



## Lægedækningsproblemer og -løsninger i almen praksis

1. august 2019

Sagsnr: 2019-3980

Aktnr: 1954494

Der er i dag ca. 127.000 borgere, som ikke er tilknyttet almen praksis og i stedet er henvist til et tilbud i regions- eller udbudsklinik. Antallet af borgere tilknyttet regions- eller udbudsklinikker stiger i disse år og vil i et *alt andet lige scenarium* vokse til op imod 300.000 frem til 2023. Herefter knækker kurven og antallet af borgere, som ikke er tilknyttet almen praksis, vil igen falde, men der vil være et uløst problem frem mod 2030. Der er således tale om en "hængekøje-problematik", som – sammenholdt med i dag – svarer til, at der vil mangle yderligere ca. 100 praktiserende læger ift. i dag, når kurven er i bund.

Udviklingen i antallet af borgere uden tilknytning til almen praksis drives først og fremmest af forskellen mellem på den ene side nytilkomne praktiserende læger og på den anden side udbuddet af ydernumre, som er bestemt ved 1) antallet af praktiserende læger, som går på pension og 2) etableringen af nye ydernumre i takt med den demografiske udvikling. Selvom antallet af praktiserende læger ventes at være stabilt på kort sigt, kan manglen på praktiserende læger stige som følge af, at befolkningen vokser med ca. 40.000 årligt.

For at fastholde eller nedbringe antallet af borgere uden tilknytning til almen praksis hurtigst muligt, er der således to primære mekanismer, som kan påvirkes. På den ene side kan det gennemsnitlige pensionstidspunkt udskydes og på den anden side, kan der sættes på at tiltrække eksisterende speciallæger i almen medicin, som i dag er beskæftiget uden for almen praksis.

Der er flere årsager til, at tjenestepligt for læger, der netop har forladt medicinstudiet, ikke er en løsning på lægedækningsudfordringerne i almen praksis, jf. tekstboksen nedenfor. Men frem for alt vil tjenestepligt ikke påvirke hverken antallet af praktiserende læger, som kommer til eller antallet, som går fra. Dermed vil forslaget heller ikke mindske antallet af patienter uden adgang til almen praksis mærkbart – hverken på kort eller lang sigt.



### Tjenestepligt løser ikke lægedækningsproblemerne i almen praksis

Socialdemokratiet har foreslået, at nyuddannede læger skal have en seks måneders tjenestepligt i lægedækningstruede områder. Dette vil reelt betyde tvangsansættelser af unge læger. Der er en række årsager til, at dette forslag ikke er en løsning på lægedækningsproblemerne i almen praksis:

- Unge læger på korte ophold i almen praksis vil ikke udgøre den hjælp for patienterne, som rutineret og fastansat klinikpersonale er. Det er bedre at bruge pengene på at understøtte ansættelsen af flere sygeplejersker, lægesekretærer og social- og sundhedsassistenter i almen praksis.
- Tjenestepligt vil ikke påvirke hverken antallet af praktiserende læger, som kommer til eller antallet, som går fra. Dermed vil forslaget heller ikke mindske antallet af patienter uden adgang til almen praksis mærkbart.
- Tjenestepligten vil forsinke uddannelsen af de speciallæger i almen medicin, som ønsker at erhverve sig en praksis i lægedækningstruede områder samt alle andre lægers speciallægeuddannelse.
- Det er en dårlig investeringscase at betale løn og oplæring af læger, der er på vej til en uddannelse i andre specialer, for at disse kan stå til rådighed i almen praksis i en kort periode.
- Det vil ikke være muligt at finde plads i klinikkerne til lægerne i tjenestepligt, uden at det samtidig fjerner plads til de læger under videreuddannelse, der er så hårdt brug for.

### *Behov for at uddanne flere praktiserende læger*

Hver fjerde praktiserende læge er i dag 60 år eller derover, mens hver tiende er 65 år eller derover. Region Sjælland og Region Nordjylland har de største andele af læger, der er 60 år eller derover, mens Region Hovedstaden har flest læger over 65 år målt i antal. I 2025 vil mere end 900 eller 28 procent af de nuværende læger være 65 år eller derover. Den største andel af disse ses i Syd- og Vestsjælland samt på Lolland-Falster<sup>1</sup>.

