

Praksisplan for
almen praksis
Region Midtjylland
1. del

Juni 2014

Praksisplan for almen praksis

<i>1. Indledning.....</i>	<i>3</i>
<i>2. Resume af målsætninger og anbefalinger vedrørende lægedækning.....</i>	<i>4</i>
<i>3. Praksisplanudvalgets forståelse af lægedækning.....</i>	<i>8</i>
<i>4. Målsætninger og anbefalinger for 1. del af praksisplanen.....</i>	<i>9</i>
4.1. Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen.....	9
4.2. Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen.....	11
4.3. Nyttiggørelse af almen medicinske speciallægekompetencer igennem nedsættelse eller ansættelse i almen praksis.....	14
4.4. Lægedækning af borgere, som opholder sig fast eller midlertidig mere end 15 km fra egen læge.....	15
<i>5. Lovgrundlag.....</i>	<i>17</i>
<i>6. Forankring af praksisplanarbejdet i Praksisplanudvalget.....</i>	<i>17</i>
<i>7. Milepæle i arbejdet med 1. del af praksisplanen.....</i>	<i>18</i>
<i>8. Indholdsmæssige perspektiver for 2. del af praksisplanen.....</i>	<i>19</i>
<i>BILAG 1.....</i>	<i>21</i>
<i>TABELLER OG FIGURER.....</i>	<i>21</i>
<i>BILAG 2.....</i>	<i>27</i>
<i>LÆGEDÆKNINGSVURDERING 2014.....</i>	<i>27</i>
<i>KOMMUNESPECIFIKKE BESKRIVELSER AF LÆGEDÆKNING.....</i>	<i>27</i>

1. Indledning

Det nære sundhedsvæsen skal løse de sundhedsopgaver, som ud fra et kvalitetsmæssigt og økonomisk hensyn, bedst løses tæt på borgeren og i samarbejde med borgeren – med andre ord; på borgerens præmisser.

Med praksisplanen for almen praksis er fokus rettet mod de praktiserende lægers rolle, som i samarbejde med kommunerne og hospitalerne leverer sundhedsydelse og løser sundhedsopgaver til gavn for borgerne i det nære sundhedsvæsen.

Praksisplanen skal fastlægge, hvordan almen praksis' virke bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne både i det nære tværsektorielle sundhedsvæsen og mellem det nære sundhedsvæsen og det specialiserede hospitalsvæsen.

Det skal ske med baggrund i den rolle, som den praktiserende læge har for den enkelte borger, nemlig som den sundhedsperson, som borgeren henvender sig til ved sygdom eller med symptomer og ængstelse for sygdom.

Den praktiserende læge håndterer langt hovedparten af de sygdomsproblemer, som borgerne henvender sig med. Hvor der er behov for specialkompetencer visiteres til andre dele af sundhedsvæsenet, til den øvrige praksissektor samt henvises til kommunale tilbud.

Praksisplanen er et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis, og beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, hvilke snitflader og sammenhænge, der er til det øvrige sundhedsvæsen og den kapacitetsplanlægning, som er forudsætningen herfor. Udarbejdelse af praksisplanen foregår fremadrettet i regi af Praksisplanudvalget.

Nærværende plan udgør 1. del af den samlede praksisplan for almen praksis i Region Midtjylland, og har sit hovedfokus på lægedækning.

2. Resume af målsætninger og anbefalinger vedrørende lægedækning

Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærhed af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin
- ❖ at både nærhed og kontinuitet opnås i lægedækningen, men hvor begge hensyn ikke kan imødekommes samtidig, prioriteres kontinuitet højere end nærhed til bopæl

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at der i regi af Praksisplanudvalget foretages en årlig vurdering (i 4. kvartal) af, om der er områder i regionen, der er lægedækningstruede
- ❖ at der sikres besættelse af ydernumre, som ikke videresælges mellem praktiserende læger, ved at tage de redskaber i anvendelse, som følger af sundhedsloven og overenskomsten:
 - Lægedækning ved fordeling af patienter til praktiserende læger i området
 - Lægedækning ved etablering af satellitpraksis
 - Lægedækning ved salg af ydernumre, også til læger som allerede ejer ydernumre (max. 6)
 - Lægedækning ved udbud til private aktører
 - Lægedækning ved midlertidig etablering af regionsklinik

Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at der er adgang til praktiserende læge for alle borgere i regionen igennem en hensigtsmæssig fordeling af kapaciteten og ved at der skabes vilkår for de alment praktiserende læger, som gør det attraktivt at nedsætte sig over hele regionen

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at der løbende orienteres om rekrutteringssituationen i regionen på Praksisplanudvalgets møder
- ❖ at tidsbegrænsede tilladelser til delepraksis og nedsat normtal (ved nynedsættelse) anvendes med henblik på rekruttering til lægedækningstruede områder

- ❖ at aftale om generationsskifte i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser anvendes med henblik på rekruttering til lægedækningstruede områder
- ❖ at der som rekrutteringstiltag i de lægedækningstruede områder kan ydes økonomisk støtte i form af:
 - tilskud til dækning af flytteomkostninger
 - tilskud til dækning af udgifter til løst inventar
 - midlertidigt omstillingstilskud til personale
 - garanti for afhænding af inventar, møblement og udstyr ved ophør
 - hjælp til salg af praksis
 - aftale om ydernummer på licens
- ❖ at tutorpraksisfordelingen tilpasses under hensyntagen til behovet for at sikre tilknytning og kendskab til de områder i regionen, som potentielt er lægedækningstruede
- ❖ at de regionale forskelle af demografisk og sociogeografisk karakter inddrages i arbejdet med 2. del af praksisplanen
- ❖ at løsninger med øget anvendelse af honoreringsdifferentiering på baggrund af de demografiske og sociogeografiske forskelle adresseres centralt i forhold til en langsigtet sikring af lægedækning

Nyttiggørelse af almen medicinske speciallægekompetencer igennem nedsættelse eller ansættelse i almen praksis

Det er et mål for Praksisplanudvalget:

- ❖ at der er adgang til praktiserende læge for alle borgere i regionen ved at speciallæger i almen medicin nedsætter sig som praktiserende læger eller får ansættelse i praksis

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at tildeling af vagtlægeydernummer fortsat begrænses, således at reglerne for vagtlægekørsel understøtter incitamentet hos speciallæger i almen medicin til at nedsætte sig i almen praksis eller til at få ansættelse i almen praksis

Lægedækning af borgere, som opholder sig fast eller midlertidig mere end 15 km fra egen læge

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at lægedækningen omfatter alle borgere i regionen - også borgere, som opholder sig mere end 15 km. fra egen læge:
 - fordi de er omfattet af et kommunalt tilbud
 - fordi de har valgt en læge, som på grund af afstand ikke er forpligtet til at aflægge sygebesøg

Praksisplanudvalget viderefører, som en del af arbejdet med 2. del af praksisplanen, drøftelserne om de følgende to modeller med henblik på udmøntning af ovenstående målsætning i konkrete indsatser:

1. Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler kommunale og regionale repræsentanter i Praksisplanudvalget:

- ❖ at lægedækningen af borgere med ophold mere end 15 km. væk fra almen praksis baserer sig på følgende principper:
 - at egen læge er primær kontaktperson ved behov for sygebesøg
 - at stedlig læge har sygebesøgsforpligtelsen og at det i de konkrete tilfælde sker efter aftale med egen læge
- ❖ at de kommunale akutpladser er bemanded på et niveau svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- ❖ at den endelige aftale om lægedækning ved sygebesøg udmøntes som en del af den underliggende aftale til praksisplanen

2. PLO-Midtjyllands repræsentanter i Praksisplanudvalget er ikke enige i, at den konkrete indsats beskrevet ovenfor er tilstrækkelig til at indfri målsætningen, og anbefaler en fleksibel model, som baserer sig på følgende principper:

- ❖ at følgende læge(r) påtager sig ansvaret for patientens alment medicinske behandling for tilmeldte patienter mere end 15 km fra lægens praksis:
 - A: Egen læge.
OG/ELLER
 - B: Stedlig læge.
OG/ELLER
 - C: Kommunen ansætter en speciallæge i almen medicin, om muligt en alment praktiserende læge fra lokalområdet.
- ❖ at de kommunale akutpladser er bemanded på et niveau svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger

- ❖ at den endelige aftale om lægedækning ved sygebesøg udmøntes som en del af den underliggende aftale til praksisplanen

3. Praksisplanudvalgets forståelse af lægedækning

Lægedækning forstås i overenskomstmæssig sammenhæng som sikringen af, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens gruppe 1 sikrede borgere kan tilmeldes en alment praktiserende læge inden for 15 km. Det afdækkes gennem en årlig høring blandt de praktiserende læger.

Praksisplanudvalget anlægger i praksisplanen en bredere forståelse af begrebet lægedækning end den overenskomstmæssige forståelse.

Praksisplanudvalget ønsker, at lægedækning også omfatter borgere, der fast eller midlertidigt opholder sig mere end 15 km fra egen læges praksis.

Der kan være forskellige årsager hertil. Afstanden mellem borger og praktiserende læge kan skyldes, at borgeren opholder sig midlertidigt på kommunale akutpladser/midlertidige pladser. Afstanden mellem borger og praktiserende læge kan også skyldes, at borgeren har valgt en læge, som bor mere end 15 km fra egen bopæl, og at borgeren på denne baggrund har frasagt sig sygebesøg fra egen læge på grund af afstanden.

Praksisplanudvalget lægger denne forståelse til grund for de målsætninger og anbefalinger for praksisplanen, som skal bidrage til at sikre lægedækningen i Region Midtjylland i planperioden fra 2014-2017.

4. Målsætninger og anbefalinger for 1. del af praksisplanen

I det følgende udfoldes de mere specifikke målsætninger, som endelig under hvert punkt omsættes til indsatser i form af Praksisplanudvalgets konkrete anbefalinger.

4.1. Kontinuitet og nærhed i lægebetjeningen

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at alle borgere i Region Midtjylland kan tilmeldes en praksis i nærhed af deres bopæl, som lægebetjenes kontinuerligt af speciallæger i almen medicin
- ❖ at både nærhed og kontinuitet opnås i lægedækningen, men hvor begge hensyn ikke kan imødekommes samtidig, prioriteres kontinuitet højere end nærhed til bopæl

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at der i regi af Praksisplanudvalget foretages en årlig vurdering (i 4. kvartal) af, om der er områder i regionen, der er lægedækningstruede
- ❖ at der sikres besættelse af ydernumre, som ikke videresælges mellem praktiserende læger, ved at tage de redskaber i anvendelse, som følger af sundhedsloven og overenskomsten:
 - Lægedækning ved fordeling af patienter til praktiserende læger i området
 - Lægedækning ved etablering af satellitpraksis
 - Lægedækning ved salg af ydernumre, også til læger som allerede ejer op til ydernumre (max. 6)
 - Lægedækning ved udbud til private aktører
 - Lægedækning ved midlertidig etablering af regionsklinik

Baggrund for målsætning og anbefaling

Når en praktiserende læge vælger at ophøre med at drive praksis, kan ydernummeret sælges til en speciallæge i almen medicin (jf. overenskomstens § 17, stk.5), hvorved praksis videreføres. Hvor et ydernummer ikke umiddelbart kan afsættes og står ledigt igennem længere tid på trods af salgsbestræbelser, kan et område blive lægedækningstruet, hvis der samtidig ikke findes ekstra kapacitet hos andre praksis inden for rimelig geografisk afstand.

Lægedækningstruede områder søges identificeret på forhånd. Hvert år i 4. kvartal, i forlængelse af den årlige lægedækningshøring, vil Praksisplanudvalget således drøfte lægedækningssituationen i regionen, og eventuelt på denne baggrund fastlægge aktuelle eller kommende lægedækningstruede områder. De udpegede områder vil fremgå af bilag 2 til praksisplanen og ændres altså årligt.

For at sikre lægedækningen i en situation, hvor det ikke har været muligt med videresalg internt mellem læger, skal de redskaber, som er fastlagt i såvel overenskomsten og i Sundhedsloven, anvendes.

I anvendelsen af disse redskaber skal der tages hensyn til, at almen praksis er en del af det nære sundhedsvæsen, hvor sundhedsopgaven skal løses lokalt og tæt på borgerne. Derfor er

nærhed og dermed den geografiske lokalisering af praksis væsentlig, så længe det ikke har negativ betydning for kvaliteten. Dette gælder i særdeleshed for de borgere, som har et højt forbrug af praksisydelser, hvilket typisk har sammenhæng med alder. Antallet af henvendelser og besøg i almen praksis er højst i den ældste del af befolkningen, hvor sygdomsforekomsten også er hyppigst (Kilde: Danmarks Statistik). Især for ældre mennesker, som samtidig har nedsat mobilitet, har det betydning, hvor lang afstanden er til den praktiserende læge.

I anvendelsen af disse redskaber skal der også tages hensyn til, at den praktiserende læges rolle som koordinator og tovholder især er vigtig for patienter, som udredes på baggrund af mistanke om alvorlig sygdom eller for patienter med kronisk sygdom. På disse tidspunkter er det afgørende for patienterne, at der er en *kontinuerlig* lægebetjening, hvor læger er fast tilknyttet praksis i et længerevarende forløb, og hvor den konkrete patient således har mulighed for at se den/de samme praktiserende læger.

Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at såvel nærhed som kontinuitet i lægebetjeningen er væsentlige hensyn ved tilrettelæggelsen af lægedækningen. Begge hensyn skal således søges indfriet i anvendelsen af redskaber med det formål at sikre lægedækning, når videresalg af ydernumre mellem læger ikke er muligt. Kontinuitet og nærhed er begge forhold, som har betydning for de grupper af befolkningen, som har en høj besøgsfrekvens i almen praksis. Hensynet til både nærhed og kontinuitet på en gang kan f.eks. indfries ved etablering af satellitpraksis som redskab til at sikre lægedækning frem for fordeling af patienter til nærmeste praktiserende læge.

Praksisplanudvalget konstaterer dog samtidig, at der vil være tilfælde, hvor begge hensyn ikke kan imødekommes på samme tid.

Som redskab til at løse lægedækningsudfordringerne har vikardækning af almen praksis f.eks. været anvendt. Vikardækning sikrer lægebetjeningen på de geografiske lokaliteter, hvor almen praksis er placeret og imødekommer dermed hensynet til nærhed. Vikardækningen betyder dog samtidig, at der ikke er nogen fast læge, som er dedikeret til praksis og det lokale område samt den patientpopulation, som er tilmeldt praksis. Ligeledes kan samling af ledige ydernumre i større enheder være et af flere elementer til at sikre rekruttering, idet de yngre læger ofte lægger vægt på mulighederne for kollegial sparring, som ikke på samme vis opnås i enkeltmandspraksis. Sådanne tiltag vil ligeledes gå på kompromis med nærheden i placering af praksis med henblik på at opnå en kontinuerlig lægedækning.

Hvis det ikke i den konkrete situation er muligt at opnå både nærhed og kontinuerlig adgang til praktiserende læge, er det Praksisplanudvalgets opfattelse, at en kontinuerlig lægedækning skal prioriteres højest.

