præsenteres resultaterne af undersøgelsen på en workshop, hvor der i fællesskab skal reflekteres og skabe nye prøvehandling, som kan afprøves.



Case 4

## DEN UDVIDEDE ANONYME UNGERÅDGIVNING

Hillerød Kommune tilbyder jf. Servicelovens §11 Åben Anonym rådgivning til børn og unge mellem 13-25 år i Hillerød Kommune. Den Udvidede Ungerådgivning er den del af rådgivningen, der retter sig mod unge på ungdomsuddannelser. Formålet med tilbuddet er at forebygge mistrivsel gennem let tilgængelig rådgivning.

Den udvidede rådgivning tilbyder 2-3 samtaler til unge, der går på ungdomsuddannelser i kommunen uanset bopælskommune. Man kan henvende sig med alle typer af udfordringer, der kræves ingen henvisning, og man har mulighed for at være anonym.

Medarbejderne i rådgivningen oplyser om tilbuddet på morgensamlinger, og samtalerne finder sted i studievejledning på ungdomsuddannelsen eller i Åben Anonym Ungerådgivnings lokaler.



# Tema 2

## Alkohol og Stoffer

Indsats	Formål Niveau (strukturelt, gruppe eller individrettet)	Kommuner med denne type indsatser
<b>Partnerskab med ungdomsuddannelser</b>	<p>Forebyggelse af alkohol- og stofmisbrug blandt unge på ungdomsuddannelser kan indgå som et indsatsområde i partnerskabsaftaler med ungdomsuddannelser.</p> <p>Formålet er at bidrage til en sundere alkoholkultur med mulighed for brobygning til kommunale rådgivnings brobygning og rådgivning.</p>	<p><b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a></p> <p><b>Frederiksberg</b> <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a> <a href="http://sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser">sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser</a></p>
<b>Forældremøder om unge i overgange</b>	<p>Formålet er at sprede viden og forståelse for forældrenes rolle i de unges liv i forbindelse med overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse</p> <p>Der er tale om tiltag på gruppeniveau</p>	<p><b>Rudersdal</b> <a href="mailto:ungi@rudersdal.dk">ungi@rudersdal.dk</a></p>
<b>Workshops og oplæg om flertalsmisforståelser for elever på ungdomsuddannelser</b>	<p>Formålet er at sprede viden og forståelse om flertalsmisforståelser om alkohol- og rusmiddelforbrug hos unge</p> <p>Der er tale om tiltag på gruppeniveau</p>	<p><b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a></p> <p><b>Frederiksberg</b> <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a> <a href="http://sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser">sund.frederiksberg.dk/sundhedstilbud/tilbud-til-unge/tilbud-til-ungdomsuddannelser</a></p>

Indsats	Formål Niveau (strukturelt, gruppe eller individrettet)	Kommuner med denne type indsatser
<b>Alkoholpolitik og aktiviteter</b>  <b>CASE 5</b>	<p>Formålet er at fremme en sundere alkoholkultur blandt unge og sprede viden om, hvordan man kan lave alkoholfrie ungemiljøer, f.eks. med alkoholfrie fester og rusture</p> <p>Der kan iværksættes tiltag på flere niveauer, men det er væsentligt at have fokus på rammer og strukturer</p>	<b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a>
<b>Dialog, rådgivning og opsporing samt tættere samspil mellem misbrugscenter og ungdomsuddannelserne</b>	<p>Formålet er at forebygge unges forbrug af hash og andre stoffer samt at opspore unge med et misbrug samt tilbyde rusmiddelbehandling til unge i misbrug</p> <p>Der kan både være tale om individrettet og gruppetilbud</p>	<b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://www.kk.dk/institution/ro-pa-rusen">www.kk.dk/institution/ro-pa-rusen</a>  <b>Frederiksberg</b> <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a> <a href="http://www.frederiksberg.dk/fkrc">www.frederiksberg.dk/fkrc</a>
<b>Rusmiddelrådet og rusmiddelgruppen – to tværgående netværk</b>  <b>CASE 6</b>	<p>Formålet er at sikre en tværfaglig koordineret forebyggende og behandlende rusmiddelindsats bestående af repræsentanter fra ungdomsuddannelserne, politi samt kommune</p>	<b>Bornholm</b> <a href="mailto:sundhedsteam@brk.dk">sundhedsteam@brk.dk</a>
<b>Spil om fællesskab, trivsel og en god festkultur</b>	<p>I samarbejde med ungdomsuddannelserne er udviklet et trivselsspil, som kan spilles f.eks. ved studiestart</p>	<b>Hillerød</b> <a href="mailto:aeldreogsundhed@hillerod.dk">aeldreogsundhed@hillerod.dk</a>

---

# Cases

Case 5

## **SOCIALE ARRANGEMENTER UDEN ALKOHOL**

I rammen af skolens alkoholpolitik arrangeres fester og samlinger uden alkohol. I alkoholpolitikken er der fokus på at styrke fællesskabet. Det sker ved at invitere eleverne til attraktive, sjove og inkluderende arrangementer, hvor samværet er i fokus. Københavns Kommune tilbyder at afholde workshop og hjælpe med at udvikle sociale arrangementer uden alkohol. Det kan være en arbejdsgruppe på ungdomsuddannelsen bestående af elever, medarbejdere og evt. ledelse, som planlægger og gennemfører arrangementet.

Kræftens bekæmpelse har udviklet konceptet "Fuld af liv" – morgenfester, som giver eleverne en inkluderende festoplevelse uden alkohol, hvor de positive erfaringer kan tages med – også til weekendens fester.



Case 6

## **RUSMIDDEL RÅDET OG RUSMIDDELGRUPPEN – TO TVÆRGÅENDE NETVÆRK**

Bornholms Regionskommune har etableret en rusmiddelgruppe og et rusmiddelråd. Rusmiddelgruppen koordinerer kommunens rusmiddelindsatser. Rusmiddelgruppens medlemmer består af repræsentant fra ungdomsuddannelserne, politi samt kommune.

