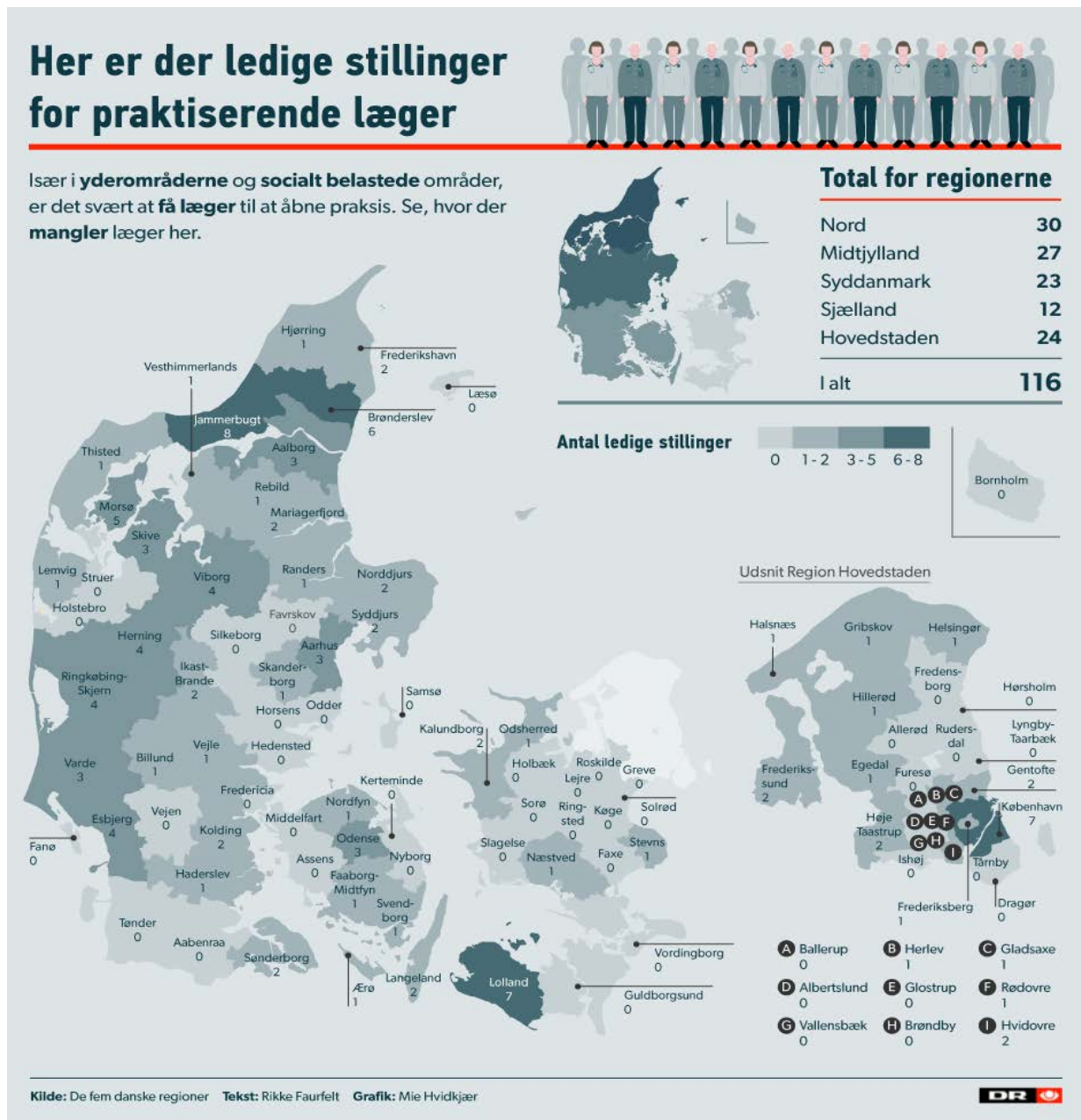


SATELLIT PRAKSIS



Forskningstræningsopgave i Hoveduddannelsen i Almen Medicin Århus

Forfattere: Breeze Diggle og Marie Rosenkilde

Vejleder: Bo Christensen

Indholdsfortegnelse:

Formål	Side 3
Baggrund	Side 4
Metode	Side 7
Resultater	Side 8
Diskussion	Side 18
Referencer	Side 22
Bilag (5 stk.)	Side 23

Formål:

Formålet med denne undersøgelse er at afdække praktiserende og hoveduddannelses lægers interesse for deltagelse i satellit praksis som en løsningsmodel til lægedækning i Danmark.