4.2. Attraktive forhold for nedsættelse i almen praksis over hele regionen

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at der er adgang til praktiserende læge for alle borgere i regionen igennem en hensigtsmæssig fordeling af kapaciteten og ved at der skabes vilkår for de alment praktiserende læger, som gør det attraktivt at nedsætte sig over hele regionen

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at der løbende orienteres om rekrutteringssituationen i regionen på Praksisplanudvalgets møder
- ❖ at tidsbegrænsede tilladelser til delepraksis og nedsat normtal (ved nynedsættelse) anvendes med henblik på rekruttering til lægedækningstruede områder
- ❖ at aftale om generationsskifte i overensstemmelse med overenskomstens bestemmelser anvendes med henblik på rekruttering til lægedækningstruede områder
- ❖ at der som rekrutteringstiltag i de lægedækningstruede områder kan ydes økonomisk støtte i form af:
 - tilskud til dækning af flytteomkostninger
 - tilskud til dækning af udgifter til løst inventar
 - midlertidigt omstillingstilskud til personale
 - garanti for afhænding af inventar, møblement og udstyr ved ophør
 - hjælp til salg af praksis
 - aftale om ydernummer på licens
- ❖ at tutorpraksisfordelingen tilpasses under hensyntagen til behovet for at sikre tilknytning og kendskab til de områder i regionen, som potentielt er lægedækningstruede
- ❖ at de regionale forskelle af demografisk og sociogeografisk karakter inddrages i arbejdet med 2. del af praksisplanen
- ❖ at løsninger med øget anvendelse af honoreringsdifferentiering på baggrund af de demografiske og sociogeografiske forskelle adresseres centralt i forhold til en langsigtet sikring af lægedækning

Baggrund for målsætning og anbefaling

Ifølge overenskomsten gennemføres der på årligt basis en lægedækningshøring, hvor de praktiserende læger angiver, hvor mange patienter, som ønskes tilmeldt praksis udover de 1600 patienter, som er minimumsnormtallet. På baggrund af den seneste

lægedækningshøring må det konkluderes, at der er ekstrakapacitet i Region Midtjylland¹. Ekstrakapaciteten i regionen er dog skævt fordelt (jf. figur 2, Bilag 1), og er hovedsagligt koncentreret i og omkring de større byer i øst..

Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at ekstrakapaciteten udgør et passende niveau, og at yderligere udbygning af ekstrakapaciteten i disse områder vil have konsekvenser for lægedækningen i de potentielt lægedækningstruede områder.

Praksisplanudvalget ønsker, at den lægelige kapacitet bliver hensigtsmæssigt fordelt i regionen igennem sikringen af attraktive vilkår for rekruttering til de områder i regionen, som er lægedækningstruede.

Hvad der er attraktive vilkår i nedsættelsessammenhæng er personafhængigt. Forskellige forhold vil spille en rolle som f.eks. hensynet til familien herunder kendskab til et specifikt område og dets muligheder, faglig udvikling/samarbejde med kolleger, arbejdsbelastningen og indtjeningsmuligheder.

Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at rekrutteringen til lægedækningstruede områder ikke skal forsøges løst igennem en økonomisk understøttelse i form af varigt tilskud til praksis i enkelte dele af regionen.

Samtidig anerkender Praksisplanudvalget dog, at midlertidigt økonomisk tilskud direkte eller indirekte kan have betydning for rekrutteringen. Der kan f.eks. være tale om midlertidig økonomisk tilskud til dækning af flytteomkostninger, tilskud til dækning af udgifter til inventar eller omstillingstilskud til personale. Der kan også være tale om indirekte løsninger, hvor den økonomiske støtte udgøres af, at der ydes administrativ hjælp til salg af praksis, og at der indgås aftale om ydernummer på licens, som er mindre forpligtende, og dermed mindre økonomisk bindende.

Arbejdsbelastningen kan også have indflydelse på rekrutteringen. Tilladelse til delepraksis og generationsskifteaftaler samt aftale om nedsat normtal kan bidrage til at lette arbejdsbelastningen for den enkelte læge i forhold til de fastsatte minimumsnormtal på 1600 tilmeldte borgere pr. læge. Det er Praksisplanudvalgets opfattelse, at disse redskaber skal anvendes som rekrutteringstiltag i regionens lægedækningstruede områder². Dette betyder samtidig, at konsekvenserne af anvendelse af disse redskaber i ikke-lægedækningstruede områder bør overvejes nøje i de konkrete tilfælde, da kapaciteten i regionen skævvrides yderligere derved.

Nedsættelse i almen praksis betyder en involvering i lokal området enten igennem samtidig bosættelse måske sammen med evt. familie, men i hvert fald som lokalområdets

¹ Kapacitetsberegningen, som viser, at der er en ekstra kapacitet på 117.890 patienter baserer sig på de overenskomstmæssige bestemmelser om, at en praktiserende læge skal have åbent for op til minimum 1600 patienter til sin praksis. I forbindelse med lægehøringen fik lægerne også mulighed for at ønske færre end 1600 patienter. Ud fra denne opgørelse falder den overordnede "ekstrakapacitet" til ca. 69.000 patienter.

² Det følger af overenskomsten, at Samarbejdsudvalget for Almen praksis træffer beslutning om tilladelse til delepraksis begrundet i andre forhold som f.eks. sygdom eller øvrigt relevantarbejde som f.eks. undervisning mv.

praktiserende læge. Derfor spiller oplevelsen af det konkrete område også en rolle som udgangspunkt for arbejdsplads eller arbejdsplads/privatliv. I den sammenhæng har det betydning, at en meget stor del af uddannelsestiden for en almen mediciner under uddannelse forløber med en geografisk forankring omkring de større byer i Region Midtjylland, hvor der er et akuthospital. Dette er til forskel fra tidligere, hvor læger under uddannelse også havde ophold på de hospitaler, som var beliggende i de mindre provinsbyer i regionen/amterne, og dermed fik en tilknytning til disse områder, som er i længere afstand fra de store byer. Praksisplanudvalget ønsker at understøtte de uddannelsessøgende lægers mulighed for at få kendskab til de områder i regionen, som er i geografisk afstand fra de større byer. Det er vurderingen, at et bidrag hertil vil være at tilpasse den geografiske placering af tutorpraksis i regionen.

Det er fra undersøgelser af nyuddannede almen medicinere præferencer i nedsættelsessammenhæng kendt, at samarbejde med kollegaer i praksisfællesskaber foretrækkes af flertallet. Organiseringsformen i almen praksis er under forandring fra overvejende enkeltmandspraksis til praksisformer, som baserer sig på samarbejde. Der er regional variation, når det kommer til udbredelsen af de forskellige typer praksisformer, idet også befolkningsgrundlaget i et specifikt område har betydning for, om der reelt er grundlag for et samarbejde mellem flere kollegaer. Det er imidlertid Praksisplanudvalgets opfattelse, at en ændret praksisform kan have betydning for rekrutteringsmulighederne, og som det fremgår af punkt 3.1 prioriterer Praksisplanudvalget samtidig muligheden for rekruttering af en fast praktiserende læge med henblik på kontinuitet højere end nærhed, hvis begge hensyn ikke kan imødekommes på en gang.

I relation til ønsket om at skabe attraktive vilkår for almen praksis over hele regionen konstaterer Praksisplanudvalget, at betingelserne for at være alment praktiserende læge er grundlæggende forskellige i regionen – en forskel, som må forventes udbygget i de kommende år. De grundlæggende forskelligheder skyldes strukturelle forhold som den demografiske udvikling i regionen og de sociogeografiske³ forhold, som begge har sammenhæng til sygdomsforekomsten og efterspørgslen efter sundhedsydelse i almen praksis (jf. Danmarks Statistik).

Befolkningstilvæksten er således faldende i den vestlige del af Region Midtjylland i perioden fra 2014-2017, men stigende i den ældre andel af befolkningen fra 60 år og op. Modsat i den østlige del af Region Midtjylland, hvor den generelle befolkningstilvækst også afspejles i de enkelte befolkningsgrupper fra 20 år og op (jf. tabel 1, Bilag 1). Tilsvarende afspejler undersøgelser af befolkningens sundhed i Region Midtjylland, at der er betydelig variation både mellem kommunerne i Region Midtjylland men også inden for kommunerne f.eks. i forhold til befolkningsandele med kronisk sygdom (jf. "Hvordan har du det?" (2013) og figur 3, Bilag 1)).

Praksisplanudvalget ønsker, at de demografiske og sociogeografiske forskelle, som kendetegner regionen, inddrages i arbejdet med 2. del af praksisplanen, som et perspektiv på opgavevaretagelsen i almen praksis.

³ Opdeling af populationen efter sociale og geografiske forhold. I befolkningsundersøgelsen "Hvordan har du det" (CFK, Region Midtjylland, 2013) er regionens befolkning inddelt i 5 sociogeografiske grupper på sogneniveau, således at der inden for en bestemt geografi (f.eks. en kommune) kan identificeres socioøkonomiske forskelle. Heraf følger betegnelsen sociogeografi.

I forhold til lægedækning anerkender Praksisplanudvalget desuden, at løsninger, som baserer sig på øget anvendelse af differentiering, kan være et nødvendigt redskab for at sikre lægedækning på sigt over hele regionen, og at dette bør adresseres centralt.

4.3 Nyttiggørelse af almen medicinske speciallægekompetencer igennem nedsættelse eller ansættelse i almen praksis

Det er et mål for Praksisplanudvalget:

- ❖ at der er adgang til praktiserende læge for alle borgere i regionen ved at speciallæger i almen medicin nedsætter sig som praktiserende læger eller får ansættelse i praksis

Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler Praksisplanudvalget:

- ❖ at tildeling af vagtlægeydernumre fortsat begrænses, således at reglerne for vagtlægekørsel understøtter incitamentet hos speciallæger i almen medicin til at nedsætte sig i almen praksis eller til at få ansættelse i almen praksis

Baggrund for målsætning og anbefaling

Den overvejende del af uddannede speciallæger i almen medicin ansættes efter endt uddannelse i det behandelende sundhedsvæsen (hospitaller og almen praksis). Ifølge Sundhedsstyrelsens lægeprognoser omfatter dette ca. 90% af alle læger.

I Region Midtjyllands sundhedsvæsen er den største andel af speciallæger i almen medicin beskæftiget i almen praksis, hvilket udgør 835 læger – 82%. Det er således en forudsætning for at nedsætte sig i almen praksis, at den pågældende læge er uddannet speciallæge i almen medicin. En lille andel svarende til 3,6% er beskæftiget i hospitalsvæsenet og under 1% i administrationen. Et større antal – ca. 14% almen medicinere har et vagtlægeydernummer uden at have egen praksis. Ud af de 14% er de 7% enten ældre læger, som har afhændet praksis eller yngre, som er i sidste del af deres uddannelsesforløb som alment mediciner. De sidste 7% udgøres af færdiguddannede speciallæger i almen medicin, som ikke har fast tilknytning til almen praksis (jf. tabel 2, Bilag 1).

Der er således en gruppe af speciallæger i almen medicin af en betragtelig størrelse, som ikke har ønsket at nedsætte sig i praksis på trods af, at der i længere perioder har været ubesatte ydernumre i nogle dele af regionen, som kunne erhverves. Praksisplanudvalget konstaterer på denne baggrund, at rekrutteringsproblemerne i de lægedækningstruede områder må forklares af andre faktorer, der ikke har sammenhæng til knaphed på speciallæger i almen medicin.

En række forskellige faktorer, som bl.a. belyst under punkt 3.2., har betydning for rekrutteringen. Praksisplanudvalget konstaterer dog samtidig, at det også kan være et af flere bidrag til rekrutteringen, at de overordnede rammer for vagtlægekørslen indrettes til bedst mulig understøttelse af, at færdiguddannede speciallæger i almen medicin nedsætter sig i almen praksis eller får ansættelse i almen praksis.

Det er således ikke hensigtsmæssigt, at reglerne for tildeling af vagtlægeydernummer fastholder almen medicinere i vagtlægekørsel igennem en længerevarende periode. Derfor ønsker Praksisplanudvalget, at tildeling af vagtlægeydernummer fortsat begrænses.

4.4. Lægedækning af borgere, som opholder sig fast eller midlertidig mere end 15 km fra egen læge

Det er et mål for Praksisplanudvalget,

- ❖ at lægedækningen omfatter alle borgere i regionen - også borgere, som opholder sig mere end 15 km. fra egen læge:
 - fordi de er omfattet af et kommunalt tilbud
 - fordi de har valgt en læge, som på grund af afstand ikke er forpligtet til at aflægge sygebesøg

Praksisplanudvalget viderefører, som en del af arbejdet med 2. del af praksisplanen, drøftelserne om de følgende to modeller med henblik på udmøntning af ovenstående målsætning i konkrete indsatser:

1. Som konkret indsats for at indfri målsætningen anbefaler kommunale og regionale repræsentanter i Praksisplanudvalget:

- ❖ at lægedækningen af borgere med ophold mere end 15 km. væk fra almen praksis baserer sig på følgende principper:
 - at egen læge er primær kontaktperson ved behov for sygebesøg
 - at stedlig læge har sygebesøgsforpligtelsen og at det i de konkrete tilfælde sker efter aftale med egen læge
- ❖ at de kommunale akutpladser er bemanded på et niveau svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- ❖ at den endelige aftale om lægedækning ved sygebesøg udmøntes som en del af den underliggende aftale til praksisplanen

2. PLO-Midtjyllands repræsentanter i Praksisplanudvalget er ikke enige i, at den konkrete indsats, beskrevet ovenfor, er tilstrækkelig til at indfri målsætningen, og anbefaler en fleksibel model, som baserer sig på følgende principper:

- ❖ at følgende læge(r) påtager sig ansvaret for patientens alment medicinske behandling for tilmeldte patienter mere end 15 km fra lægens praksis:
 - A: Egen læge.
OG/ELLER
 - B: Stedlig læge.
OG/ELLER

- C: Kommunen ansætter en speciallæge i almen medicin, om muligt en alment praktiserende læge fra lokalområdet.
- ❖ at de kommunale akutpladser er bemanded på et niveau svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- ❖ at den endelige aftale om lægedækning ved sygebesøg udmøntes som en del af den underliggende aftale til praksisplanen

Baggrund for målsætning og anbefaling

Det følger af overenskomsten, at egen læge i dagtid kører sygebesøg med henblik på, at tilse patienten i eget hjem, hvis patientens tilstand nødvendiggør dette. Langt de fleste af de sygebesøg som i dag gennemføres af de praktiserende læger – 65%- foregår i nær afstand fra egen praksis (under 5 km), mens 85% aflægges inden for 9 km fra egen praksis (jf. Figur 1, og tabel 3, Bilag 1)

De praktiserende læger aflægger dog et mindre antal sygebesøg udover 15 km. fra egen praksis, og der er ligeledes i overenskomsten aftalt honorarer til afregning af disse besøg. Der er tale om et meget begrænset antal, idet 2% af det samlede antal sygebesøgsture i 2013 gik til patienter, der bor længere væk end 17 km fra praksis. Eftersom den praktiserende læge kan afvise besøg hos tilmeldte patienter, som bor mere end 15 km fra praksis, følger det samtidig heraf, at egen praktiserende læge kun er forpligtet til at aflægge sygebesøg i hjemmet, hvis afstanden til praksis ikke overstiger 15 km.

Praksisplanudvalget vil sikre alle borgere i regionen lægedækning, også selvom de midlertidigt eller fast, opholder sig mere end 15 km. fra egen læge:

Det drejer sig for det første om de borgere, som opholder sig midlertidigt på de kommunale borgernære tilbud, der i nogle tilfælde er lokaliseret mere end 15 km. fra egen læge. De kommunale tilbud – organiseret enten som døgnpladser (akutpladser) eller udkørende teams - retter sig mod patienter med særlige sygepleje og behandlingsbehov enten akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom. Formålet er at undgå forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

Det drejer sig dernæst om de borgere, som vælger en praktiserende læge, som bor mere end 15 km. fra egen bopæl, og dermed frasiger sig, at egen læge skal aflægge sygebesøget. Regionen har i stedet forpligtelsen til at sikre, at der på anden vis aflægges sygebesøg, hvis nødvendigt.

Det er kommunernes og regionens opfattelse, at de praktiserende lægers tid skal anvendes hensigtsmæssigt med behandling af patienter i praksis frem for på landevejen over længere afstande med henblik på at aflægge sygebesøg. Derfor ønskes, at sygebesøg til patienter, som bor eller opholder sig mere end 15 km fra praktiserende læge, varetages af den stedlige læge efter konkret aftale med patientens egen læge.