Rusmiddelrådet diskuterer forgange års rusmiddelindsatser og drøfter rusmiddelgruppens forslag

til det kommende års prioriterede rusmiddelindsatser. Rusmiddelrådet består af bl.a. politi, kommune, DGI, repræsentant fra ungdomsuddannelserne, natteravne og røde kors. Formålet med det etablerede netværk er at sikre en tværfaglig koordineret forebyggende og behandlende rusmiddelindsats på Bornholm.



# Tema 3

## Røgfrie miljøer

Indsats	Formål Niveau (strukturelt, gruppe eller individrettet)	Kommuner med denne type indsats
Partnerskab med ungdomsuddannelser	Røgfrihed blandt unge kan indgå som et indsatsområde i partnerskabsaftaler mellem kommuner og ungdomsuddannelser	<b>København</b> <a href="mailto:Folkesundhed@suf.kk.dk">Folkesundhed@suf.kk.dk</a> <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a>  <b>Frederiksberg</b> <a href="mailto:Sundhedscentret@frederiksberg.dk">Sundhedscentret@frederiksberg.dk</a>
<b>Bliv en vinder uden tobak</b> – En del af partnerskabet Røgfri Fremtid  CASE 7	Formålet med partnerskabet er at støtte uddannelsesinstitutionerne med at få sat rygning på dagsordenen og understøtte røgfrie miljøer på skolerne  Der er tale om indsats på et strukturelt niveau med mulighed for delaktiviteter.	<b>Bliv en Vinder uden tobak</b> <a href="http://www.udentobak.dk">www.udentobak.dk</a> Udviklet med blandt andre ni kommuner på Vestegnen og Sydamerica: Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj, Tårnby og Vallensbæk.
<b>Røgfri Ungdom vha. rygestop og events</b>	Der er etableret et samarbejde med kommunens ungdomsuddannelser om rygestop og sundhedsevents	<b>Ballerup Kommune</b> <a href="mailto:sundhedshuset@balk.dk">sundhedshuset@balk.dk</a>  <b>København</b> <a href="http://sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse">sundhed.kk.dk/ungdomsuddannelse</a>
<b>Røgfri Campus</b>  CASE 8	Formålet med samarbejdet er at sikre et røgfrit miljø på ungdomsuddannelser	<b>Bornholm</b> <a href="mailto:sundhedsteam@brk.dk">sundhedsteam@brk.dk</a> <a href="http://hjerterforeningen.dk/roegfrierhvervsskoler">hjerterforeningen.dk/roegfrierhvervsskoler</a> <a href="http://campusbornholm.dk/tags/rogfri">campusbornholm.dk/tags/rogfri</a>  <b>Frederikssund</b> <a href="mailto:sundhedoghr@frederikssund.dk">sundhedoghr@frederikssund.dk</a>
<b>Sundhedsformidlerne</b>	Formålet er at skabe dialog og formidle viden om rygning til elever på alle skoler og ungdomsuddannelser	<b>Bornholm</b> <a href="mailto:sundhedsteam@brk.dk">sundhedsteam@brk.dk</a>



# Cases

## Case 7

### **RØGFRI UNGDOMSUDDANNELSE – BLIV EN VINDER UDEN TOBAK**

Røgfri Ungdomsuddannelse – "Bliv en vinder uden tobak" er en delindsats af partnerskabet Røgfri Fremtid, hvor Kræftens Bekæmpelse og Tryk Fonden og flere kommuner har en fælles vision om et røgfrit Danmark i 2030. Der er fokus på tre indsatsområder: Tobaksfri Folkeskole, Tobaksfri Ungdomsuddannelse og Tobaksfri Fritid. Visionen om en røgfri generation, hvor ingen børn og unge ryger i 2030, skal realiseres i fællesskab med borgere, organisationer og private virksomheder.

## Case 8

### **RØGFRI CAMPUS**

Campus Bornholm er røgfri. Campus Bornholm består af en række ungdomsuddannelser og efteruddannelser. Det er ikke tilladt for elever og medarbejdere at ryge i undervisnings- og arbejdstiden, hverken på eller i områderne omkring skolen. Med rygning forstås alle former for rygning, inkl. elektroniske cigaretter og snus.

Der er på Campus Bornholm lavet flere indsatser for at styrke et røgfrit miljø ved at etablere andre fællesskaber med aktiviteter målrettet de unge samt uddanne rygestoprådgivere og tilbyde rygestopkurser i skoletiden. Røgfri Campus Bornholm er startet som et samarbejdsprojekt med mange aktører herunder ungdomsuddannelserne og erhvervsskolen.



KKR-Hovedstaden





### **3.5**

### **Nyt formål for Politisk Praktikpladsforum**

## **Udkast til formål og indhold i nyt Politisk Uddannelses- og Praktikpladsforum**

Med afsæt i kommunernes øgede fokus på rekruttering til velfærdsuddannelserne og opprioritering af uddannelsesforpligtigelsen anbefales det at udvikle og nytænke det nuværende Politiske Praktikpladsforum til Politisk Uddannelses- og Praktikpladsforum. Forummet er en videreførelse og opprioritering af det nuværende forum og etableres for at understøtte politisk ejerskab til uddannelsesområdet og samarbejdet omkring praktik og uddannelsesforpligtigelsen i KKR.

### **Baggrund**

Kommunerne i KKR-Hovedstaden har aktuelt et stort fokus på rekruttering af kompetente medarbejdere til velfærdsområderne. KKR's arbejde på uddannelsesområdet tager udgangspunkt i KKR's Fælles uddannelsesstrategi fra 2015. Desuden har KKR inden for det sidste år tiltrådt overordnede anbefalinger og konkrete indsatser for at øge tilgangen til centrale uddannelser på sundhedsområdet. Endeligt arbejdes der aktuelt på at sikre, at kommunerne prioriterer indsatser, der kan få flere unge til at vælge en erhvervsuddannelse.