Der gennemføres aktuelt mere end 200 praksishandler hvert år<sup>2</sup>, og i de kommende år skal der ligeledes afhændes og genbesættes et stort antal i hele landet. Erfaringsmæssigt er det i yderområder, at der er de største udfordringer med at tiltrække praktiserende læger, der kan overtage en praksis. Det afspejler naturligvis i et vist omfang lægernes bosætningsmønster, men også, at der ikke er uddannet nok speciallæger i almen medicin samlet set.

Den grundlæggende løsning på lægedækningsproblemerne i almen praksis er at uddanne flere speciallæger i almen medicin. Med et ambitiøst løft på

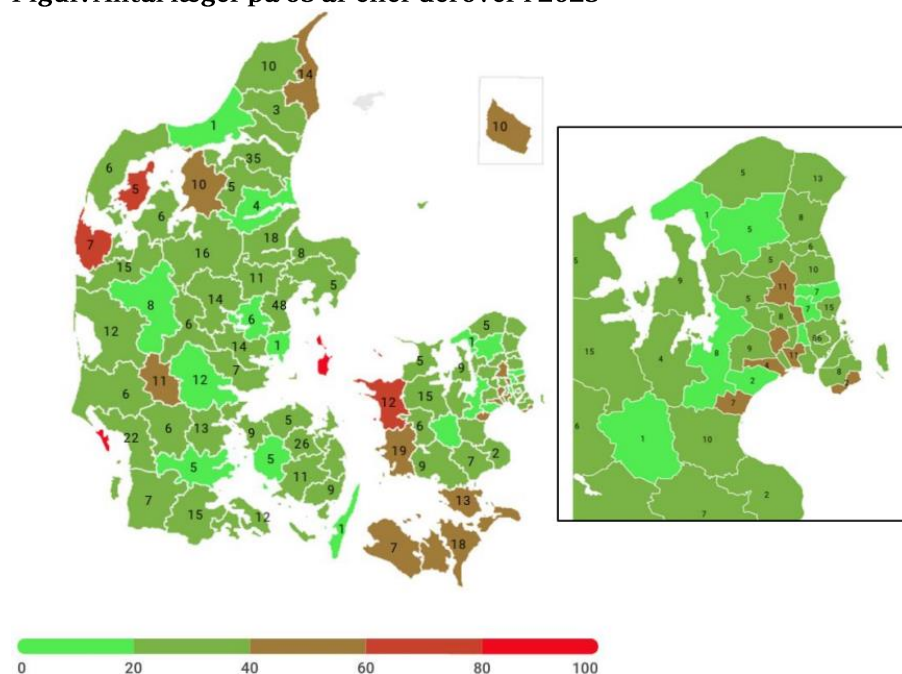
<sup>1</sup> [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_hver\\_fjerde\\_laege\\_er\\_over\\_60\\_aar.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_hver_fjerde_laege_er_over_60_aar.pdf)

<sup>2</sup> [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_-\\_goodwill\\_i\\_almen\\_praksis\\_2018\\_januar.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_-_goodwill_i_almen_praksis_2018_januar.pdf)

100 ekstra pladser i almen medicin i 7-10 år samt andre tiltag, der gør det attraktivt at blive praktiserende læge, kan udviklingen vendes, således at der allerede i 2032 kan være næsten 5.000 praktiserende læger imod knapt 3.400 praktiserende læger i dag. Det vil møde fremtidens behov for praktiserende læger, idet der vil være ressourcer til både at betjene en aldrende population og tage imod nye opgaver<sup>3</sup> <sup>4</sup>.

Men tilbage udestår løsninger, som kan imødegå ”hængekøje”-udfordringen, den geografiske udfordring og sætte almen praksis i stand til at tage imod nye opgaver frem mod 2030. Denne problemstilling adresseres nedenfor.

Figur. Antal læger på 65 år eller derover i 2025



Kilde: PLO 2019. Kommunefarven viser andel PLO-læger, der er 65+ og kommunetallet viser antallet af læger, der er 65+.

### Løsninger på lægedækningsproblemerne i almen praksis, der slår igennem inden for 1-2 år

Nedenfor gennemgås i alt seks forslag, som afbøder den akutte lægemangel i almen praksis. Det er tiltag, der hver især indebærer omkostninger eller ulemper, men som Lægeforeningen ser som den bedste mulighed for at imødegå den nuværende, uholdbare situation.

Med udgangspunkt i regneeksemplerne vurderes det, at der inden for 1-2 år kan opnås en effekt i størrelsesordenen ekstra 400-600 lægelige årsværk i almen praksis. Hertil kommer en effekt af tiltag, som sigter på varig kapacitetsudvidelse via ansættelse af mere praksispersonale.