PLO-Midtjylland er grundlæggende enige i, at den praktiserende læges tid bruges bedre på at behandle patienter frem for på landevejen. En stedlig læge skal ud over at bruge tid til transport også bruge tid på bl.a. at konferere med egen læge om patienten, hvilket ville være

overflødig, dersom egen læge varetog sygebesøget. Derfor ønskes en fleksibel ordning, hvor det afhængig af den konkrete situation skal aftales nærmere, om hhv. egen læge, stedlig læge eller evt. plejehjemsansat læge, varetager sygebesøget.

Praksisplanudvalget er enige om, at det skal sikres, at gennemførelsen af sygebesøg på de kommunale tilbud sker på et kvalificeret grundlag. Derfor skal udmøntningen af en aftale om sygebesøg på dette område ses i sammenhæng med, at de sygeplejefaglige kompetencer i de kommunale akutte tilbud lever op til en fælles og ens standard, som fastlagt i Sundhedsstyrelsens vejledning for området (SST: "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmepleje") identisk med den fælles standard besluttet af kommunerne i Region Midtjylland i fællesskab.

5. Lovgrundlag

Det lovgrundlag mv., som ligger til grund for praksisplanen udgør følgende:

- Lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet
- Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, Sundhedsstyrelsen, 20. december 2013
- Bekendtgørelse nr. 1569 af 16/12 2013 og vejledning nr. 9005 af 20/12 2013 om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler
- Aftaletekst i relation til overenskomst indgået mellem PLO og RTLN, april 2014
- Bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis

Nærværende praksisplan baserer sig på den ansvars-, opgave- og kompetencefordeling, som følger af ovennævnte lovgivning og overenskomst.

6. Forankring af praksisplanarbejdet i Praksisplanudvalget

På baggrund af hhv. lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af Sundhedsloven og den efterfølgende bekendtgørelse om praksisplanudvalg for almen praksis, er der nedsat et Praksisplanudvalg for Region Midtjylland.

Praksisplanudvalget består af hhv. 3 repræsentanter for Region Midtjylland, 5 repræsentanter for kommunerne i Region Midtjylland og 3 repræsentanter for PLO-Midtjylland.

Sammensætningen af udvalget i valgperioden 2014-2017 er som følger:

Udpeget for Region Midtjylland:

- Regionsrådsmedlem Carl Johan Rasmussen (A)
- Regionsrådsmedlem Jørgen Nørby (V)
- Regionsrådsmedlem Hanne Roed (B)

Udpeget for KKR Midtjylland:

- Borgmester Nils Borring, Favrskov Kommune (A)

Byrådsmedlem Frank Heidemann Sørensen (A), Ikast-Brande Kommune
Byrådsmedlem Orla Østerby (C), Lemvig Kommune
2. viceborgmester Ulla Tørnæs (V), Holstebro Kommune
Byrådsmedlem Anna Marie Brix Poulsen (O), Struer Kommune

Udpeget for PLO Midtjylland:

Formand for PLO Midtjylland Karsten Rejkjær Svendsen
Medlem af bestyrelsen for PLO Midtjylland Søren Svenningsen
Medlem af bestyrelsen for PLO Midtjylland Holger Fischer

7. Milepæle i arbejdet med 1. del af praksisplanen

Praksisplanen er en del af regionens sundhedsplan. De procesmæssige rammer for udarbejdelsen af praksisplanen fremgår af bekendtgørelsen om praksisplanudvalg for almen praksis. På denne baggrund skal der forud for udarbejdelsen af praksisplanen ske en høring af almen praksis og kommunerne i regionen. Praksisplanen skal endvidere inddrage Patientinddragelsesudvalget i drøftelserne af emner, der ligger inden for praksisplanens område. Endelig skal praksisplanen inden vedtagelsen forelægges for Sundhedskoordinationsudvalget af hensyn til sammenhængen til sundhedsaftalen mellem kommuner og region. Rådgivning vedr. praksisplanen ydes af Sundhedsstyrelsen.

Ovenstående formelle procesmæssige rammer er omsat til følgende milepæle i den konkrete planlægning af udarbejdelse af 1. del af praksisplanen:

Praksisplanudvalget afholdt sit første møde ultimo februar 2014, og har herefter, og som grundlag for udarbejdelse af 1. del af praksisplanen afholdt yderligere 4 møder.

Som baggrund for udarbejdelse af den 1. del af praksisplanen var Praksisplanudvalget d. 24. marts 2014 vært ved et ide- og dialogmøde med deltagelse af almen praksis, kommuner, region og patientinddragelsesudvalget. Formålet med mødet var at høre de involverede aktørers ideer til og løsninger på praksisplanens udfordringer i en fælles dialog forud for igangsættelse af det konkrete arbejde med praksisplanen.

Praksisplanen i 1. del foreligger ultimo juni 2014, hvorefter den fremsendes til faglig høring i Sundhedsstyrelsen.

Fra august til september måned 2014 planlægges gennemført en høring blandt kommunerne i regionen og lægepraksis i regionen.

På baggrund af høringen tager Praksisplanudvalget stilling til eventuelle revisioner i planen førend den forelægges hhv. Sundhedskoordinationsudvalget og Patientinddragelsesudvalget, og Regionsrådet i Region Midtjylland som ansvarlig myndighed.

Den samlede praksisplan for almen praksis for Region Midtjylland vil foreligge med udgangen af 1. halvår 2015 på baggrund af det arbejde, som igangsættes med 2. del af praksisplanen i efteråret 2014.

Praksisplanen er gældende for hele valgperioden 2014-2017. Dog kan Praksisplanudvalget revidere praksisplanen, hvis forudsætningerne ændres væsentligt.

8. Indholdsmæssige perspektiver for 2. del af praksisplanen

Ifølge vejledningen fra Sundhedsstyrelsen har praksisplanen til formål at beskrive følgende emner:

- Lægedækning og tilgængelighed
- Almen praksis' opgaver i relation til det tværsektorielle samarbejde
- Almen praksis' opgaver og rolle i sundhedsvæsenet

Nærværende plan udgør 1. del af praksisplanen for Region Midtjylland, som indholdsmæssigt alene udgør en del af den samlede praksisplan, og hvor hovedfokus er på lægedækningen (punkt 1). Sikring af lægedækning kan dog ikke kun ansues snævert i sammenhæng med antal ydernumre og antal praktiserende læger, men vil ligeledes indgå i 2. del af praksisplanen, som et perspektiv i forhold til opgavevaretagelsen både i almen praksis og i det øvrige sundhedsvæsen.

Opgavevaretagelsen bliver således hovedfokus i den 2. del af praksisplanen, som Praksisplanudvalget påbegynder udarbejdelsen af i løbet af efteråret 2014 (jf. punkt 2 og 3 ovenfor).

Som en del af arbejdet med 2. del af praksisplanen skal Praksisplanudvalget tage stilling til, hvordan følgende aftale fra overenskomstforhandlingerne vedr. opgavefordelingen skal omsættes: *PLD og RTLN har en forventning om, at parterne i praksisplanudvalgene – som led i arbejdet med at sikre bedre sammenhæng i indsatsen – løbende følger udviklingen i opgavefordelingen mellem almen praksis, kommuner og sygehuse*".

Kvalitet og tilgængelighed i almen praksis vil endvidere indgå i arbejdet med 2. del af praksisplanen.

Parallelt med arbejdet med den 2. del af praksisplanen pågår sundhedsaftlearbejdet mellem kommuner og region. Praksisplanen skal ses i sammenhæng med sundhedsaftalen i relation til ovenfor nævnte opgaver vedr. det tværsektorielle samarbejde. De opgaver, som almen praksis forpligtes til at udføre i kraft af sundhedsaftalen, skal beskrives i praksisplanen og følges op af en underliggende aftale. Praksisplanen vil på denne vis komme til at udgøre den ramme, der sikrer grundlaget for sundhedsaftalens gennemførelse i forhold til almen praksis.

En række af anbefalingerne i denne 1. del af praksisplanen vedrørende lægedækning skal desuden videreføres i arbejdet med 2. del af praksisplanen.

Som det fremgår af afsnit 4.4 vil Praksisplanudvalget videreføre drøftelserne om, hvordan også borgere med ophold mere end 15 km fra egen praktiserende læge sikres lægedækning. En sådan aftale udmøntes som en del af den underliggende aftale, som forventes at tage form i takt med at 2. del af praksisplanen udarbejdes.

Som en del af arbejdet med opgavevaretagelsen i almen praksis som indgår i 2. del af praksisplanen, er det desuden et mål for Praksisplanudvalget, at der indgås aftale om den

fremtidige varetagelse af den type indsats over for psykisk syge, som idag rummes af ydelsen "samtaletterapi" i den centrale overenskomst. I lighed med varetagelsen af sygebesøg vil Praksisplanudvalgets lokale aftale på dette område erstatte de centralt fastsatte ydelser.

De aftaler om ændret opgavevaretagelse i almen praksis, som ikke er omfattet af overenskomsten, udmøntes alle i en underliggende aftale til praksisplanen. Denne forventes at foreligge parallelt med færdiggørelsen af den samlede praksisplan – med udgangen af 1. halvår 2015.

Danske Regioner og KL har tilkendegivet at kommuner og regioner i forlængelsen af udlægningen af samtaletterapi og sygebesøg afsætter 100 mio. hver dvs. i alt 200 mio. til aftalt opgave udvikling for at understøtte praksisplanlægningen. Der er tale om varige midler, der udmøntes i overenskomst perioden.

BILAG 1

TABELLER OG FIGURER

Tabel 1: Befolkningsudvikling 2014-2018 – region og landsdele*(Kilde: Danmarks Statistik)*

	Region Midtjylland			Landsdel Østjylland			Landsdel Vestjylland		
	2014	2018	%-vis ændring 2014-2018	2014	2018	%-vis ændring 2014-2018	2014	2018	%-vis ændring 2014-2018
0-20 år	312.328	302.351	-3.2%	204.617	200.360	-2.1%	107.707	101.989	-5.3%
20-40 år	321.653	328.609	+2.2%	229.837	239.161	+4.1%	91.813	89.456	-2.6%
40-60 år	345.048	344.513	-0.2%	226.487	228.150	+0.7%	118.565	116.363	-1.9%
60-100 år	299.449	323.764	+8.1%	191.551	207.534	+8.3%	107.900	116.228	+7.7%
I alt	1.278.478	1.299.237	+1.6%	852.492	875.205	+2.7%	425.985	424.036	-0.5%

Tabel 2: Alment medicinske speciallægers beskæftigelse i Region Midtjylland*(Kilde: Løndata og opslag i Sundhedsstyrelsens autorisationsregister samt PLO-Midtjylland)*

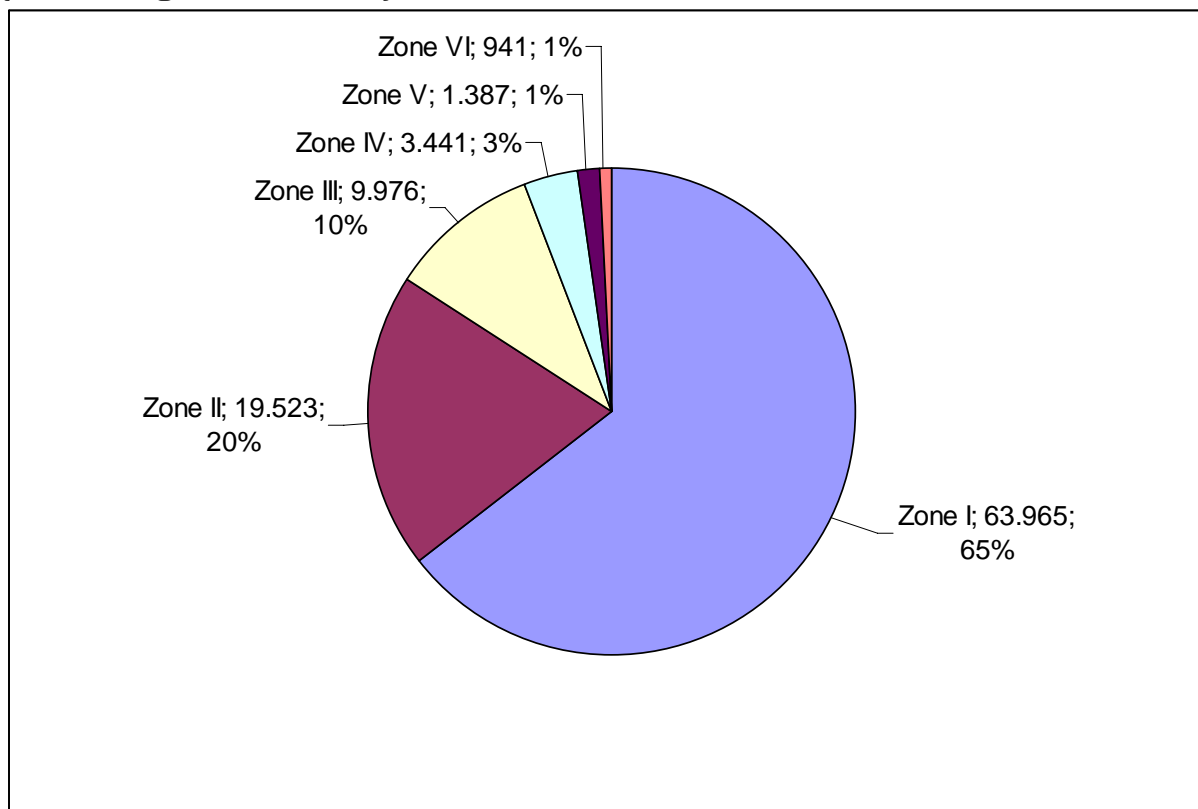
Alment medicinske speciallægers beskæftigelse (i Region Midtjylland) pr. april 2014:	
Som praktiserende læge	835
Som hospitalsansat læge	37
Som "administrationslæge"	2
Som vagtlæge	141
heraf:	
- "ældre PLO'er"	43
- fase 2/fase 3 læger	35
- færdiguddannede speciallæger uden ydernummer	63
I alt Region Midtjylland	1.015

Tabel 3: Fordelingen af sygebesøg i de enkelte kommuner ≥ 17 km, 2013
(Kilde: Targit pr. 5.5.2014)

Yderkommune	Antal sygebesøg 2013, ≥ 17 km	Gennemsnitligt antal sygebesøg 2013, ≥ 17 km pr. 1000 sikrede
Favrskov	112	2,38
Hedensted	54	1,40
Herning	247	2,98
Holstebro	143	2,34
Horsens	60	0,67
Ikast-Brande	36	0,88
Lemvig	75	3,74
Norrdjurs	77	1,99
Odder	9	0,43
Randers	105	1,12
Ringkøbing-Skjern	135	2,45
Samsø	25	6,81
Silkeborg	192	2,10
Skanderborg	99	1,85
Skive	267	5,79
Struer	92	4,57
Syddjurs	207	5,63
Viborg	226	2,52
Århus	167	0,51
Total	2.328	1,85

Figur 1: Afstand fra læge til den tilsete patient, fordeling af sygebesøg i kategori I-VI, 2013

(Kilde: Targit pr. 5.5.2014)



Zonedefinitionen er fastsat i overenskomsten som følgende:

Sygebesøg indtil 4 km (zone I)

Sygebesøg fra påbeg. 5 km indtil 8 km (zone II)