For at sikre fortsat opbakning til det fælleskommunale arbejde med uddannelsesområdet anbefales det, at der nedsættes et politisk uddannelses- og praktikpladsforum, der kan understøtte, at området prioriteres af det samlede KKR. Det nuværende politiske praktikpladsforum har primært haft fokus på dimensionering af pædagoguddannelsen, men det vurderes, at der er brug for et bredere fokus i en fremadrettet organisering.

Der kan nævnes følgende centrale, aktuelle og kommende udfordringer, som et politisk uddannelses- og praktikpladsforum bør handle på:

- Der mangler aktuelt kvalificeret sundhedspersonale på sygeplejerske- og SOSU området
- Flere kommuner giver aktuelt udtryk for mangel på kvalificerede pædagoger
- Flere kommuner giver udtryk for mangel på kvalificerede lærere i de kommende år
- Der er et generelt behov for flere erhvervsuddannede i de kommende år
- Der mangler praktikpladser på psykiatri og social-specialområdet (primært SOSU området)

Med afsæt i ovenstående er det derfor vurderingen, at der er behov for nedenstående:

- Et politisk fora der kan dække grunduddannelsesområdet bredt.
- Et strategisk, politisk niveau der kan generere oplæg der understøtter, at kommunerne i hovedstaden prioriterer uddannelsesforpligtigelsen.
- Et fora der stiller sig i spidsen for, at kommunerne handler proaktivt på udvikling af fælleskommunale løsninger i forhold til praktik og uddannelse.
- Et fora der kan igangsætte nye fælleskommunale løsninger på de kommende års udfordringer
- Et fora der kan være fyrtårn for arbejdet i de forskellige uddannelsesudvalg.

Af mulige indsatser i de kommende år kan fremhæves:

- Medvirke til at forankre fortællingen om kommunerne som uddannelsesinstitutioner
- Løbende justering af strategier for uddannelse og efter-videreuddannelse
- Udvikling af fælles kliniske læringsmiljøer på tværs af kommuner, region og uddannelsesinstitutioner
- Afdækning af behov for og potentiale i at udvikle lokale (fælles-) kommunale læringscentre
- Forankring af Copenhagen Skills i hovedstadskommunerne
- Vurdere hvordan øgede tiltag i forhold til uddannelse, rekruttering og fastholdelse påvirker kommunernes økonomi

*Udvalgets sammensætning:*

Det anbefales, at bemande politisk uddannelses- og praktikpladsforum med borgmestre eller kommunalpolitikere som i forvejen er engageret i det uddannelsespolitiske samarbejde.

Det anbefales desuden, at der løbende indkaldes repræsentanter fra Region H, uddannelsessteder og faglige organisationer afhængigt af hvilke områder der drøftes.

På baggrund af ovenstående foreslås følgende sammensætning:

3 KKR medlemmer – politisk udpeget

Repræsentanter fra relevante grunduddannelser (afhængigt af hvilket område der drøftes -eksempelvis SOSU-, sygeplejerske-, og pædagogområdet).

Repræsentanter fra relevante faglige organisationer på grunduddannelsesområdet (afhængigt af hvilket område der drøftes).

1 Repræsentant fra Region Hovedstaden – politisk udpeget

Øvrige repræsentanter fra de forskellige fagområder indkaldes efter behov og afhængigt af, hvilket område der drøftes.

*Sekretariatsbetjening:*

KKR Hovedstadens sekretariat

### **3.6 Uddannelse af sygeplejersker - etablering af supplerende læringsmiljøer**

## Behov for ”supplerende klinisk læringsmiljø” som følge af et øget optag på sygeplejerskeuddannelsen

### Baggrund

Såvel den tidligere som den nuværende regering har ytret behov for at uddanne mere personale til sundhedssektoren. Det gælder både sygeplejersker samt social- og sundhedsmedarbejdere. Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden har, på opfordring fra Københavns Professionshøjskole, i april 2019 sagt ja til en øget dimensionering på yderligere 50 studerende med virkning fra august 2019. Parterne er enige om, at implementeringen af den øgede dimensionering forudsætter, at der skal findes nye løsninger på, hvordan den øgede uddannelsesopgave kan løftes.

Med dette som afsæt har man i hovedstaden afholdt møder på administrativt niveau omkring mulighederne for at handle proaktivt på denne dagsorden på tværs af Københavns Professionshøjskole, Region H og Kommunerne i KKR Hovedstaden.

### Massivt pres på uddannelsesopgaven i sundhedsvæsenet

Der er blandt parterne en fælles erkendelse af, at behovet for sygeplejersker vil være stigende i de kommende år inden for både somatikken, psykiatrien og primærsektoren. Samtidig er der enighed om, at aftagerfeltet aktuelt oplever et massivt pres på de afdelinger og medarbejdere, der løfter uddannelsesopgaverne i forbindelse med sygeplejerskeuddannelsen.

Det øgede pres skyldes primært to ting:

- Den øgede dimensionering af studerende. Siden 2015 er der optaget 150 flere studerende i Region Hovedstadens geografiske område. Pr. 1. september 2019 optages der årligt 1.260 sygeplejerskestuderende på Københavns Professionshøjskole. 43 procent af uddannelsen foregår i klinisk praktik på hospitaler, i psykiatrien og i kommunerne.
- Udviklingen i sundhedsvæsenet og fordelingen af opgaverne. Dette har ført til flere og mere komplekse behandlingsmuligheder, kortere indlæggelsestider med øget behov for tværfagligt samarbejde og koordinering med øvrige sektorer, flere psykiatriske patienter, øget ansvar i kommuner og almen praksis for patienter med kroniske sygdomme mv. Disse forandringer er med til at ændre den sygeplejefaglige opgave og dermed også uddannelsesopgaven.