<sup>3</sup> [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_behov\\_for\\_5000\\_laeger\\_i\\_2030.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_behov_for_5000_laeger_i_2030.pdf)

<sup>4</sup> [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_behov\\_for\\_100\\_ekstra\\_uddannelsesforloeb\\_i\\_almen\\_medicin.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_behov_for_100_ekstra_uddannelsesforloeb_i_almen_medicin.pdf)



En stor del af disse årsværk er ikke udgjort af speciallæger i almen medicin, men læger under uddannelse på vej til at blive det. Det betyder, at de ikke har samme erfaring og arbejdskapacitet som en færdiguddannet speciallæge, og de kan ikke eje eller drive egen praksis. Derfor er det vigtigt, at en del af tiltagene er rettet mod at tiltrække og fastholde de erfarne speciallæger i almen medicin til lægedækningstruede områder.

### **1. Fastholdelse af ældre praktiserende læger i lægedækningstruede områder**

Fastholdelse af ældre læger er på kort sigt den mest effektive og direkte vej til at påvirke antallet af patienter uden adgang til egen læge i lægedækningstruede områder. Initiativer, som kan få ældre læger til at blive længere i deres praksis, vedrører fritagelse fra nye opgaver, men i særdeleshed også muligheden for reduceret arbejdsbyrde eller aflastning. Der skal skabes hjemmel i sundhedsloven til, at ældre praktiserende læger i lægedækningstruede områder efter aftale med regionen modtager støtte til ansættelse af ekstra klinikpersonale/lægevikar, jf. også punkt 4 nedenfor. Udsat pension rummer potentiale for en målrettet udvidelse af kapaciteten i almen praksis.

#### *Uddybet:*

Der er ca. 3.365 læger i dag, hvor ca. 25 procent er over 60 år, dvs. ca. 850 læger. Hvis man antager, at disse læger går løbende på pension over de næste 10 år, og at mellem en fjerdedel og halvdelen vil blive et år længere end de havde planlagt, kan det svare til ca. 20-40 ekstra årsværk hvert år. Hvis lægerne kunne blive to år længere, ville det indebære den dobbelte effekt, dvs. ca. 40-80 ekstra årsværk. Effekten vil kunne mærkes umiddelbart, dvs. samme år som en løsning er vedtaget.

### **2. Tiltræk almenmedicinere fra sygehuse til almen praksis**

Ca. 800 speciallæger i almen medicin arbejder uden for almen praksis<sup>5</sup>. Dette repræsenterer et betydeligt antal uddannede speciallæger i almen medicin, der muligvis overvejer en videre karriere i almen praksis. Lægeforeningen har i en rundspørge afdækket, hvorvidt denne gruppe af læger er interesserede i at arbejde i praksis som ansatte eller praksisejere samt eventuelle barrierer herfor.

De speciallæger i almen medicin, der vælger en karriere på fx et sygehus, gør det oftest fordi det netop er den karrierevej, der passer bedst på deres kompetencer, ønsker til faglig udvikling etc. Det er vigtigt, at der fremadrettet ikke sættes hindringer for disse karrierevalg. Men der er andre situationer, hvor et karriereskifte til almen praksis er en oplagt mulighed. Rundspørgen tyder på, at mere end 200 læger kunne være interesserede i et arbejdsliv i almen praksis under de rette betingelser. Der er flere ting, der ser ud til at være vigtige for den enkelte læge ved dette

---

<sup>5</sup> [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_naesten\\_800\\_speciallaeger\\_i\\_almen\\_medicin\\_arbejder\\_uden\\_for\\_al.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_naesten_800_speciallaeger_i_almen_medicin_arbejder_uden_for_al.pdf)



karierevalg. Nogle har et ønske om nedsat arbejdstid eller et nedsat antal patienter, mens andre prioriterer arbejde tæt på sin bopæl, mulighed for faglig sparring, økonomiske forhold osv.

Derudover kan forskellene i barselsordninger for ansatte læger på sygehusene og i almen praksis være af betydning for de læger, der står over for at stifte familie. Der kunne via Administrationsudvalget jf. overenskomsten mellem RLTN og PLO afsættes midler til at dække praksisejernes lønudgifter til ansatte læger på barselsorlov, så barselsvilkårene for en ansat læge i almen praksis kan blive lige så gode som vilkårene under en sygehusansættelse.