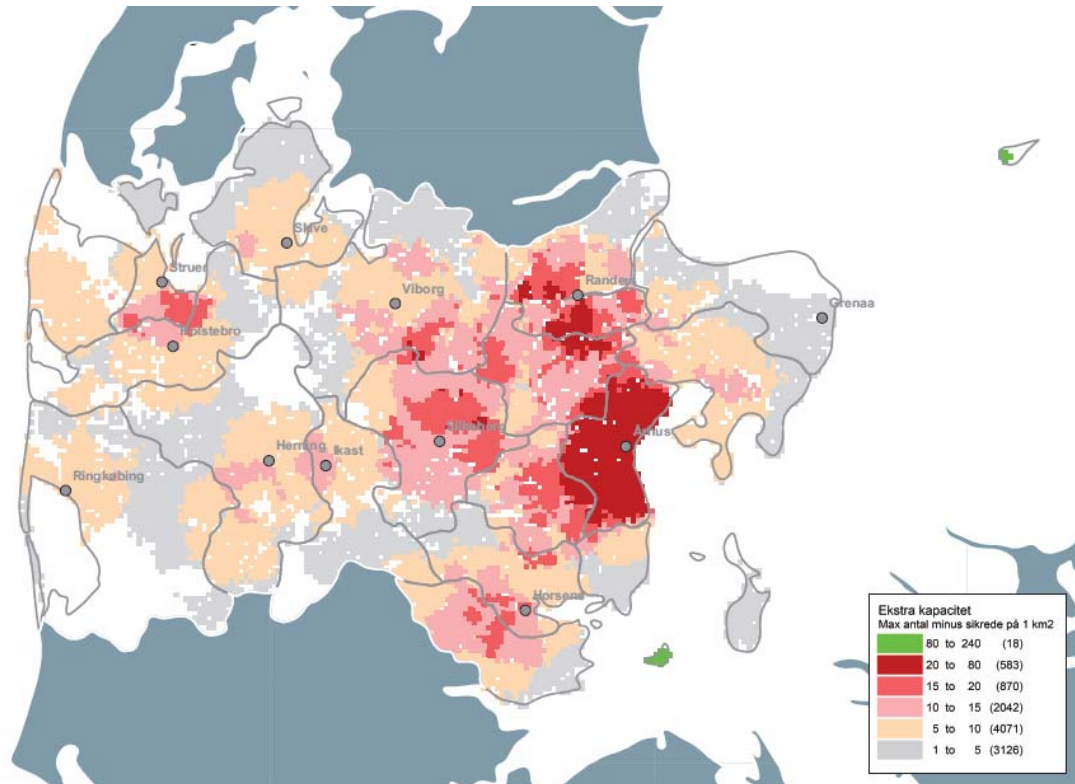
Sygebesøg fra påbeg. 9 km indtil 12 km (zone III)

Sygebesøg fra påbeg. 13 km indtil 16 km (zone IV)

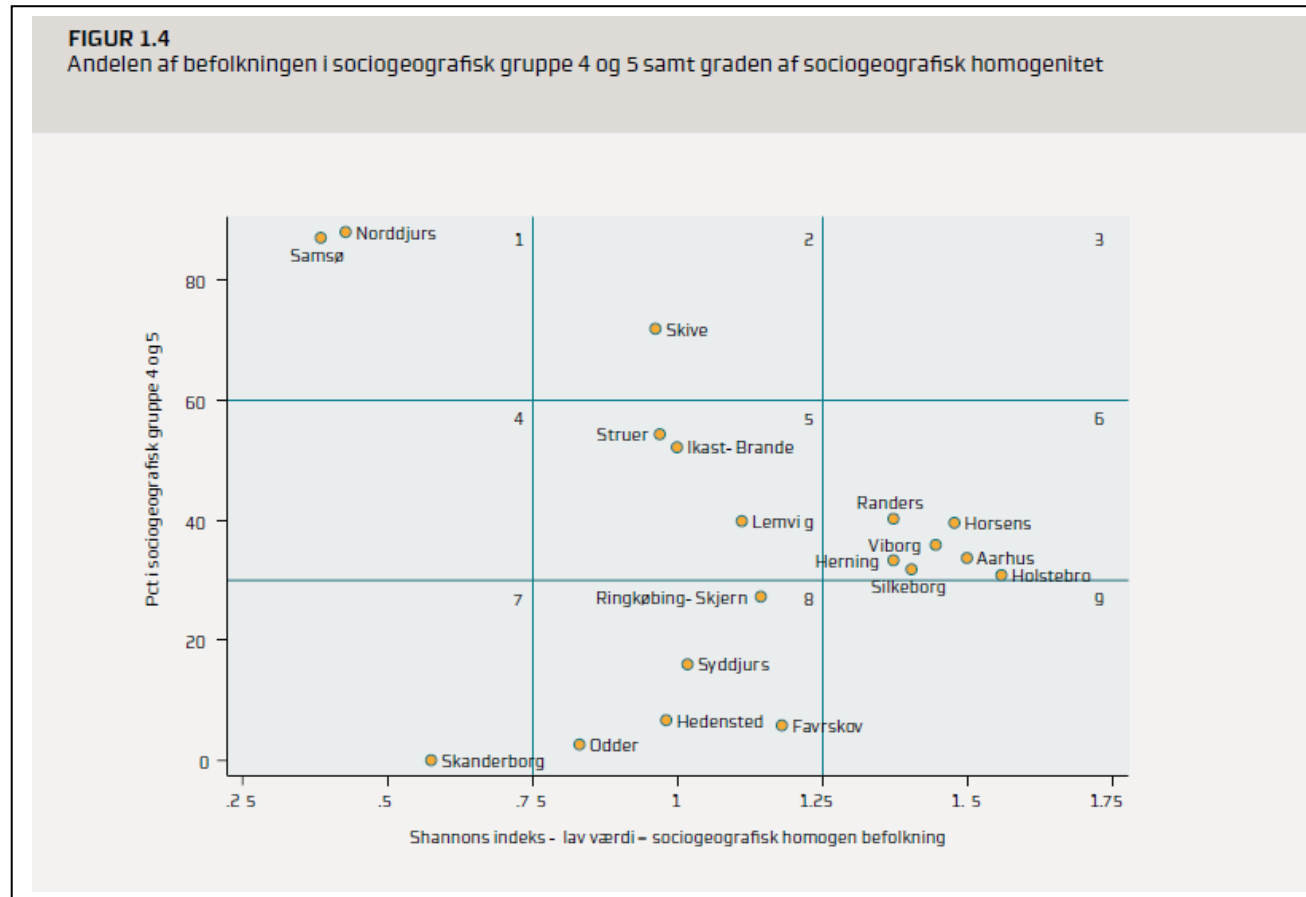
Sygebesøg fra påbeg. 17 km indtil 20 km (zone V)

Sygebesøg fra påbeg. 21 km (zone VI)

Figur 2: Fordeling af ekstra kapacitet i Region Midtjylland
(Kilde: Lægehøringen 2013)



Figur 3: Andel af befolkning i sociogeografisk gruppe 4 og 5 på kommuneniveau
(Kilde: "Hvordan har du det 2013", CFK, Region Midtjylland)



"Hvordan har du det?" 2013, CFK: "Figur 1.4 viser andelen af befolkningen, der tilhører de laveste sociogeografiske grupper (gruppe 4 og 5) i forhold til graden af sociogeografisk homogenitet. Befolkningens homogenitet er beskrevet ved hjælp af Shannons indeks, hvor en lav værdi er lig med en høj grad af homogenitet". En lav værdi på sociogeografisk homogenitet betyder således, at kommunens befolkning er fordelt på få sociogeografiske grupper – f.eks. som Skanderborg Kommune, hvor befolkningen bor i områder, som tilhører sociogeografisk gruppe 1 og 2. Eller som i Norddjurs og Samsø Kommuner, hvor størstedelen af befolkningen (87-88%) bor i områder, der tilhører sociogeografisk gruppe 4, mens den resterende del af befolkningen bor i områder der tilhører sociogeografisk gruppe 3 (Samsø) eller sociogeografisk gruppe 2 og 3 (Norddjurs).

BILAG 2

LÆGEDÆKNINGSVURDERING 2014

KOMMUNESPECIFIKKE BESKRIVELSER AF LÆGEDÆKNING

Vurdering af lægedækningssituationen for 2014

Den fremadrettede vurdering af lægedækningssituationen i regionen foretages af Praksisplanudvalget 1 gang årligt (4. kvartal). Denne vil basere sig på en gennemgang af kommunerne i Region Midtjylland. Baggrunden for vurderingen vil være den årlige lægedækningshøring, hvori bl.a. indgår lægekapaciteten i kommunen og lægernes forventede ophørsalder suppleret med prognoser for det forventede behov og data for ledig kapacitet i kommunerne.

For denne 1. del af praksisplanen er vurderingen foretaget for 2014. Den fremadrettede vurdering for 2015 indarbejdes i den 2. del af praksisplanen.

I 2014 har særligt 4 kommuner krævet særlig opmærksomhed i lægedækningssammenhæng som følge af behovet for konkrete indsatser. Det drejer sig om hhv.:

- Ringkøbing-Skjern Kommune (særlig Hvide Sande)
- Ikast-Brande Kommune (særlig Brande)
- Lemvig Kommune
- Skive Kommune (særlig Vestsalling)

I kommuner, hvor der i forvejen er kapacitet, som ikke er afsat, og hvor ekstra kapaciteten hos de allerede nedsatte praktiserende læger er begrænset, kan lægeophør betyde, at kommunen/området bliver lægedækningstruet, hvorfor der kan være behov for særligt fokus på rekrutteringstiltag.

Udover de nævnte ovenstående kommuner kendetegnes en række kommuner ved en sådan profil:

- Norddjurs Kommune
- Samsø Kommune
- Syddjurs Kommune
- Herning Kommune
- Viborg Kommune

Favrskov

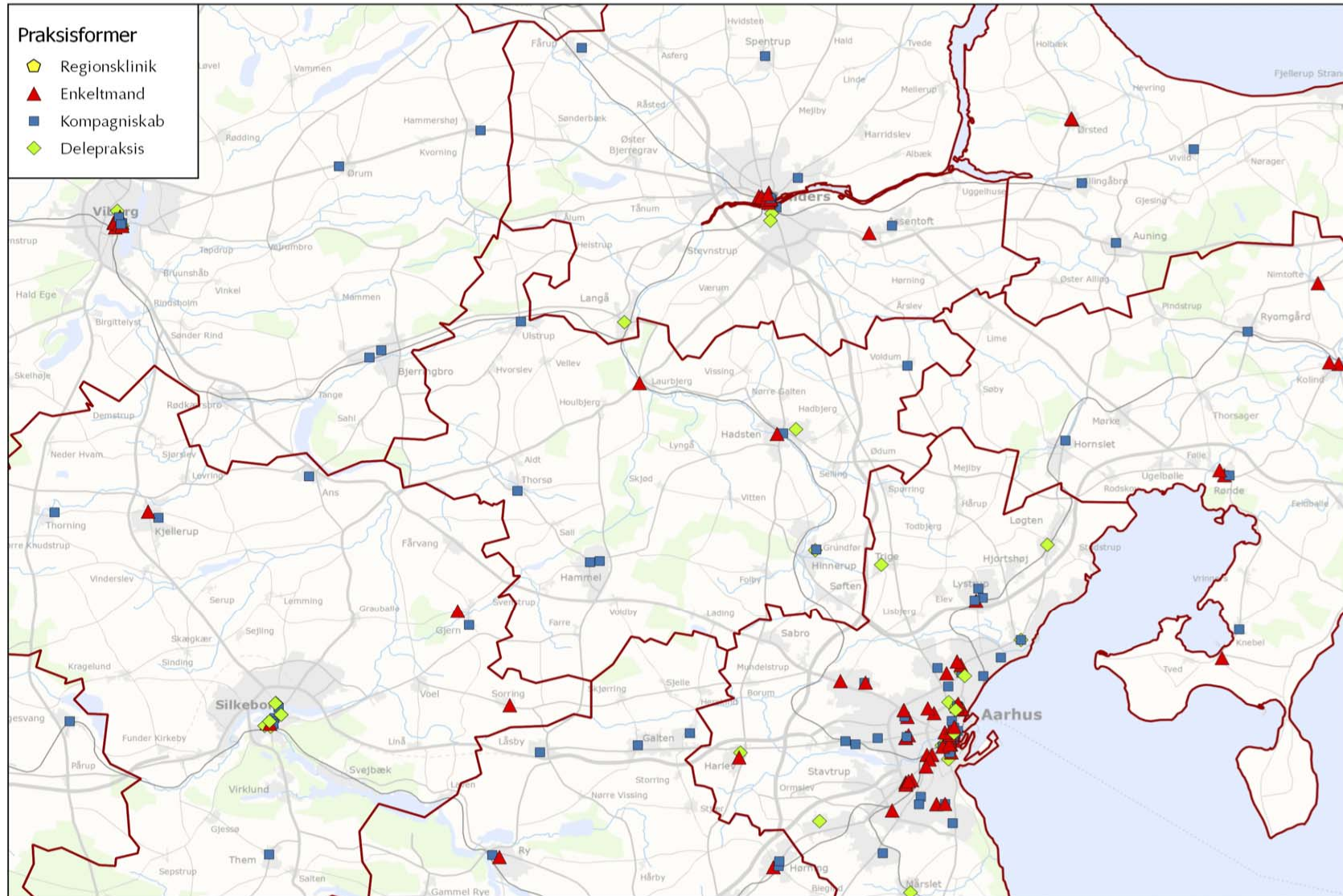
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional pr. 1.1.2014)	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	8	23
Enkeltmandspraksis	2	3
Delepraksis	2	6
Regionsklinik	0	0
I alt	12	32

I Favrskov Kommune er der 1 ubesat kapacitet pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional pr. 1.1.2014)	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	57 år
Antal læger på 61+	11 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	47.163	47.207

Favrskov



Hedensted

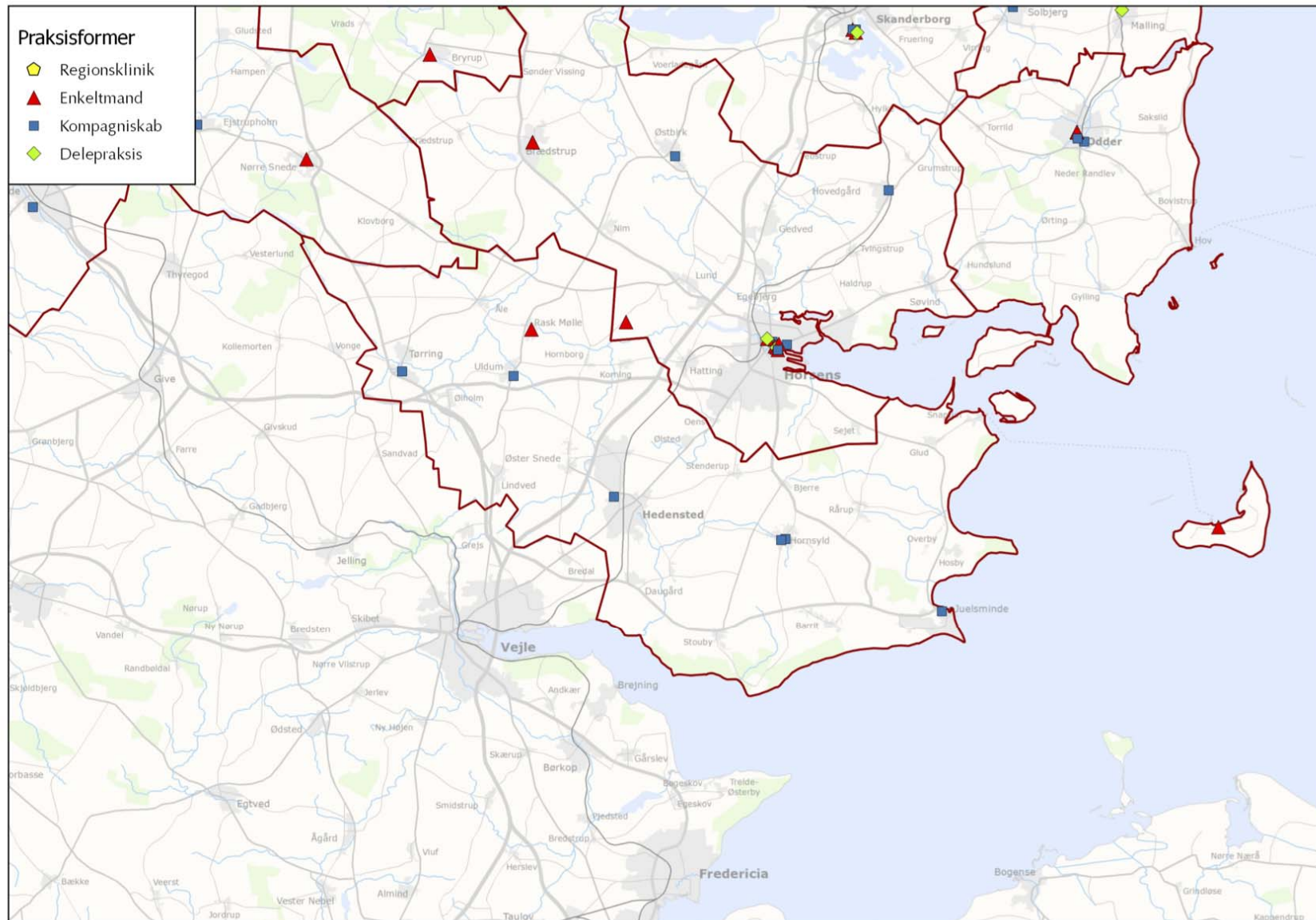
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional pr. 1.1.2014)	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	6	26
Enkeltmandspraksis	1	1
Delepraksis	0	0
I alt	7	27