### Vi skal kunne uddanne flere - bedre

I forbindelse med en øget dimensionering på sygeplejerskeuddannelsen foreslår parterne, at man som en del af en national aftale for sundhedsområdet er opmærksom på, at en øget dimensionering ikke alene kan løftes ved at tilføre midler på traditionel vis (eksempelvis til flere vejledere). Udfordringen er mange steder, at det ikke er muligt at rekruttere eller fastholde et tilstrækkeligt antal kvalificerede kliniske vejledere, og at der ikke er patienter/borgere nok (særligt i kommunerne), til at sikre gode og realistiske læringsforhold sammenholdt med den ændrede sygeplejefaglige opgave. Parterne foreslår derfor, at dele af uddannelsesopgaven organiseres på en ny måde, så man supplerer de nuværende klinikpladser og skaber mulighed for, at der kan uddannes flere sundhedsprofessionelle til fremtidens sundhedsvæsen.

Det kræver, at der fra centralt hold afsættes midler til at udvikle og etablere supplerende og støttende læringsmiljøer, som parterne omkring uddannelsen kan anvende i fællesskab. Det kunne ske ved at

etablere et fælles ”læringslaboratorium/uddannelseshus”, som kunne anvendes til forberedende klinisk uddannelse af sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle. Den konkrete udmøntning af et sådant læringslaboratorium/uddannelseshus kan tage flere former afhængigt af behov, men bygges op om et læringsmiljø, der afspejler og er fysisk tæt på den virkelige praksis, og som evt. kan udfordre de virkelige velfærdsopgaver og bringe løsninger tilbage til praksis.

### **Supplerende kliniske træning og uddannelse**

Formålet med et læringslaboratorium/uddannelseshus er at påbegynde og træne den kliniske læring under støttende betingelser, samtidig med at den tværfaglige/tværfaglige forståelse etableres. Det skal dog tydeligt understreges, at denne læring ikke er tænkt at skulle erstatte den almindelige kliniske uddannelse. Den almindelige kliniske læring vil fortsat udgøre hovedparten af den kliniske uddannelse. Inddragelse af studerende og elever skal således fortsat – og gerne i endnu større grad end i dag – være en integreret del af dagligdagen i alle dele af sundhedsvæsenet.

Læringen i et læringslaboratorium/uddannelseshus skal ses som et værdifuldt supplement til den eksisterende kliniske uddannelse, der udover at ”lette presset” fra klinikken – også giver gode muligheder for refleksion og diskussion, ligesom de studerende får mulighed for at afprøve og opnå øget sikkerhed i egen faglighed inden mødet med de rigtige patienter. I læringslaboratoriet/uddannelseshuset tænkes simulationstræning ind som en naturlig del af et uddannelsesforløb. Denne type af træning har igennem mange års forskning og dokumentation vist sig at være særdeles udbytterig i forhold til at øge fokus på og kvaliteten af deltagerens teoretiske, kliniske, samarbejds-mæssige og organisatoriske færdigheder. Træningen er med til at synliggøre, at vellykket behandling ikke alene handler om kliniske procedurer, men i lige så grad om træning i teamsamarbejde, koordination og kommunikation – afgørende kompetencer i nutidens og fremtidens sundhedsvæsen, og kompetencer som efterspørges af arbejdsgiverne fra alle sektorer.

Følgende opgaver kunne være en del af læringsmiljøet:

- Uddannelse af studerende og træning i de tværfaglige samarbejder
- Afprøvning af nye virkemidler
- Integration af teknologi og digitalisering som en naturlig del af udviklingsarbejdet
- Arbejde med innovation og omstilling af praksis
- Forskning og udviklingsprojekter
- Borger/patientkontakt under tæt supervision
- Temaarbejde på tværs af uddannelser og sektorer med fokus på fx diabetes, hjertesygdomme, kræft, forebyggelse, teknologi, personlig medicin mv.

Parterne har nedsat en arbejdsgruppe, som i løbet af foråret og sommeren 2019 kommer med indspil til udvikling af supplerende læringsaktiviteter. Derudover arbejdes der løbende på at udvikle andre initiativer ift. supplerende læringsmiljøer, hvor medarbejdere fra professionshøjskolerne, kommuner og region i fællesskab løfter uddannelsesopgaven, og hvor volumen af patienter/borgere pr. færdiguddannet professionsudøver er tilpasset undervisningssituationen.

### **Forudsætninger for at lykkes**

Parterne ønsker i forlængelse af ovenstående at gøre det centrale politiske niveau opmærksom på følgende:

- Uddannelse af flere sygeplejersker forudsætter, at aftagerfeltet får mulighed for at udvikle nye former for klinisk uddannelse. Det kræver dels tilførsel af ressourcer og dels oplæring af de nuværende medarbejdere. Dette er en forudsætning, hvis det både skal være muligt at uddanne

flere medarbejdere til fremtidens sundhedsopgaver og øge kvaliteten af uddannelsen af fremtidens sundhedspersonale.

- Den øgede dimensionering af studerende sammenholdt med udviklingen og fordelingen af opgaverne i sundhedsvæsenet gør, at dele af de øgede midler til den kliniske del af uddannelsen bør prioriteres på en ny måde.
- Etablering af læringslaboratorie/uddannelseshus kunne være en mulig løsning på de nuværende udfordringer omkring manglende kapacitet og borgere.

### **Rammer og finansiering af supplerende kliniske læringsmiljøer**

I Region Hovedstaden har man i afgrænsede perioder gjort sig erfaringer med at etablere supplerende kliniske læringsmiljøer i forbindelse med indfasning af den nye bekendtgørelse på sygeplejerskeuddannelsen.

Erfaringerne er gode, men har også tydeliggjort, at der er logistiske og økonomiske udfordringer i forbindelse med afholdelse af den type forløb, herunder adgang til/leje af ledige lokaler og finansiering af undervisere og oplægsholdere. Nedenfor er fremhævet et eksempel på et supplerende klinisk læringsmiljø og et estimat på udgifterne til etablering af et nyt fælles læringshus i hovedstaden.