#### *Uddybet*

Ca. 800 læger med speciale i almen medicin arbejder udenfor almen praksis. En rundspørge tyder på, at mere end 200 af disse læger kunne være interesserede i et arbejdsliv i almen praksis under de rette betingelser. Dette kunne muligvis tilføre almen praksis 40-80 speciallæger i almen medicin. Effekten vil kunne mærkes umiddelbart.

### **3. Pulje til støtte ved ansættelse af praksispersonale og udbedring af lokaler i lægedækningstruede områder**

Den enkelte lægepraksis i lægedækningstruede områder kan understøttes i at tage flere patienter gennem ansættelsen af mere klinikpersonale. En umiddelbar vurdering er, at de nuværende personaler i almen praksis håndterer ca. 10 procent af alle kontakter i almen praksis<sup>6</sup>, og at der er et stort potentiale for at udvide kapaciteten i almen praksis ved ansættelse af flere personaler. Der kan imidlertid være udgifter i forbindelse med alt fra rekruttering over oplæring og til bygninger forbundet med udvidelse af praksis, som gør at sådanne investeringer ikke nødvendigvis opfattes som rentable i et lægedækningstruet område.

#### *Uddybet*

Sygeplejersker, lægesekretærer og social- og sundhedsassistenter er – foruden læger – de faggrupper, der oftest er tilknyttet almen praksis<sup>7</sup>. PLO har beregnet, at en forøgelse af personalet med fx 50 procent i 2030 i forhold til 2015 svarer til ca. 160 læger i forhold til, hvor mange kontakter, de kan håndtere. Da man kan risikere, at en så stor forøgelse af praksispersonale i almen praksis vil kunne betyde mangel på sygeplejersker på sygehusene, kunne man sigte på en lavere forøgelse, fx svarende til 40 læger. Alt efter hvad det kræver at skabe plads etc. i den enkelte praksis vil effekten kunne mærkes 1-2 år efter, at en løsning er vedtaget.

Region Hovedstaden og PLO har dels via Kammeradvokaten og Bech-Bruun Advokatkontor undersøgt, hvorvidt der kan etableres

<sup>6</sup> [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_behov\\_for\\_5000\\_laeger\\_i\\_2030.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_behov_for_5000_laeger_i_2030.pdf)

<sup>7</sup> [https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo\\_analyse\\_ansatte\\_i\\_almen\\_praksis.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_analyse_ansatte_i_almen_praksis.pdf)



begunstigende ordninger (fx støtte til ansættelse af praksispersonale i lægedækningstruede områder) med henblik på at fastholde/få flere læger til at etablere sig i de lægedækningstruede områder. Sådanne ordninger kan konkret udmøntes i en aftale mellem PLO og en eller flere regioner om, at regionen/regionerne yder et økonomisk tilskud til konkrete ydernumre eller grupper af ydernumre. Initiativet forudsætter dog, at sundhedsloven indeholder den fornødne hjemmel, hvilket iflg. Kammeradvokatens vurdering ikke er tilfældet i dag, og formentlig også, at hjemmel etableres i overenskomst om almen praksis.

Fornøden hjemmel i sundhedsloven kan etableres og stat/regioner kan yde sådanne tilskud uden, at det udgør ulovlig statsstøtte eller er i strid med konkurrencelovgivningen<sup>8</sup>. Effekten vil kunne mærkes umiddelbart, dvs. samme år, som en løsning er fastlagt.

En af de vigtigste stopklodser lige nu er dog lokalemangel. I rigtig mange praksis er der ikke aktuelt plads til flere praksispersonaler eller uddannelseslæger, hvorfor hjælp til udvidelse og/eller at finde egnede lokaler er essentielt. Det ville derfor kunne skabe bedre rammer for uddannelse og ansættelse af praksispersonale, hvis de mange læger, der ikke bor til leje i regionale og kommunale sundhedshuse, også kunne få adgang til at søge om midler fra fx lægehuspuljen, selvfølgelig med respekt for statsstøtteregler og konkurrencelovgivning. Udfordringer med lokalemangel er ikke bare et storbyfænomen. Også i mindre byer er det meget vanskeligt.

En anden helt afgørende stopklods er det i overenskomsten aftalte økonomiloft. Økonomiloftet vil således skulle hæves, så der bliver plads til, at omsætningen per læge kan øges som følge af flere praksispersonaler i almen praksis.