I Hedensted Kommune er der ingen ubesatte kapaciteter pr. 1.1 2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional pr. 1.1.2014)	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	53 år
Antal læger på 61+	5 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	45.715	45.374

Hedensted



Herning

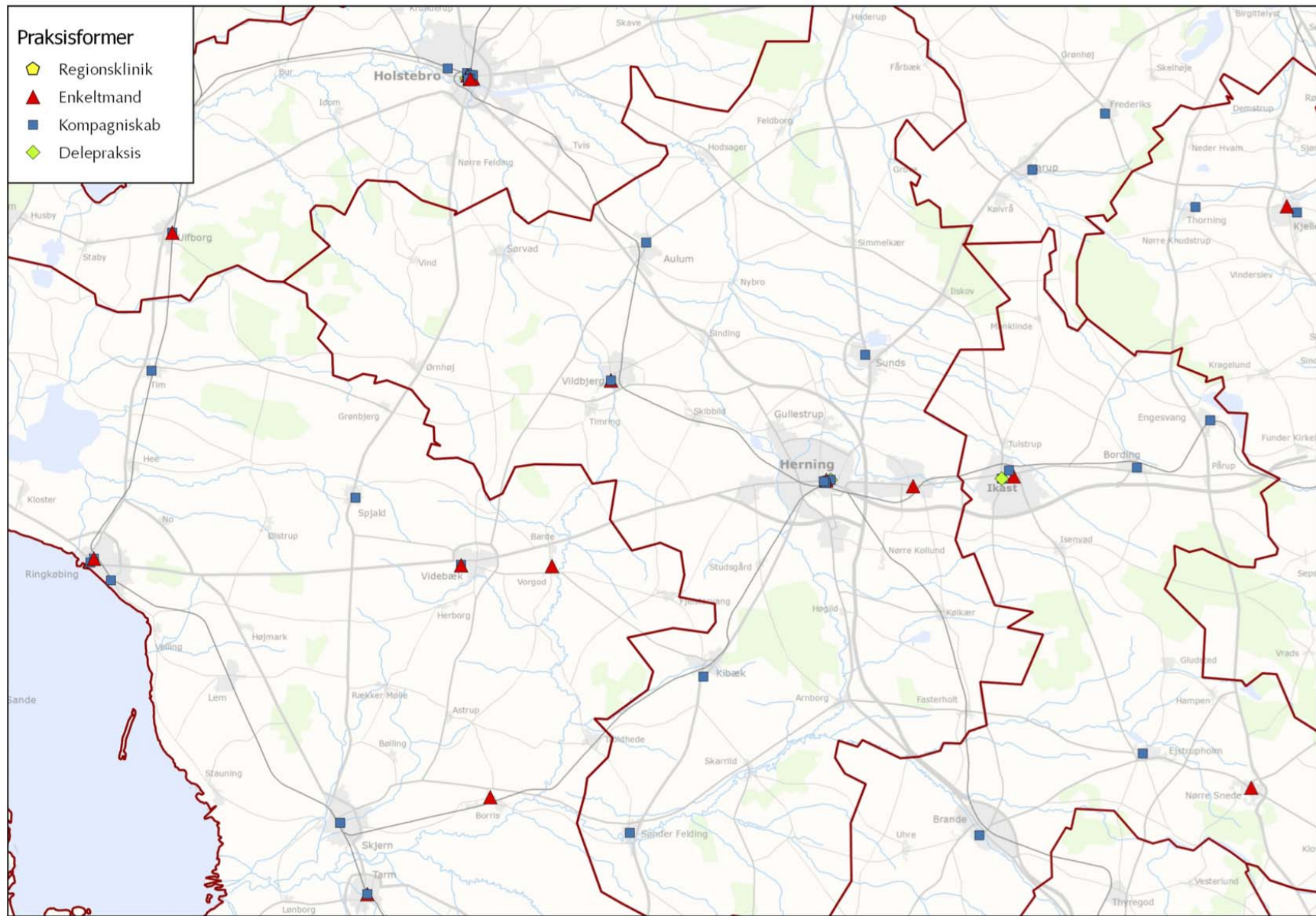
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	13	45
Enkeltmandspraksis	4	4
Delepraksis	1	5
I alt	18	54

I Herning Kommune er der 2 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	52 år
Antal læger på 61+	11 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	86.842	87.613

Herning



Holstebro

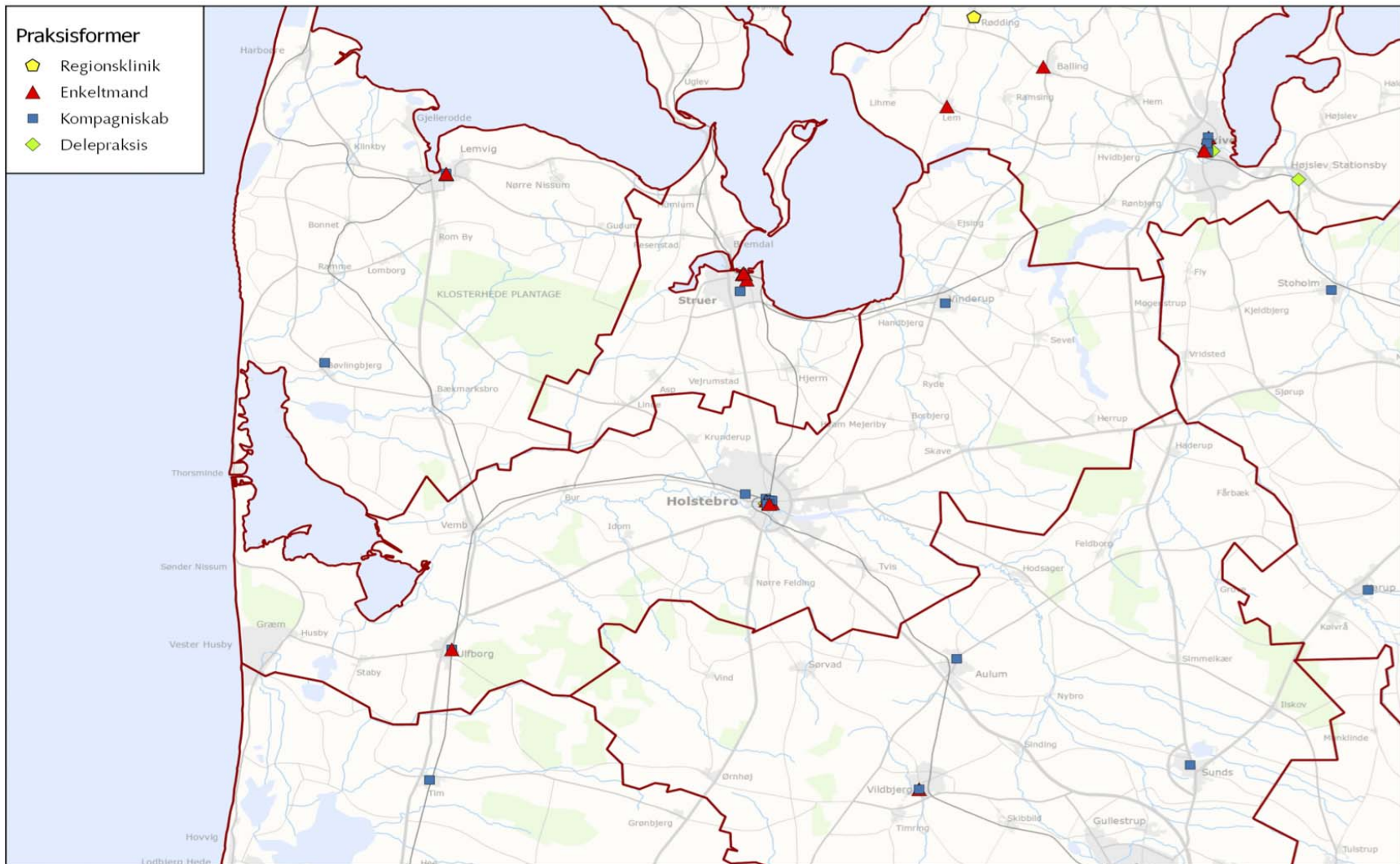
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	12	32
Enkeltmandspraksis	5	5
Delepraksis	1	2
I alt	18	39

I Holstebro Kommune er der ingen ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr. 1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	52 år
Antal læger på 61+	4 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	57.338	57.534

Holstebro



Horsens

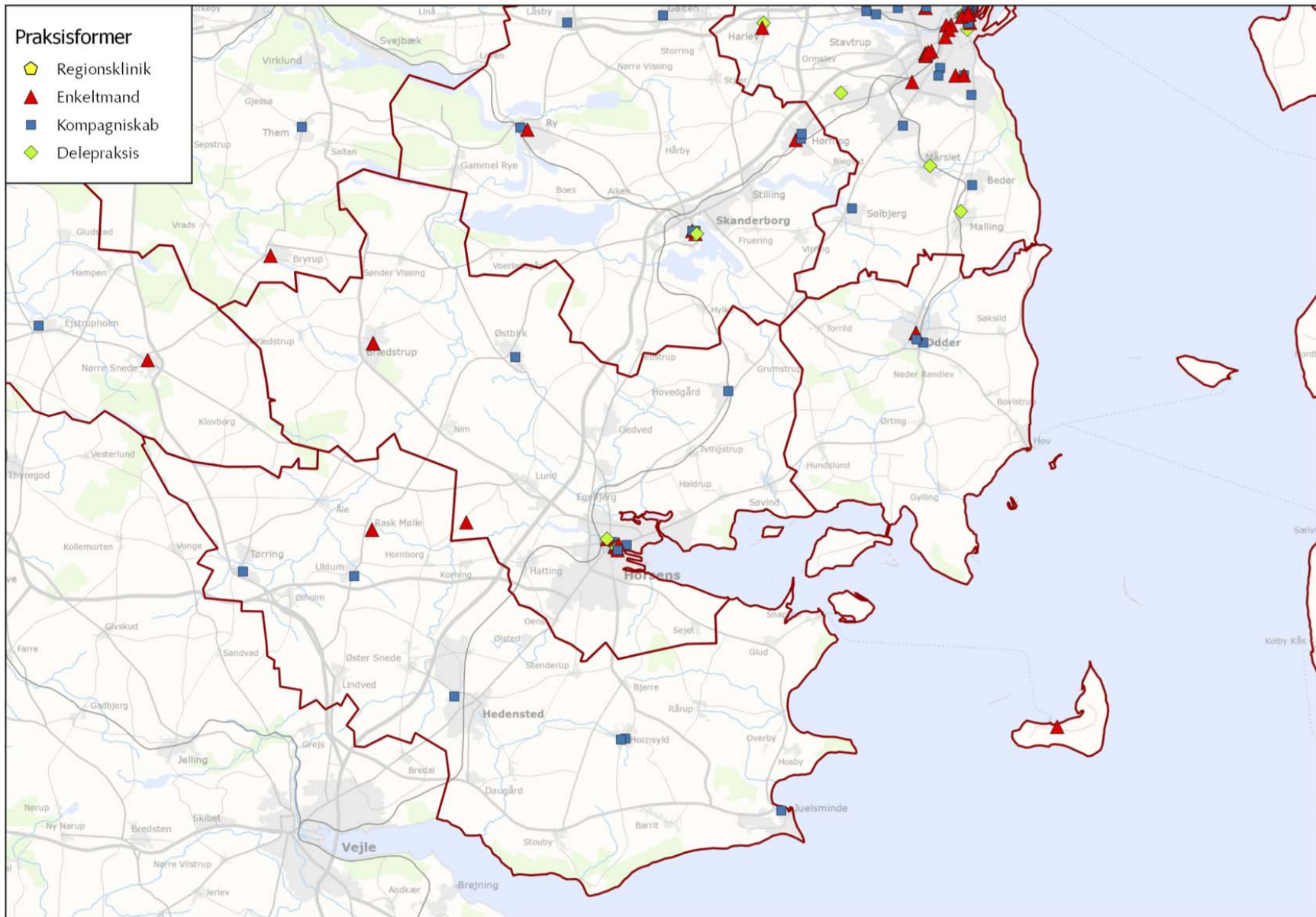
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	9	35
Enkeltmandspraksis	11	11
Delepraksis	3	10
I alt	23	56

I Horsens Kommune er der 1 ubesat kapacitet pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	52 år
Antal læger på 61+	13 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	85.662	88.956