Hvis der skal skabes mulighed for at etablere mere varige supplerende kliniske læringsmiljøer, eksempelvis med integration af kommunale sundhedshuse og akutfunktioner samt almen praksis, vil der således være behov for driftsfinansiering.

Parterne anbefaler, at forslag og betragtninger i dette notat medbringes til forhandlingerne med regeringen i forbindelse med de kommende finanslovsforhandlinger og den fremadrettede finansiering af uddannelsesopgaven på sundhedsområdet. I den forbindelse stiller parterne sig gerne til rådighed for drøftelser omkring dette.

#### Eksempel på supplerende klinisk læringsmiljø:

*I foråret 2018 afholdt Region Hovedstaden et "5. semester-overgangsforløb" for 450 sygeplejerskestuderende på 3 uger uden for de traditionelle rammer med relevante kliniske læringsmål og træningsfaciliteter. Forløbet blev afholdt over 2x3 uger med 225 studerende på hvert forløb. Den kliniske undervisning blev afholdt på et ledigt sengeafsnit på Amager Hospital samt på CAMES Rigshospitalet og CAMES Herlev. Desuden var der undervejs undervisning og oplæg i auditoriet på Gentofte Hospital, Frederiksberg Hospital og 1-dags konference på Herlev Hospital.*

*Hele forløbet kostede omkring 1,4 mio. kroner plus fuldtidsarbejde for 2 konsulenter, 2 praktikanter i 9 uger og med assistance af mange vejledere, undervisere og konsulenter fra klinisk praksis samt figuranter og patienter. Alle lokaler mv. blev benyttet uden omkostninger for forløbet.*

*Udover at give de studerende en mulighed for anden type læring udtrykte flere af de studerende efter forløbet, at de "nu godt turde være sygeplejersker" og at de "havde fået modet og selvtilliden tilbage, da der ikke var patienter, der kunne komme til skade".*

Estimat på omkostninger til udvikling af supplerende klinisk læringsmiljø:

Københavns Professionshøjskole har i anden sammenhæng lavet forskellige estimater omkring, hvordan et alternativt læringsmiljø på tværs af sundhedsuddannelserne med etablering af bygningsfysiske rammer og drift kan finansieres.

Et "praksis- og simulationshus" på 2.400 kvadratmeter kan indrettes, så det giver mulighed for, at en bred vifte af sundhedsuddannelser kan træne og øve kliniske handlekompetencer. Et hus i den størrelsesorden kan rumme undervisning af 100-150 studerende om dagen, i mindre hold.

Hvis man har en eksisterende bygning, kan denne bygges om for ca. 18.000 kr. pr. kvm. Hertil kommer indretning af huset som i fuld størrelse koster ca. 10. mio.

De totale etableringsomkostninger i en eksisterende bygning vil altså svare til ca. 53 mio. kr. for 2.400 kvadratmeter.

Hertil kommer drift af huset, altså gennemførelse af undervisning. Denne undervisning vil skulle foregå i mindre grupper, da der er tale om simulationsundervisning og praksistræning. Det er vurderingen, at gennemførelsen af undervisning for 100-150 studerende dagligt, i mindre hold, vil kræve ca. 18 årsværk svarende til ca. 10 mio. kr. Hertil kommer udgifter til materialer m.m. på ca. 3 mio. kr.

En samlet drift på årsbasis vil således være på 13 mio. kr.



### **3.7**

### **Forhandlinger om sundhedskoordinatorer og klinisk funktion**

## Status på igangværende forhandlinger med Region Hovedstadens Socialmedicinske Enhed – Sundhedskoordinatorer og Klinisk funktion

Region Hovedstaden konstaterede i 2017 et større underskud i Socialmedicinsk Enhed og inviterede KKR til forhandlinger af underskuddet og justering af prisstruktur. En administrativ arbejdsgruppe har siden 2017 mødtes og udvekslet synspunkter i forsøget på at finde en løsning. Det har indtil nu ikke vist sig muligt.

De kommunale repræsentanter har forhandlet med afsæt i nedenstående afsæt.

Det bemærkes i øvrigt, at kommunerne og regionen i dagligdagen har et godt samarbejde præget af høj faglighed.

### Baggrund om forhandlingerne med Socialmedicinsk Enhed (Sundhedskoordinatorer og klinisk funktion)

Ifølge [bekendtgørelsen for kommuners og regioners samarbejde om sundhedsfaglig rådgivning om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension m.v.](#) skal Socialmedicinsk Enhed tilbyde:

- 1) Sundhedskoordinatorer til rehabiliteringsmøder i kommuner
- 2) Klinisk funktion, som tilbyder udredninger af borgere

I hver region aftaler kommuner og region, hvordan priser og ydelser skal sammensættes.

Kommuner og region forhandlede i 2014 en ny aftale, som fra virkning i 2015 skulle genoprette økonomien i Socialmedicinsk Enhed og indhente forrige års opbygget underskud.

Siden 2014 har regionen drevet Socialmedicinsk Enhed med underskud.

### Årligt underskud i Socialmedicinsk Enhed i Region Hovedstaden

Underskud	Mio. kr.
2014	2,4
2015	3,6
2016	4,2
2017	6,0
2018	7,0

Kilde: Region Hovedstaden

Dato: 26. august 2019

Sags ID:

Dok. ID:

E-mail: SSAN@kl.dk

Direkte:

Albertslund Kommune  
Nordmarks Alle  
2620 Albertslund

[www.kl.dk/kkr-hovedstaden](http://www.kl.dk/kkr-hovedstaden)  
Side 1 af 2

Dato: 26. august 2019

**Kommunalt afsæt for forhandlinger af ny aftale**

Kommunerne har i forhandlingerne taget afsæt i følgende principper:

*Kommunerne anerkender behovet for en ny aftale*

Der skal indgås en aftale, der balancerer økonomi og serviceniveau.