#### **4. Omlægning af hoveduddannelsen i almen medicin giver flere hænder i almen praksis**

Hoveduddannelsen i almen medicin kan ændres, så hospitalsopholdet i løbet af uddannelsens fase 1 forkortes med et halvt år, og opholdet i almen

---

<sup>8</sup> Der vil ikke være tale om ulovlig statsstøtte, når staten/regionen optræder "som udøver af offentlig myndighed", jf. traktatens artikel 107, stk. 1. En aktivitet kan anses som udøvelsen af offentlig myndighed, når den er et led i statens/regionens væsentlige opgaver. De praktiserende læger indgår som en integreret del af det offentlige danske sundhedsvæsen, hvor de modtager honorar fra regionerne/staten i overensstemmelse med overenskomsten eller regionale aftaler. Lægerne yder således skattefinansieret og vederlagsfri behandling af borgerne. Lægerne er selvstændige erhvervsdrivende, men de er underlagt et økonomiloft og nøje kontrol med deres virke. Kammeradvokaten har samlet vurderet, at der er ganske stærke argumenter for, at praktiserende læger derfor er en integreret del af det danske skattefinansierede sundhedssystem, og at de ikke udøver økonomisk aktivitet, som vil være omfattet af statsstøttereglernes grænser.

I forhold til konkurrencelovgivningen indeholder denne et forbud mod konkurrencebegrænsede aftaler samt forbud mod misbrug af dominerende stilling. De to forbud gælder imidlertid ikke i forhold til en konkurrencebegrænsning, som er en direkte eller nødvendig følge af offentlig regulering. Det er Bech-Bruuns vurdering, at en regions aftale med PLO om et ydernumertilskud, som har til formål at imødegå lægedækningsudfordringer er en direkte følge af offentlig regulering, jf. sundhedslovens § 206 a, om praksisplanen, der inddrager geografiske forhold, og som forudsætter, at overenskomsten suppleres af decentrale aftaler mellem region/kommuner og almen praksis. Bech-Bruun vurderer derfor samlet, at konkurrencereguleringen i bred forstand ikke er til hinder for, at regionerne yder et ydernumertilskud til konkrete praksis.





praksis forlænges tilsvarende. En sådan omlægning af uddannelsen bør ske samtidig med, at uddannelsens læringsværdi fastholdes eller øges, bl.a. ved at få prioriteret, hvilke opgaver, der er vigtigst, at lægerne når at få erfaring med ved hospitalsopholdet.

Det vil med 100 ekstra hoveduddannelsesforløb hvert år sende op imod 370 læger et halvt år ekstra ud i almen praksis. Selvom der ikke er tale om færdiguddannede speciallæger i almen medicin, understøtter forslaget en kapacitetsudvidelse i den enkelte klinik med læger med erfaring fra almen praksis, ligesom forslaget også har gennemslag i lægedækningstruede områder.

Det bør desuden gøres mere fleksibelt for den uddannelsessøgende læge at flytte til et lægedækningstruet område undervejs i hoveduddannelsen. Det kan nogle steder være vanskeligt at få lov at foretage et skifte fx at flytte uddannelsessted, når man skal påbegynde fase 3 i sit hoveduddannelsesforløb.

Det bør desuden i højere grad blive muligt at få omsat godkendt merit fra tidligere ansættelser til en forkortet hoveduddannelse, så vejen til at blive færdiguddannet speciallæge i almen medicin bliver forkortet. Det er ikke hensigtsmæssigt, når der er givet merit i videreuddannelsesregionerne, at det kan være svært at blive fritaget for den ansættelse på sygehuset, som meritten overflødiggør.

#### *Uddybet:*

Den nuværende dimensioneringsplan indebærer 270 forløb i 2020. Med en fortsat politisk beslutning om at etablere 100 ekstra HU-forløb bliver det 370 forløb årligt, hvis det antages, at alle opslåede hoveduddannelsesforløb bliver besat. Hvis alle får ½ år mere i almen praksis som led i hoveduddannelsen betyder dette 185 ekstra årsværk årligt. Hvis der i stedet regnes med en besættelsesprocent på fx 80 procent, bliver effekten ca. 150 årsværk. Effekten vil kunne mærkes allerede ½ år efter, at den omlagte hoveduddannelse er besluttet at virke fra.