Horsens



Ikast-Brande

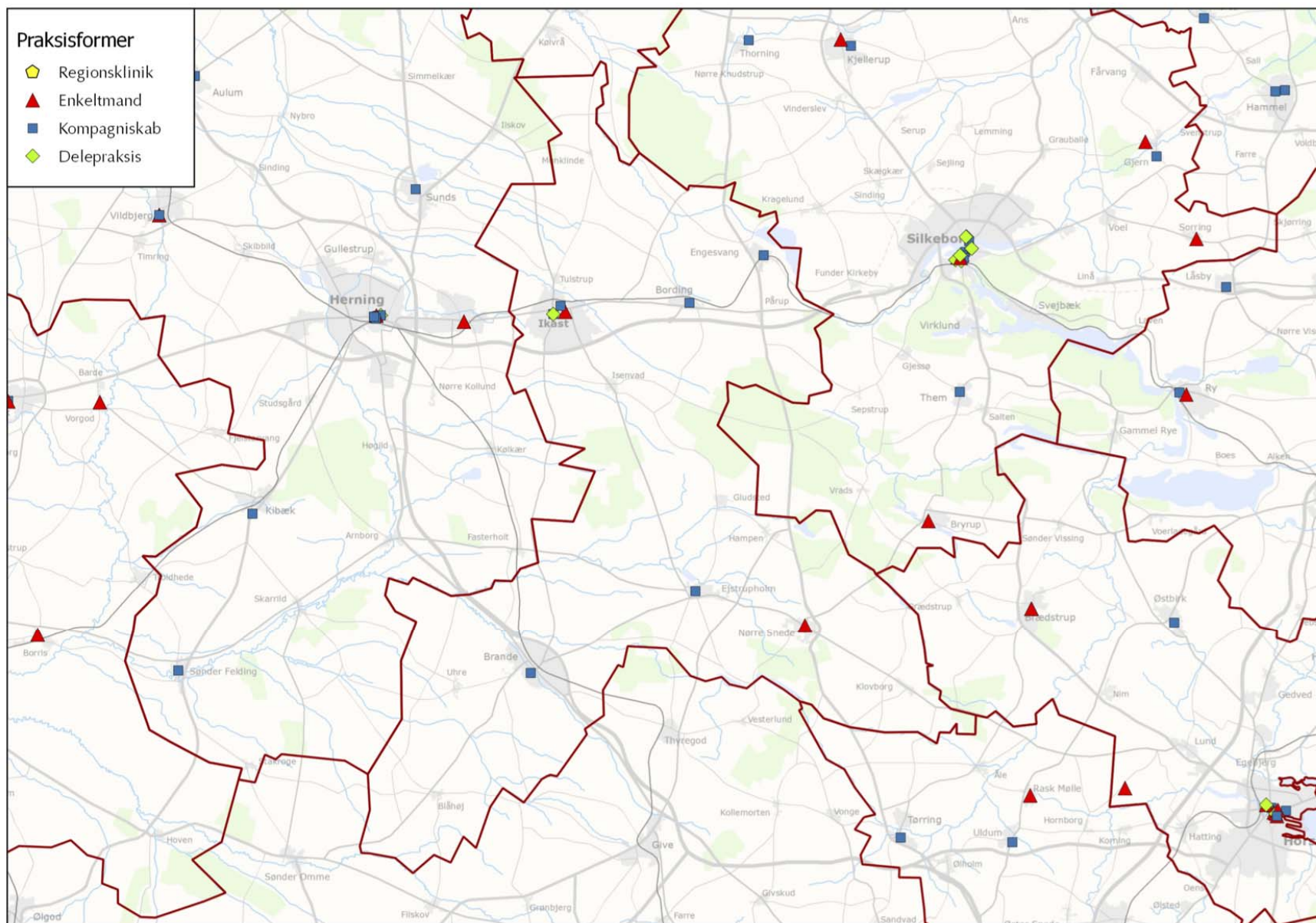
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	6	22
Enkeltmandspraksis	2	2
Delepraksis	1	3
I alt	9	27

I Ikast-Brande Kommune er der 2 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	54 år
Antal læger på 61+	7 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	40.602	40.706

Ikast-Brande



Lemvig

Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	2	5
Enkeltmandspraksis	9	9
Delepraksis	0	0
I alt	11	14

I Lemvig Kommune er der 2 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	59 år
Antal læger på 61+	5 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	20.933	20.100

Norrdjurs

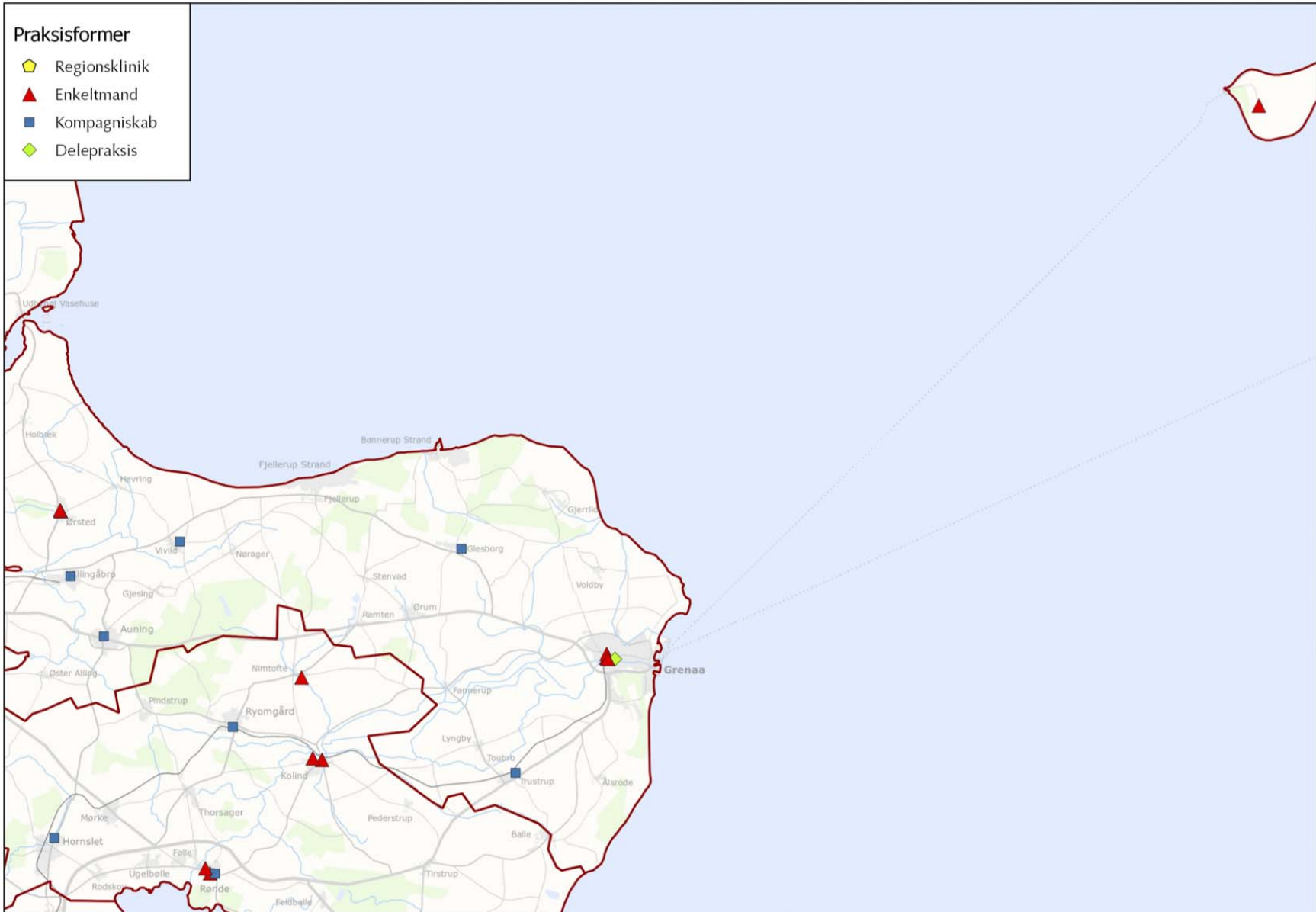
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	5	13
Enkeltmandspraksis	10	11
Delepraksis	1	2
I alt	16	26

Norrdjurs Kommune er der 2 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	53 år
Antal læger på 61+	5 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	37.925	37.583

Norrdjurs



Odder

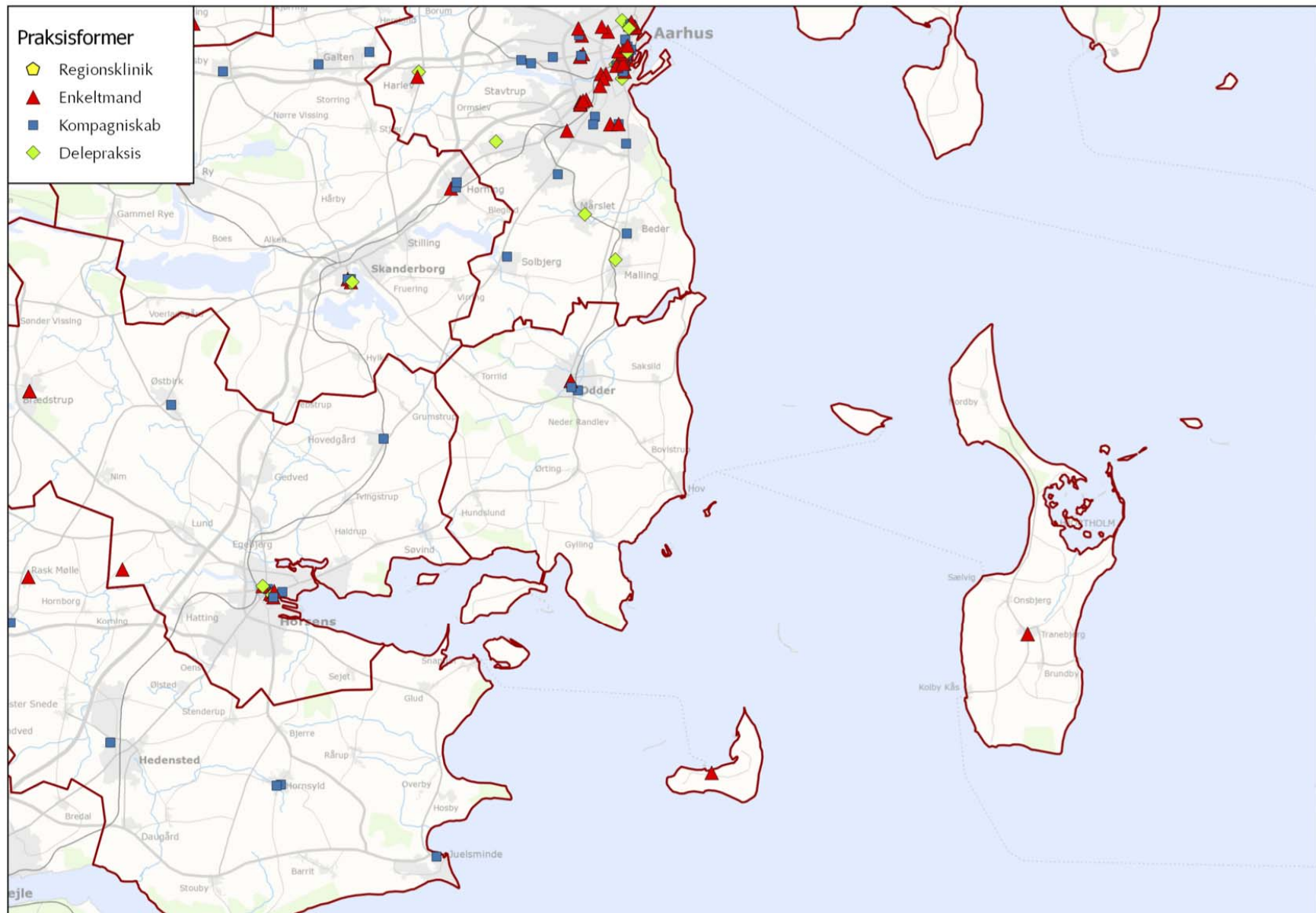
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	2	6
Enkeltmandspraksis	8	8
Delepraksis	0	0
I alt	10	14

I Odder Kommune er der ingen ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	49 år
Antal læger på 61+	1 læge

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	21.773	21.723

Odder



Randers

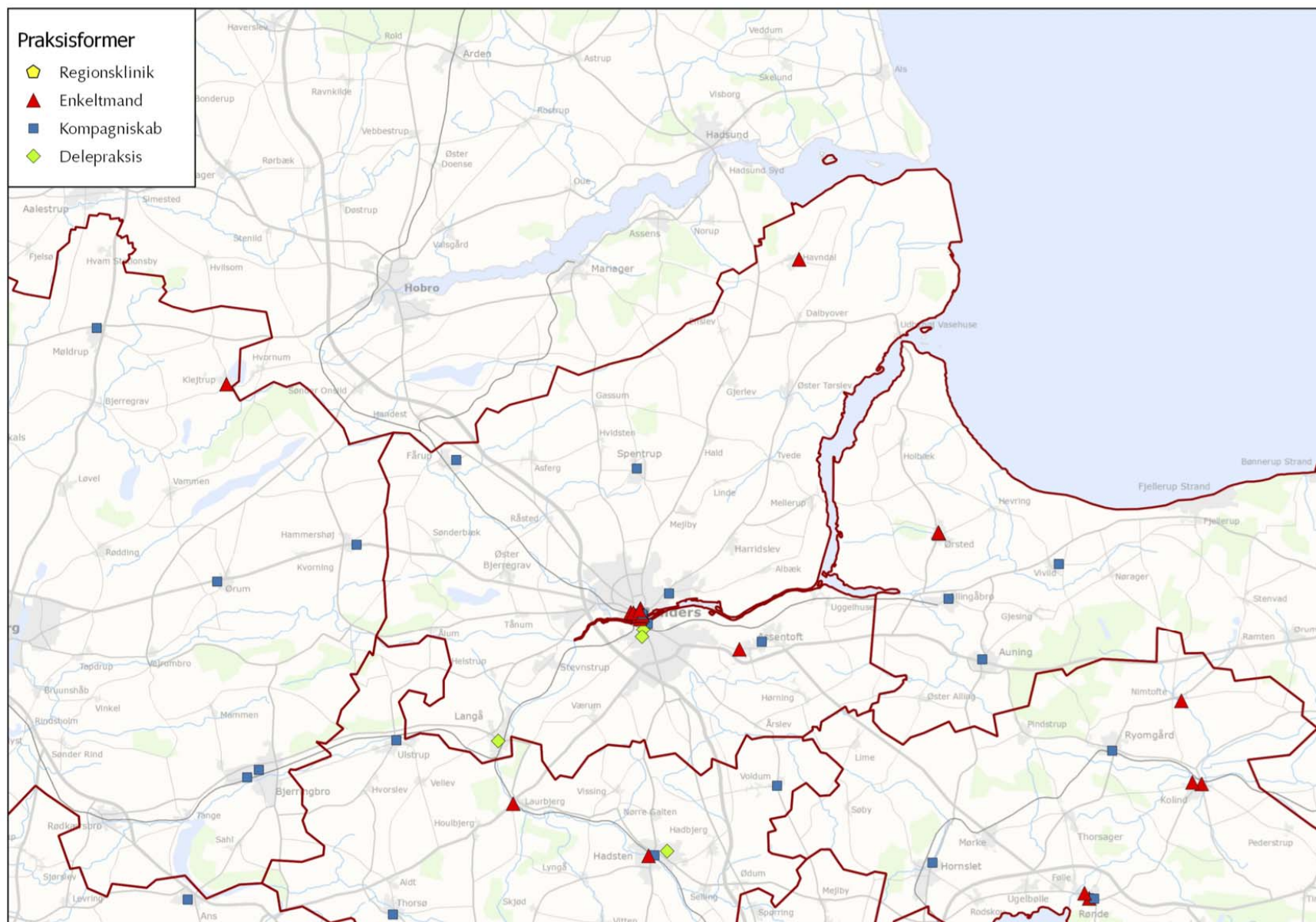
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	11	26
Enkeltmandspraksis	23	24
Delepraksis	3	9
I alt	37	59

I Randers Kommune er der 1 ubesat kapacitet pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	54 år
Antal læger på 61+	16 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	96.343	97.940