*Budgetter og regnskaber for hhv. sundhedskoordinatorer og klinisk funktion skal adskilles*

Aktiviteterne er forskellige. Sundhedskoordinatorerne deltager i rehabiliteringsmøder i kommunerne, som er bundet op på lovkrav om rettidighed. Klinisk Funktion gennemfører længerevarende udredninger af borgere. En adskillelse er nødvendig for at kunne følge op og vurdere, om de aftalte priser balancerer for hhv. sundhedskoordinatorer og klinisk funktion.

*Sundhedskoordinator-aftale med afsæt i tilbagefaldsmodellen*

I bekendtgørelsen beskrives en model for beregning af pris på sundhedskoordinator (tilbagefaldsmodellen) i tilfælde af, at parterne ikke kan nå til enighed. Modellen betyder bl.a., at kommunerne fortsat ikke skal betale separat for lægernes transportudgifter og at lægelønninger skal være på niveau med de gennemsnitlige lønninger. Disse to præmisser har der indtil nu ikke været enighed om mellem parterne.

Et alternativ til tilbagefaldsmodellen er at justere prisen så den ligger på niveau med øvrige regioners niveau. Overordnet set er det forhandlingsgruppens vurdering, at der vil ske en mindre prisstigning uanset valg af grundlaget for prissætning.

*Færre unødvendige udredninger i klinisk funktion og prisstigning*

Kommunerne anerkender regionens behov for at få økonomien til at balancere, fx ved at kommunerne nedjusterer antallet af henvisninger, priserne opjusteres og der tilføjes en ny ydelse. Den nye ydelse skal dække over det serviceniveau, som klinisk funktion ofte giver kommunerne i dag uden at fakturere for det. Kommunerne kan derfor forventeligt blive nødt til at acceptere en prisstigning.

For at acceptere en prisstigning og aktivitetsnedgang skal kommunerne have sikkerhed for, at regionen er i stand til at følge op om fx 1-2 år, hvis regnskabstallene igen skulle komme ud af balance. Det er strengt nødvendigt at kunne forklare ydelsernes priser og om de er rimelige.

Kommunerne har bedt om forklaringer på, hvorfor og hvilke dele af omkostningerne, der er steget. Fra kommunal side ønskes et grundlag for dels at regulere, effektivisere på omkostningssiden for at begrænse prisstigningen, dels at skabe grundlaget for fremtidig økonomiopfølgning mhp., at der sikres balance ml. budget og omkostningsniveau for ydelserne fra klinisk funktion i Socialmedicinsk Enhed.

Med baggrund i ovenstående forsøges indgået en ny aftale, der fremover kan give en bedre balance mellem aktivitets- og budgetniveauet, samtidig med at den kommunale økonomi på området ikke udfordres.

Sags ID:

Dok. ID:

E-mail: SSAN@kl.dk

Direkte:

Albertslund Kommune  
Nordmarks Alle  
2620 Albertslund[www.kl.dk/kkr-](http://www.kl.dk/kkr-)

hovedstaden

Side 2 af 2

**5.1 Opsamling på politisk møde om samarbejdet i KKR  
Hovedstaden**

## Opsamling på det politiske møde om KKR-samarbejdet i hovedstaden den 19. august 2019

### Resumé

*Det tværkommunale samarbejde kommer til at vokse betydeligt - det bliver en nødvendighed. Dette bl.a. pga. et voksende forventningsgab mellem kommunernes ressourcer og borgernes forventninger. Der er behov for tæt KKR-samarbejde om bl.a. erhverv, sundhed, socialområdet, grøn omstilling, infrastruktur/mobilitet og rekruttering. Kommunerne skal sammen løfte blikket og se på den kommunale service fra et borger/virksomhedsperspektiv. En indgang og samarbejde på tværs af sektorer og fagområder går igen på alle områder og noget KKR-samarbejdet bør skubbe på. I forhold til erhverv bør KKR-samarbejdet søge at styrke sammenhæng i det nye erhvervsfremmesystem mellem kommuner, erhvervshus og Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. I forhold til infrastruktur er det vigtigt at holde fast i de fælles prioriterede infrastrukturprojekter, men vigtigt også at se på hovedstadsområdet som helhed og tænke grøn omstilling ind. I forhold til sundhed (fokus på psykiatri) er der behov for at reducere kompleksiteten/ antallet af indgange for borgerne og tænke i øget koordinering. I forhold til socialområdet skal der tænkes nyt for at tilbudsviften bliver mere relevant og aktuel, herunder i opgavefordelingen mellem region og kommuner, udvikle nye pladser og kompetenceudvikling af medarbejdere. Og i forhold til grøn omstilling er der et behov for ledelsesmæssig og faglig opbakning i kommunerne til samarbejdet i Energi på Tværs om bl.a. grøn energiomstilling, mobilitet og energieffektivitet. Endelig blev det i forhold til rekruttering til fremtidens velfærd foreslået at etablere fælles mentorordninger og et praktikejlederkorps på tværs af kommuner og professionalisere vejledning og introforløb yderligere. Det blev også foreslået, at etablere såkaldte satellit-uddannelser, hvor potentielle medarbejdere kan uddannes sig lokalt.*

### Uddybende

Formandskabet for KKR Hovedstaden havde den 19. august 2019 inviteret kommunalpolitikere i hovedstadsområdet til møde om KKR-samarbejdet. Ca. 60 personer deltog (ca. 100 var tilmeldt). Mødet blev indledt med oplæg fra chefredaktør på Mandag Morgen, Lisbeth Knudsen. Derefter var der drøftelser i grupper om tværkommunalt samarbejde i forhold til erhverv, infrastruktur, sundhed, grøn omstilling, rekruttering til fremtidens velfærd og det specialiserede socialområde.