### **5. 100 ekstra HU-forløb kan betyde op til 200 ekstra årsværk i almen praksis**

Hvis der etableres og besættes 100 ekstra hoveduddannelsesforløb i almen medicin de kommende år, betyder det, at der i løbet af en årrække uddannes flere speciallæger i almen medicin, hvilket er nøglen til at sikre lægedækning. Men der er desuden en positiv effekt allerede på kort sigt, hvor 100 ekstra forløb kan betyde en effekt på op imod 200 årsværk på kort sigt, hvis alle beløb besættes. Læger, der er under relevant videreuddannelse, bidrager væsentligt til patientbehandlingen, selvom de ikke har samme erfaring og arbejdskapacitet som en færdiguddannet speciallæge.



### *Uddybet*

Det blev besluttet i 2018 at etablere 30 ekstra forløb i 2019 og 2020 med planer om at etablere i alt 100 ekstra forløb i 2020. Hvis der besættes 100 ekstra forløb de kommende år, indebærer det ca. 1/3 af tiden i almen praksis i uddannelsens fase 1 og fuld tid i almen praksis i fase 2 og 3. Dvs. at effekten, når man i ét givent år regner på flere årganges tid i almen praksis i de forskellige faser, som udgangspunkt er ca. 200. Der kan givetvis ses ubesatte forløb i omfanget 10-20 procent, svarende til at effekten bliver 160-180 årsværk, med mindre der gøres en særlig indsats for at få alle forløb besat. Det skal dog bemærkes, at disse årsværk naturligvis ikke resulterer i helt samme arbejdskraft, som færdiguddannede speciallæger kan levere. Effekten vil allerede gradvist kunne mærkes kort tid efter at en løsning er fastlagt.

### **6. 200 ekstra introduktionsforløb kan betyde op til 100 ekstra årsværk i almen praksis**

Introduktionsforløbene, som lægerne skal gennemgå inden hoveduddannelsen i almen medicin, er på 6 eller 12 måneders ansættelse i almen praksis, alt efter om den yngre læge har haft ophold i almen praksis under den kliniske basisuddannelse, KBU'en (man har et kortere introforløb, hvis man allerede har været i almen praksis under KBU'en). Hvis man opslår 200 ekstra introforløb som led i, at man etablerer flere hoveduddannelsesforløb, kan det betyde op imod 100 årsværk på kort sigt, hvis alle forløb besættes.

### *Uddybet*

Det er vedtaget, at alle fremover skal i almen praksis som led i KBU'en (hidtil har det været ca. 80 procent), og at introduktionsforløbet så er på 6 måneder. Hvis man arbejder med at opslå dobbelt så mange introforløb som HU-forløb (ratioen i den nuværende dimensioneringsplan er i spændet 1,3-2,0), bliver det således 200 forløb i ½ år og dermed 100 årsværk, hvis alle forløb bliver besat. Der må dog forventes manglende søgning samt frafald fra disse forløb, som man kunne arbejde på at minimere, og der skal gøres en indsats for at finde tilstrækkeligt med tutorlæger. Hvis der fx er 20 procent ubesatte forløb, bliver effekten i stedet ca. 80 årsværk, og hvis der samtidig slås færre introforløb op end ratio 2 ift. HU-forløb, så der fx opslås 165 forløb, bliver effekten ca. 66 årsværk. Effekten vil allerede gradvist kunne mærkes kort tid efter at en løsning er fastlagt.

Nedenfor ses en tabel med regneeksemplerne ovenfor.





**Tabel 1: Regneeksempler på effekter af tiltag**

Tiltag	Regneeksempel	Mulig effekt	Effekt-hastighed	Økonomi
1. Fastholdelse af ældre læger	25-50 procent af 60+ årige fastholdes 1-2 år ekstra	20-80 årsværk	Under 1 år	Lønmidler til hjælpepersonale
2. Tiltrækning af almenmedicinere	Mere end 200 læger, under de rette betingelser	40-80 årsværk	Under 1 år	Evt. tiltag for tiltrækning: puljer m.m.
3. Ansættelse af klinikpersonale	Op til 50 procent ekstra personale	40-160 årsværk	1-2 år	Støtte til ansættelse
4. Omlægning af Hoveduddannelse	½ år omlægges til almen praksis i fase 1	150-185 årsværk	½ år	Omlægning af lønmidler
5. Øget antal HU-forløb	100 ekstra per år	160-200 årsværk	Kort tid efter løsning fastlagt	Lønmidler til udd. læger
6. Øget antal introforløb	Eksempel: 200 ekstra introstillinger per år	66-100 årsværk	Kort tid efter løsning fastlagt	Lønmidler til udd. læger