Randers



Ringkøbing-Skjern

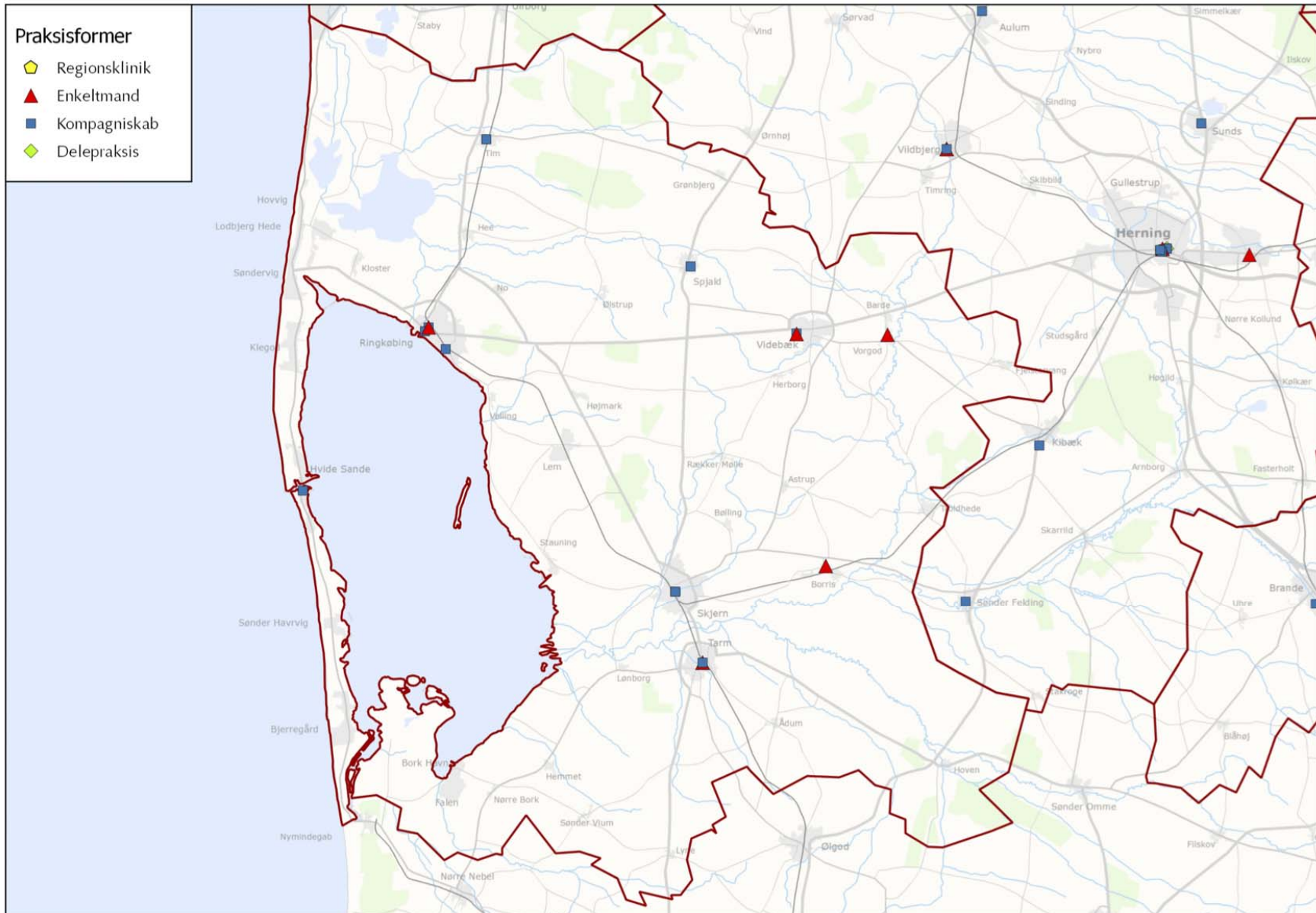
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	10	33
Enkeltmandspraksis	5	5
Delepraksis	0	0
I alt	15	38

I Ringkøbing-Skjern Kommune er der 4 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	53 år
Antal læger på 61+	4 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	57.093	55.726

Ringkøbing-Skjern



Samsø

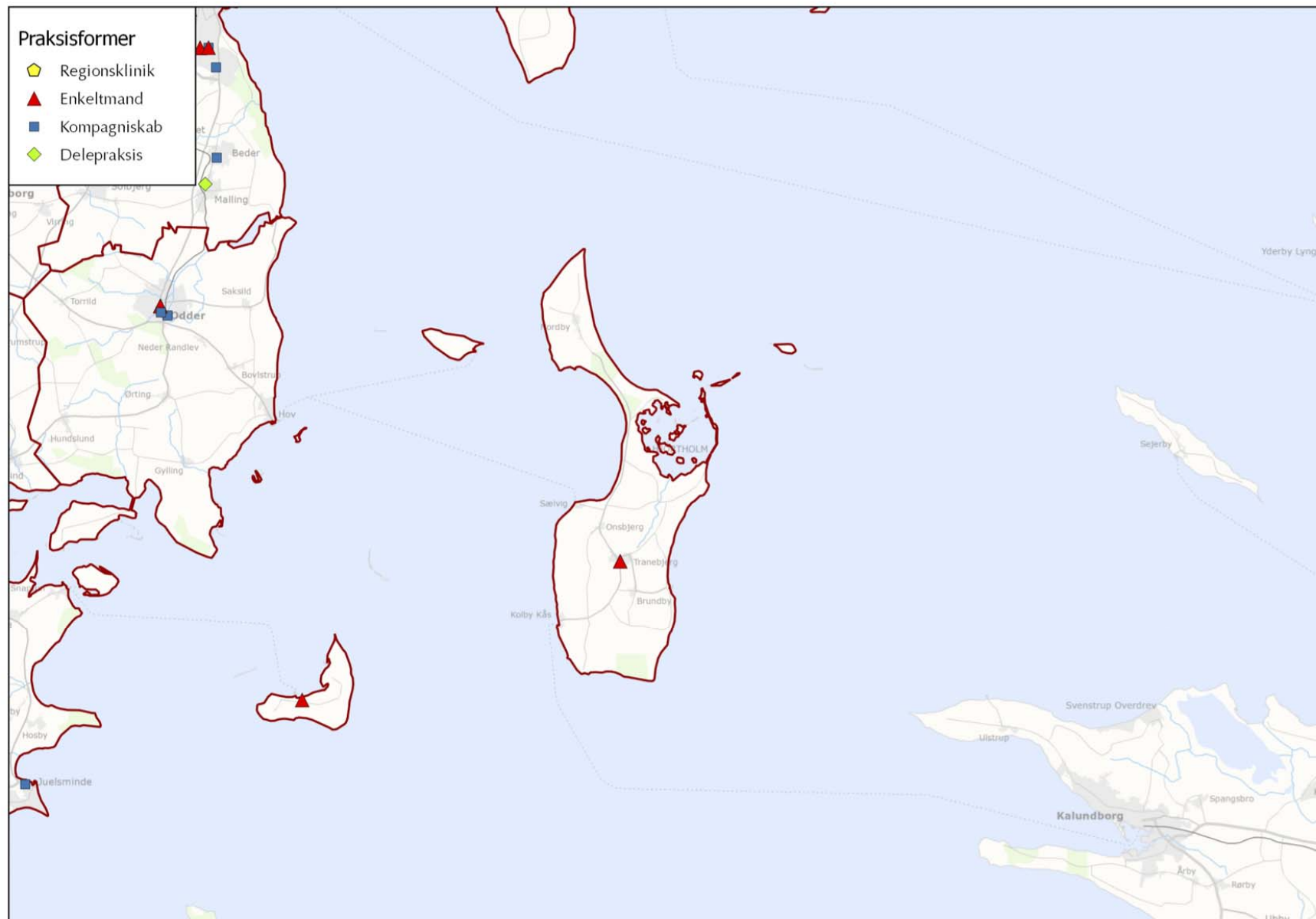
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	0	0
Enkeltmandspraksis	2	4
Delepraksis	0	0
I alt	2	4

I Samsø Kommune er der 2 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	62 år
Antal læger på 61+	1 læge

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	3.767	3.590

Samsø



Silkeborg

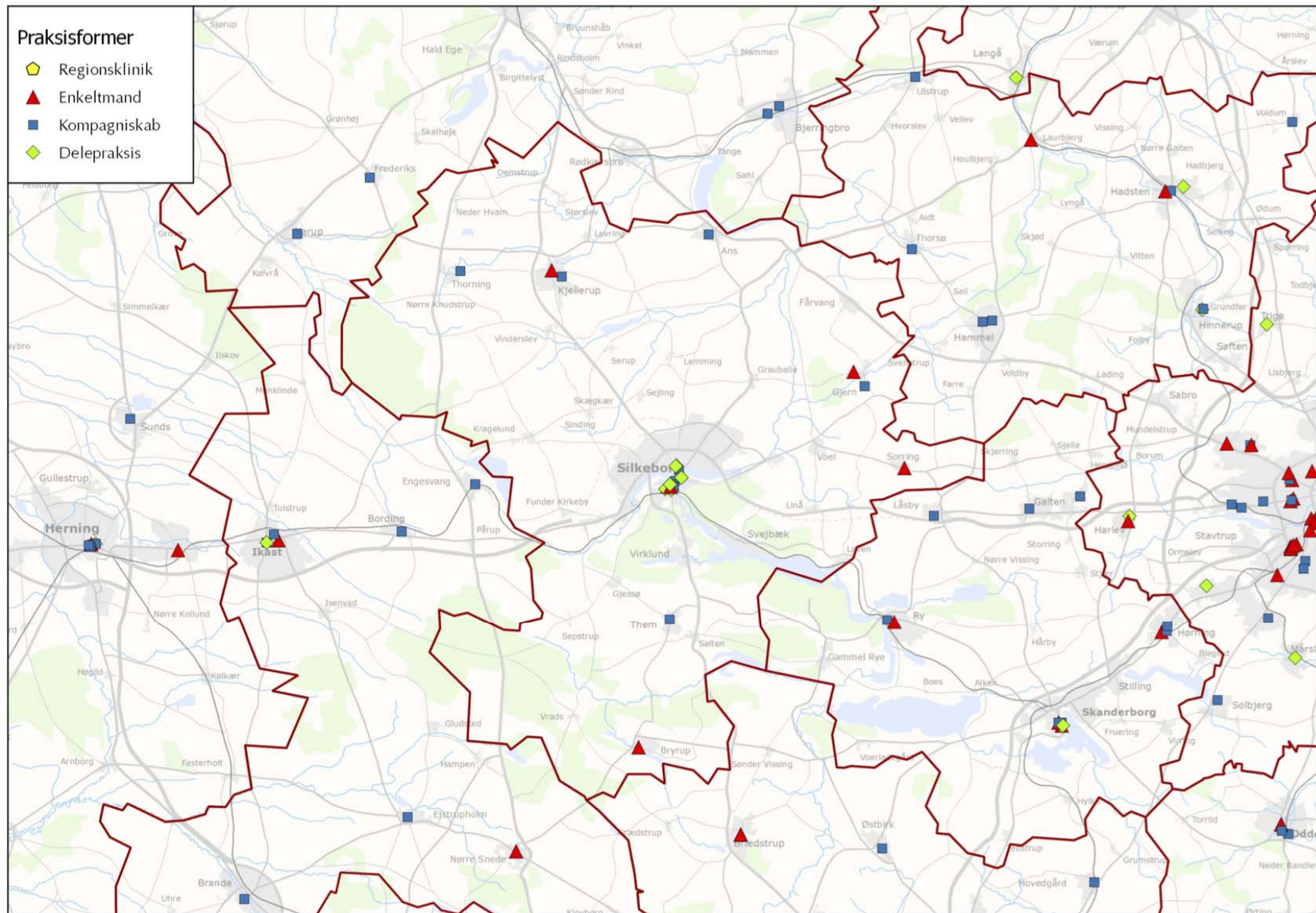
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	10	32
Enkeltmandspraksis	7	8
Delepraksis	8	19
I alt	25	59

I Silkeborg Kommune er der ingen ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	50 år
Antal læger på 61+	7 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	89.633	90.508

Silkeborg



Skanderborg

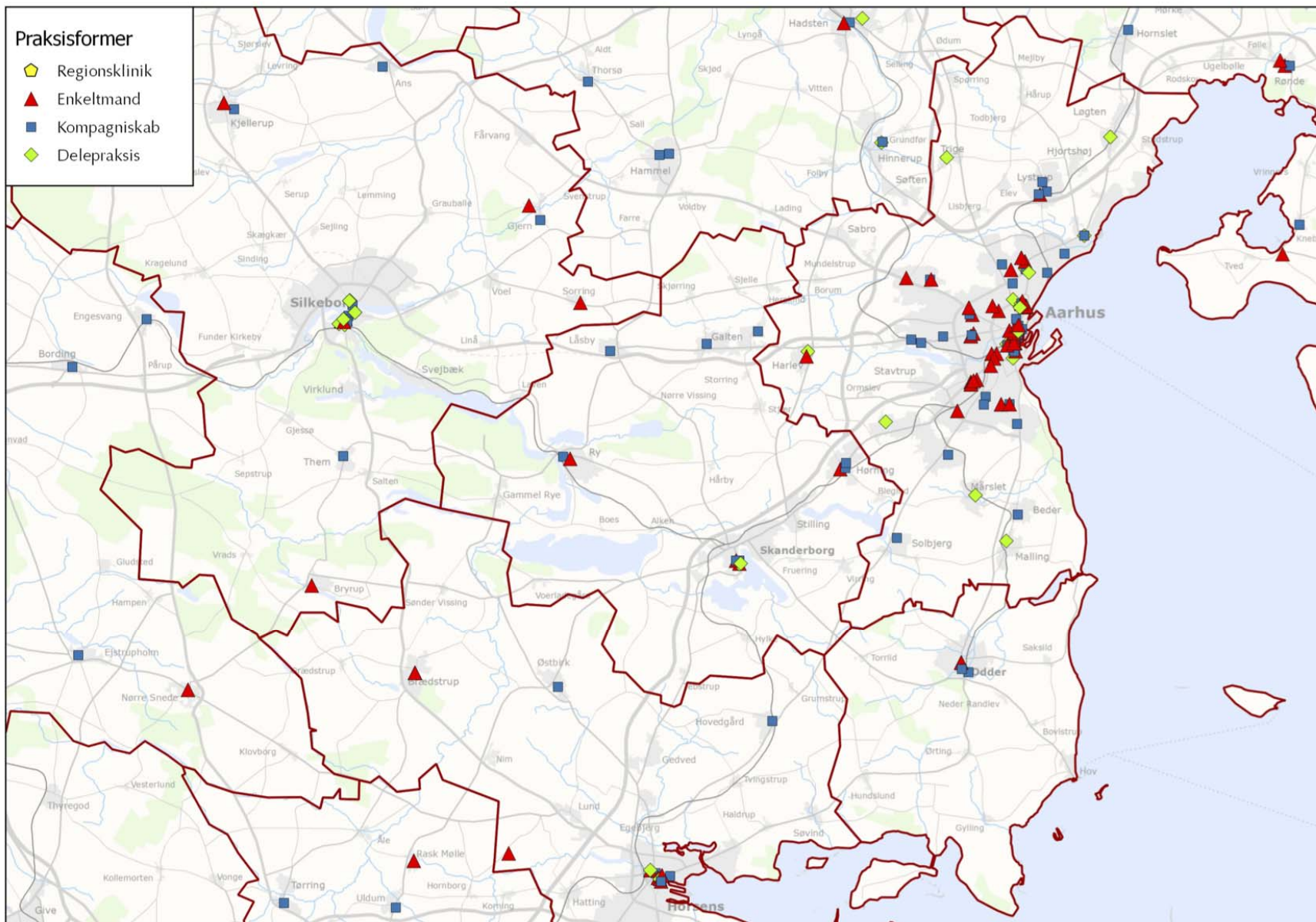
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	10	29
Enkeltmandspraksis	4	4
Delepraksis	2	3
I alt	16	36

I Skanderborg Kommune er der ingen ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	50 år
Antal læger på 61+	1 læge