**Lisbeth Knudsen** fremhævede et voksende forventningsgab mellem kommunernes ressourcer og borgernes forventninger som udslagsgivende for øget pres/behov for tværkommunalt samarbejde fremadrettet. Samtidig gør en igangværende bevægelse fra en forholdsvis forudsigelig borgeradfærd til en adfærd med nye individuelle krav og livsformer det nødvendigt at skifte fra et indefra-ud perspektiv for kommunerne til et udefra-ind tankegang. Kommunerne er fremadrettet en blandt flere spillere, der skal skabe rammer for det gode liv. Store forandringer på 1) sundhedsområdet; 2) socialområdet og 3) uddannelse og arbejdsmarked vil sammen med det forbundne samfund (smart cities, smart services og data etik) komme til at binde kommunerne mere sammen. Dette vil sammen med behov for nære fællesskaber (relationerne) via lokal aktivisme, flere singler, ensomhed og landsbyen i storbyen være rammer for kommunerne fremadrettet.

På fagsessionen om erhverv (ved borgmester Morten Slotved og direktør for Erhvervshus Hovedstaden Liselotte Stokholm) var fokus særligt på det nye erhvervsfremmesystem og erhvervshuset nye rolle i forhold til at servicere alle virksomheder (ikke kun vækstvirksomheder). Se vedlagte slides. Generelt var der opbakning til samarbejdet om erhvervshuset, men

behov for større klarhed om, hvordan den enkelte kommune kan arbejde også i forhold til Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse og nationale erhvervsfremmemidler. Flere ønsker en klarere sammenhæng mellem kommuner, erhvervshus og Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse. Enkelte kommuner ønsker at bevare lokale erhvervsråd og søgte i den forbindelse afklaring om rollefordeling med Erhvervshuset.

Under **infrastruktur** (ved borgmester Steen Christiansen og kommunaldirektør Morten Winge) var der opbakning til de 7+3 VIP-infrastrukturprojekter, som KKR Hovedstaden har besluttet at stå sammen om for at styrke fremkommeligheden i hovedstadsområdet. Centrale synspunkter i drøftelsen var:

- Det er vigtigt, at se på hovedstadsområdet som en helhed - hvad er det for en region vi ønsker at have, og hvor vil vi hen med vores hovedstad? Evt. inspiration fra Greater Copenhagen-samarbejdet
- Vigtigt at se på grønne og kollektive transportmuligheder i VIP-projekterne for at imødekomme både egne og den nye regerings fokus på grøn omstilling. F.eks. en bane reserveret til pendlertrafik, nye "5C-løsninger", samkørsel etc.
- Trængsel og støjgener bør være tværgående temaer for VIP-projekterne
- Overvej om man kan styrke centrene omkring de større "provinsbyer", så folk ikke behøver at pendle så langt. Forslag om at se på roadpricing
- Saml nye boligområder omkring stationer og husk at byudvikling skal følges op af infrastruktur. Fokus på erhvervsudvikling i Nordsjælland
- Obs. på trafiksikkerhed.

Sessionen om **sundhed** (ved byrådsmedlem Birgit Roswall og kommunaldirektør Anders Agger) havde fokus på fælles løsninger for psykiatrien. Som patient med psykisk sygdom/misbrug evt. kombineret med en somatisk lidelse står man med mange indgange og kontaktpersoner i det offentlige system - både regionale og kommunale. For en patient med ovennævnte lidelser kan dette være uoverskueligt. Derfor vigtigt med samarbejde på tværs både regionalt/kommunalt og kommunalt/kommunalt. Centrale pointer fra dialogen var:

- Klar ansvarsfordeling: Ansvar for behandling er delt mellem to parter (region og kommune). Udfordringen består i, at ansvaret nemt kan falde mellem to stole og ingen tager det
- Frihed til at handle: Den enkelte medarbejder skal kunne handle, lovgivning kan være i vejen for dette. Der skal kunne laves en fælles plan for borgeren
- Mindre kompleksitet: Der går meget tabt når mange forskellige personer og faggrupper skal ind over en borgers/patients forløb. Én indgang bør tilstræbes. Vigtigt at få gang i en dialog kommunerne i mellem
- Realisme på borgerens vegne/udgangspunkt i individet: Hvis en borger ikke kan have et job, så kan man tænke i, at give ham/hende pauser, således, at der ikke hver uge skal stilles på eks. arbejdsmarkedskontor eller lignende. Der skal målsættes en realistisk ramme for borgeren. Det vigtigste for borgeren skal løses først.
- Netværksmøder: Netværksmøder er vigtige og muligheden for at tale sammen på tværs af kommuner, faggrupper og sektorer. Der kan være behov for netværksmøder på to niveauer: Et som i dag hvor det er alle regionale og kommunale faggrupper/behandlere omkring borgeren, der mødes. Og et niveau hvor det kun er de kommunale sagsbehandlere mv., der mødes. Sammenlægges nogle af de kommunale tilbud, kan det måske hjælpe

- Gennemsigtighed: Der er behov for, at alle kontaktpersoner/behandlere kan se, hvad hinanden laver og dele dette. Udfordringer med GDPR, men vi må meget, hvis borgeren siger ja til datadeling. Manglende gennemsigtighed og samtykke til datadeling kan være udmattende for borgeren, der skal fortælle sin historie igen og igen og denne kan måske ændre sig alt efter dagen man rammer borgeren på
- Teknologi: Man kan bruge eks. Apps, som unge kan bruge. Så kan de sårbare børn og unge beskrive og vise, hvordan de har det. APP - Min Plan findes i ungdomspsykiatrien i Glostrup. Og således kan læge/kontaktperson få adgang hertil i behandlingen/udredningen/forebyggelse
- Misbrug/psykiatri: Det er en udfordring, at mange afvises i psykiatrien på grund af misbrugsproblemer.
- Samarbejdspartner og suverænitet: Vi som kommuner er endnu ikke så god en samarbejdspartner, da vi ikke selv er helt gearret endnu. Kunne man forestille sig, at vi/kommunerne ville afgive noget suverænitet til andre, ift. behandling og penge til forskellige borgere.
- Borgeren i centrum: Vigtigt at borgeren får det, som vedkommende har behov for. Borgeren skal kunne overskue situationen. Der er behov for én kontaktperson – En der samler trådene. Vi skal sætte borgeren først – også mellem kommunerne. Borger og pårørende bevæger sig på tværs, og det skal vi kunne imødekomme
- Kigge udad – Hvad er kommunerne til for? Hvordan oplever borgeren kommunens indsatser? Som noget altoverskyggende eller som en del af en større helhed
- Systemfejl og lovgivning spænder ben: Der skal gøres op med systemet, når det kommer til målgrupper, der falder mellem to stole. Når udsatte får tildelt en masse indsatser og behandlinger, fordi de har behovet. Men det hele falder til jorden, fordi de selv skal koordinere og prioritere i hverdagen. Kan fagpersoner flytte sig på tværs af sektoren? Hvordan kan vi forebygge i en tidlig alder og understøtte borgerens behov hele livet, særligt i overgangen fra barn/ung til voksen.

Læs evt. mere her [www.psykiatri-regionh.dk/netværksmøder](http://www.psykiatri-regionh.dk/netværksmøder).

På sessionen om det **specialiserede socialområde** (v. borgmester Steen Christiansen og direktør Henrik Abildtrup) var fokus særligt på de stigende udgifter og udfordringer med at få tilbudsviften til at passe med behovet/målgrupperne. Der var følgende hovedpointer fra dialogen:

Vedr. hjemtagning samt opgavefordelingen ml. kommuner og region:

- Drøftelser af fordele (fx geografisk nærhed, som mange borgere i målgruppen profiterer af) vs. ulemper (fx mindre specialiseringsgrad og sundhedsudgifter der følger med, når kommunen bliver bopælskommune)
- Fælles opmærksomhed på en udvikling, hvor kommunerne har været optagede af at tage de specialiserede opgaver hjem: Måske er tiden inde til at give nogle af dem tilbage til regionen?
- Fælles genkendelse af udfordringen med kommunernes manglende incitament til at bygge nyt: Det kalder på åbenhed overfor at invitere regionen ind, hvis kommunerne ikke kan løse det v. at udvide eksisterende kapacitet eller selv opføre tilbud

Vedr. udvikling af tilbudsviften:

- Fælles opbakning til at fordeling af anlægsudgiften v. evt. nye tilbud er nødvendig

- Fælles opmærksomhed på *fleksibilitet* (ex: målgruppen forandrer sig gennem livet og deres boligbehov forandrer sig gennem livet) og *skala* (ex: i dag ville man næppe bygge store tilbud til mange borgere – udviklingen går mere mod små enklaver i noget større)
- Fælles opbakning til at tænke i nye baner - §60selskaber blev også foreslået undersøgt som en mulighed

Vedr. kvalitet og efteruddannelse:

- Fælles opmærksomhed på, om de professionelles kompetencer udvikles i takt med at målgruppen forandrer sig - det er vigtigt med fokus på efteruddannelse samt fokus på det forebyggende arbejde (helt ned i skoler og daginstitutioner)

I sessionen om **rekruttering til velfærdsområderne** (ved borgmester Karsten Søndergaard og direktør Niels Milo) var der oplæg fra sygeplejerskestuderende Nicoline Sjøberg, som kom med bud på, hvad kommunerne kan gøre, hvis hun og andre potentielle medarbejdere skal overveje at søge job i en kommune efter endt uddannelse. Nicoline fremhævede, at det gode praktiksted for en studerende er et sted, hvor der er tid til læring og en synlig og tilgængelig vejleder/mentor, som man kan sparre med. Behovet for en mentor og introforløb blev fremhævet som noget, der kan gøre det attraktivt at vælge en kommune som en kommende arbejdsplads. Desuden blev gode arbejdstider og sammensætning af realistiske fuldtidsjob fremhævet. Endelig opfordrede Nicoline til bedre sammenhæng mellem skole og praktiksted, så overgangen mellem de to læringsrum bliver mere naturlig – herunder, at dialog og videndeling mellem undervisere på skole og praktiksted opprioriteres.

I den efterfølgende dialog var der opbakning til, at KKR spiller en rolle i forhold til uddannelse og rekruttering. Det blev nævnt, at udfordringen omkring rekruttering er kompleks og ikke kun handler om manglende studerende og medarbejdere, men også om den interne konkurrence mellem kommunerne om de kvalificerede kandidater, herunder lønniveau og attraktive arbejdsvilkår.

Der var enighed om, at der fremadrettet er behov for, at:

- KKR arbejder strategisk og politisk med uddannelse og rekruttering
- Tale velfærdsjobs og arbejdet i kommunerne op
- Undersøge mulighederne for at etablere fælles mentorordninger og et ”praktikvejlederkorps” på tværs af kommuner og professionalisere vejledning og introforløb yderligere
- Arbejde på at etablere ”satellit-uddannelser”, hvor potentielle medarbejdere kan uddannes sig lokalt

Session om **grøn omstilling** (ved direktør Poul Erik Lauridsen, Gate 21) fokuserede på det tværkommunale samarbejde om projektet Energi på Tværs med særlig fokus på projekter i forhold til grøn energi, energieffektivitet og transport/mobilitet. Drøftelsen fokuserede særligt på el-ladestander og omstilling af kommunernes bil-flåder, hvor Gate 21 kan hjælpe med analyser, erfaringer og strategier. Mulighed for fælles kommunale udbud og øget samarbejde med regionen blev fremhævet. Derudover var fokus på forsikringsordninger i forhold til geotermi, samarbejde om kommunale forsyningsstrategier, udfordringen ved brug af biomasse og behov for udbygning af el-infrastruktur. Flere fandt, at KKR havde en vigtig rolle i forhold til koordinering.