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	58.176	58.252

Skanderborg



Skive

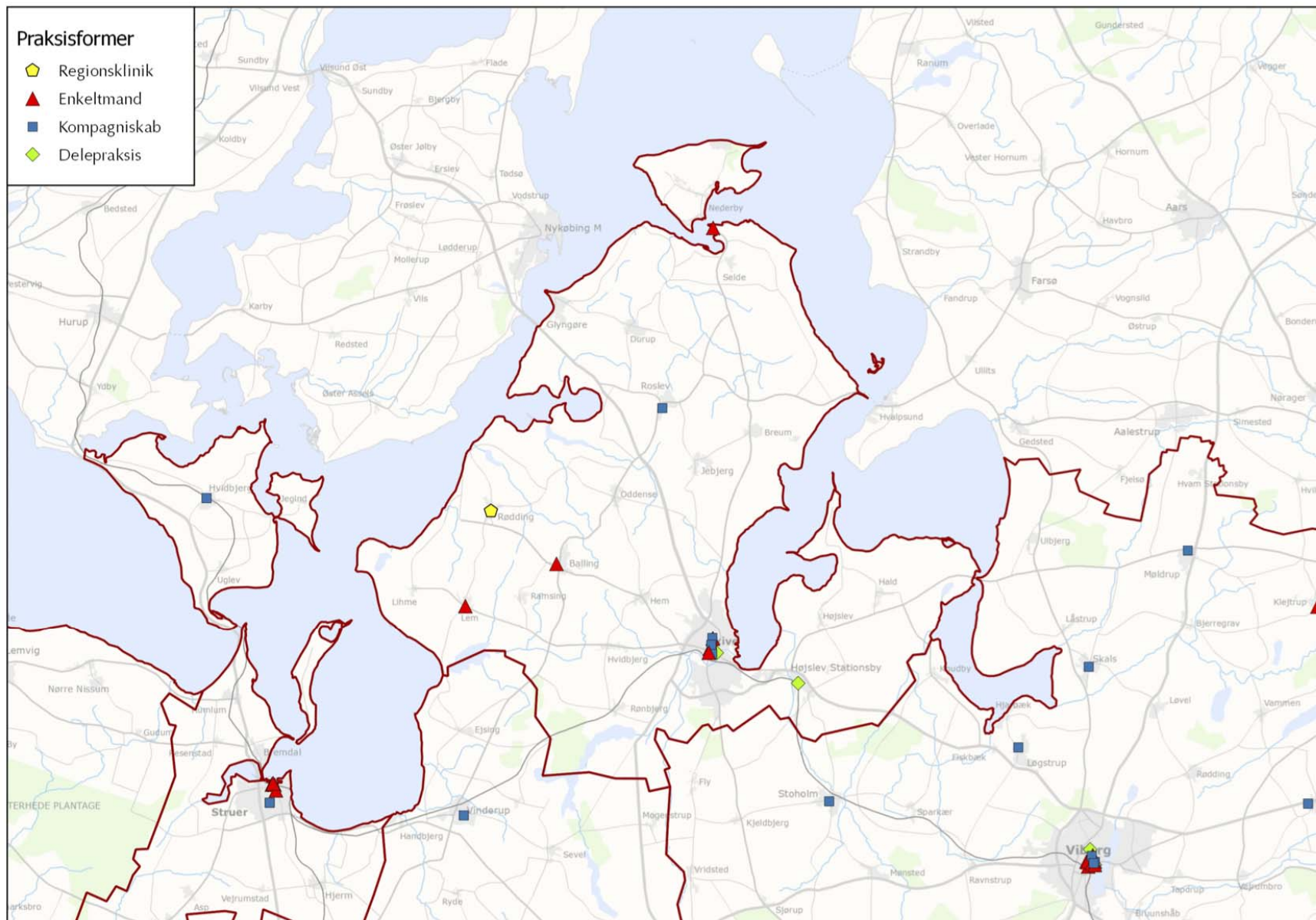
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	5	13
Enkeltmandspraksis	8	9
Delepraksis	2	6
Regionsklinik	1	1
I alt	16	29

I Skive Kommune er der 4 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	53 år
Antal læger på 61+	7 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	46.942	45.917

Skive



Struer

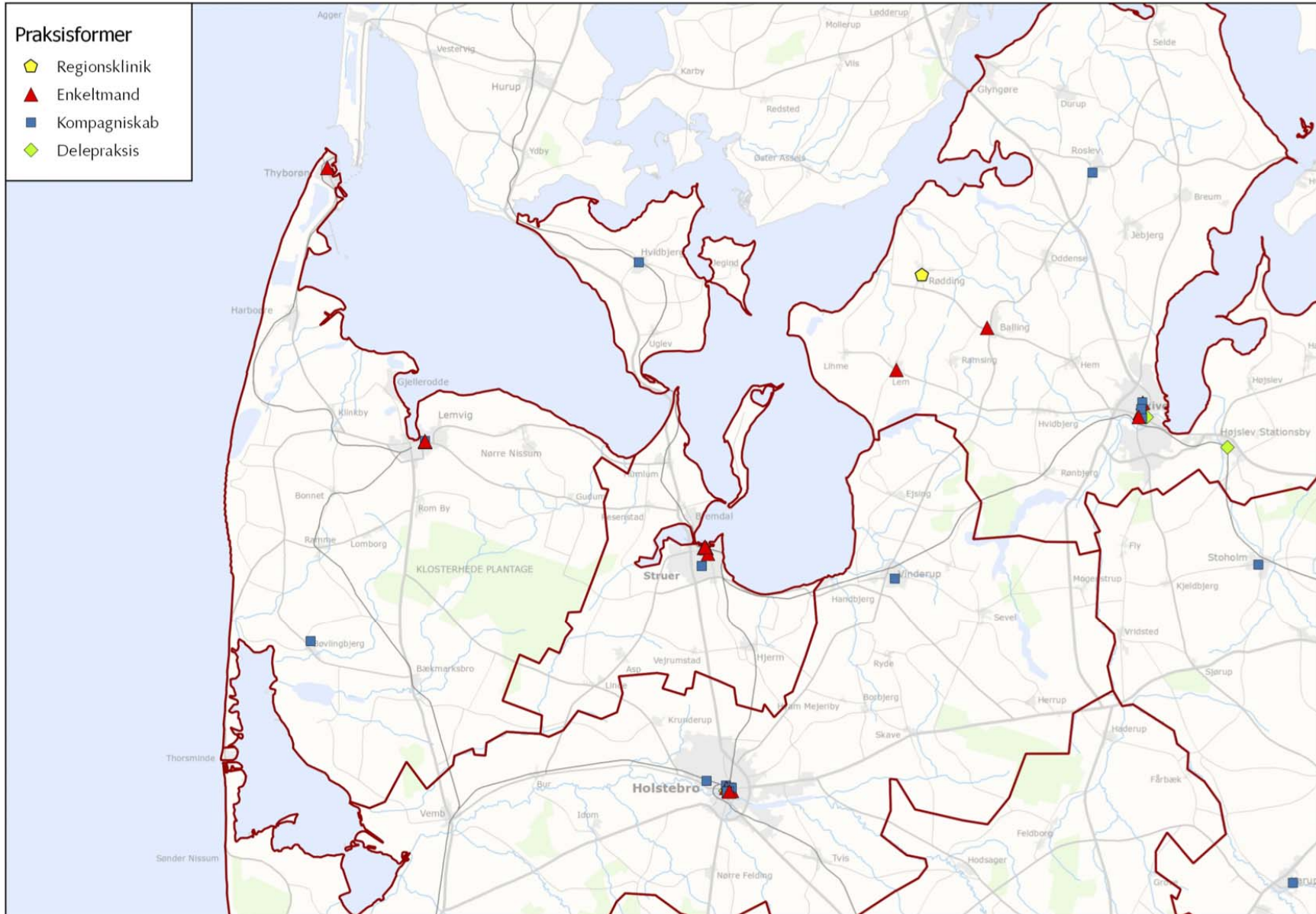
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	3	8
Enkeltmandspraksis	6	6
Delepraksis	0	0
I alt	9	14

I Struer Kommune er der ingen ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	1 læge
Antal læger på 61+	49 år

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	21.533	20.683

Struer



Syddjurs

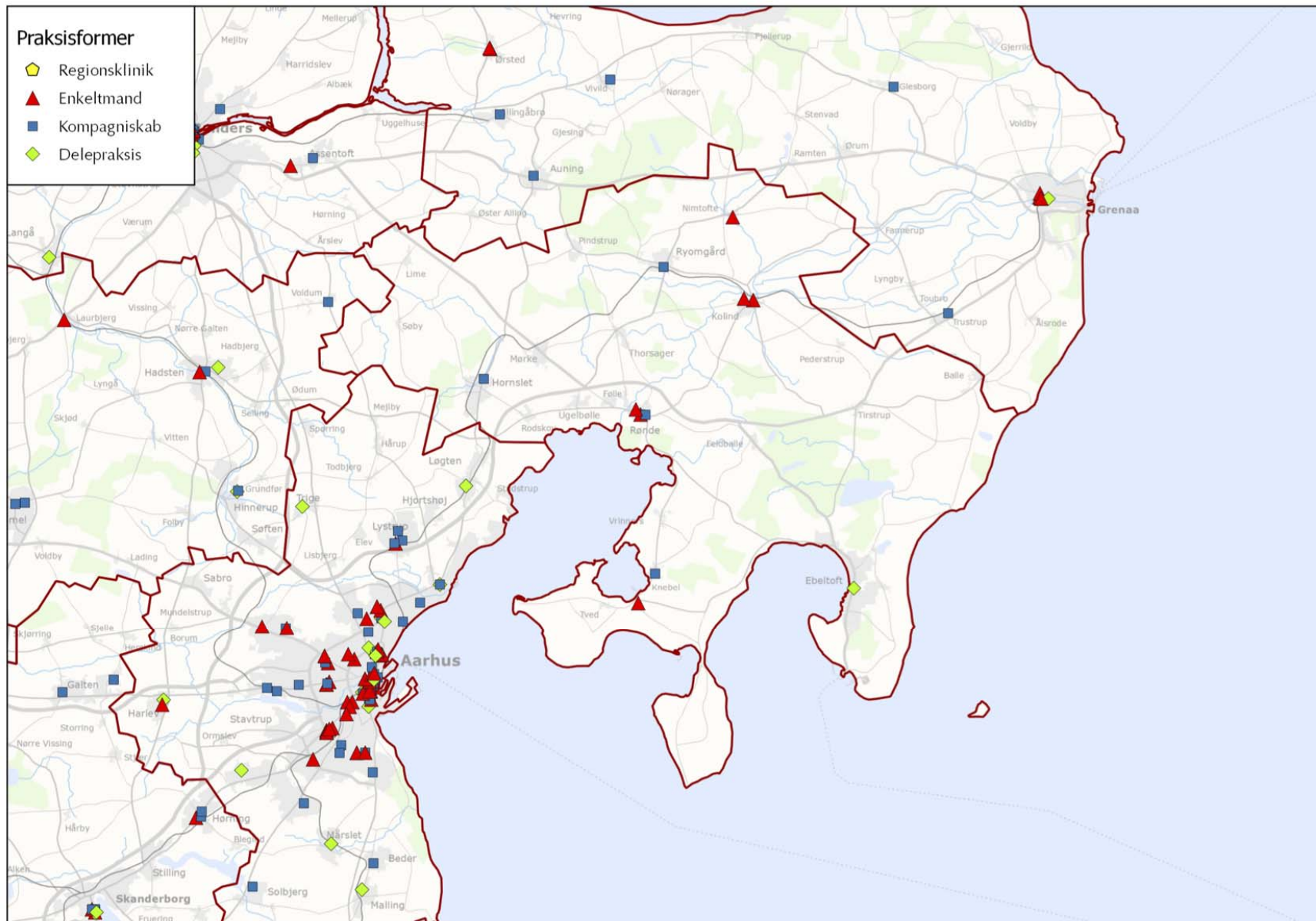
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	5	14
Enkeltmandspraksis	6	6
Delepraksis	1	6
I alt	10	26

I Syddjurs Kommune er der 3 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	55 år
Antal læger på 61+	9 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	41.719	41.773

Syddjurs



Viborg

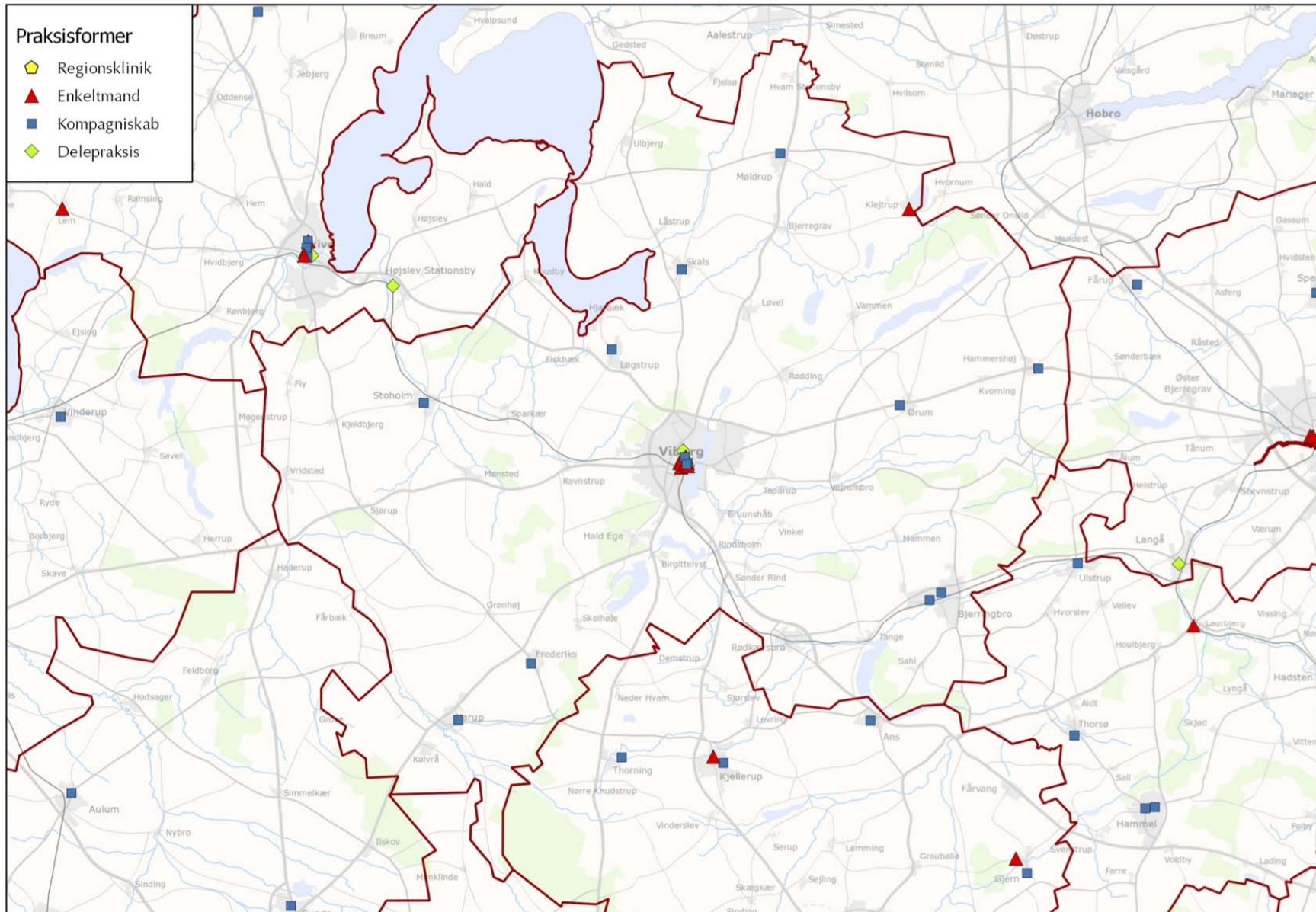
Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	13	37
Enkeltmandspraksis	14	14
Delepraksis	2	7
I alt	29	58

I Viborg Kommune er der 3 ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	52 år
Antal læger på 61+	6 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	94.486	95.220

Viborg



Aarhus

Praksistype (Kilde: NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	Antal praksis	Antal kapaciteter
Kompagniskabspraksis	42	104
Enkeltmandspraksis	62	62
Delepraksis	17	38
I alt	121	204

I Aarhus Kommune er der ingen ubesatte kapaciteter pr. 1.1.2014.

Aldersprofil (Kilde: Lægehøringen 2013 og NOTUS Regional (pr.1.1.2014))	
Praktiserende lægers gennemsnitsalder	53 år
Antal læger på 61+	31 læger

Indbyggertal (Kilde: Danmarks Statistik)	2014	2018
Pr. 1. januar	323.893	341.225

Aarhus