Vi vil mere specifikt undersøge:

- Føler vi os i specialet forpligtet til at tage ansvar for lægedæknings problematikken?
- Hvad kan særligt motivere og hvad kan ses som en hindring for en sådan løsning?
- Hvis der er stor interesse, hvilken måde at organisere sig på foretrækkes så?
- Ser vi en forskel for interessen blandt hoveduddannelses lægerne versus de allerede nedsatte speciallæger?
- Ser vi i vores speciale, en tilbøjelighed til en idealistisk drivkraft som motivation?
- Har yngre læger større interesse i at afgive noget administrativt ansvar fra sig?
- Vil flere praktiserende læger hellere indgå i en satellit praksis med dagsarbejde versus at være forpligtiget til at køre lægevagter eller vil de måske gerne frikøbe sig?
- Er læger med hjemmeboende børn mere villige til at indgå i løsninger når børnene er store?
- Ser vi generelle kønsforskelle?

Baggrund

En af de største udfordringer for almen praksis i Danmark er lægedækningen og at sikre at alle danskere har en praktiserende læge (PL). Dette har baggrund i et stigende rekrutteringsproblem til specialet almen medicin, med periodevis ubesatte hoveduddannelsesstillinger. Problemet bliver forværret de næste år pga. af stor afgang fra faget, idet over $\frac{1}{4}$ af PL'er er over 60 år ¹. Desuden har de strukturelle ændringer i sundhedsvæsenet med opgaveglidning fra hospitalsregi og kommunalt regi til primær sektoren, givet os indtryk af en meget presset primær sektor.

I en nylig opgørelse lavet af PLO fremgår det, at der aktuelt er 113 ubesatte ydernumre på landsplan. ²

Desuden har vi fået oplyst at der på landsplan er 12 steder hvor manglen på PL'er har ført til etablering af regionsklinikker. Vi har ikke kunnet få bekræftet præcis hvor mange læger der er beskæftiget disse steder.

På nuværende tidpunkt har de danske regioner 13 udbudsklinikker fordelt på 3 regioner. Udbudsklinikkerne drives af bl.a. FALCK og Nordic Medicare.³

I en analyse lavet af KL i 2015 fremgår det at ca. 30 % af PL'er, er over 60 år og 60% er over 50 år. Se grafisk fremstilling på bilag 3.

Speciallægedækningen er udfordret og som delvis løsning heraf har man lavet en mulighed for at etablere en Satellit Praksis (SP).

SP kan defineres som at en eller flere læger sammen påtager sig at drive en ekstra praksis på en anden matrikel.

Lovgivningsmæssigt blev der med overenskomsten fra 2011 åbnet for muligheden for drift af SP. Med overenskomsten fra 2014 blev muligheden yderligere understøttet.

1. Kommunernes Landsforening : Analyse af kortdækning af lægedækning i DK. Sept. 2015. Se bilag 3

2. Mail fra Jeppe Krag PLO 02-09-2016 med opdaterede tal om ubesatte ydernumre i DK. Se bilag 5

3. Mail fra Lotte Aakjær Jensen PLO, 23-08-2016 med opdaterede tal om regions og udbudsklinikker. se bilag 4

§ 23 SATELLITPRAKSIS

Stk. 1.

Regionen kan give en praksis tilladelse til etablering af en satellitpraksis som supplement til det primære konsultationssted.

Stk. 2.

Satellitpraksis udgør alene et ekstra konsultationssted, og ikke en selv-stændig praksis i forhold til overenskomsten. Dog gælder de almindelige regler om flytning og nedlæggelse af praksis også for flytning og nedlæggelse af satellitpraksis, med mindre andet aftales.

Stk. 3.

Der kan aftales indskrænket åbningstid i satellitpraksis afhængig af behov og tildelt lægekapacitet. Hvis satellitpraksis har lukket i dagtiden, har de tilmeldte patienter ret til almen lægehjælp fra det primære konsultations- sted. Lægen er forpligtet efter overenskomstens bestemmelser, uanset hvor praksis udøves.

Stk. 4.

Muligheden for at sikre lægedækning i et lokalområde via etablering af satellitpraksis kan indgå i praksisplanen.

Den første SP i Danmark åbnede i Albertslund i 2012 . Her gik 3 læger i en praksis i Rødovre sammen om at åbne en "filial" i Albertslund. Ideen var drevet af flere faktorer, men bl.a. af et ønske om at afhjælpe lægemangel i et område med et ubesat ydernummer.

Både administrativt, lovgivningsmæssigt og manglende samarbejde med PLO var der en del udfordringer og i 2013 valgte de derfor at sælge ydernummeret til en ny fast læge.⁴

Den eneste nuværende SP ligger i Brande. Den åbnede i sept. 2014. De daværende læger i Brande kunne ikke sælge deres ydernummer hvorfor regionen overtog det.

4. *Telefonisk interview med praktiserende læge Marie-Louise Sixhøj, Rødovre, 13/5-2016.*

En lægepraksis i Ikast (med 5 læger) overtog gratis ydernummeret og åbnede en SP i Brande. Beslutningen herom var drevet af en forventning om at tjene penge men også en idealistisk drivkraft om at dette kunne være en måde at bidrage til lægedækningsproblemet i DK. ⁵

⁵ *Telefonisk interview med praktiserende læge Joachim Frølund, Ikast, 17/5-2016.*

Metode

Opgaven bygger på et anonymt elektronisk spørgeskema der søger at afdække interessen for deltagelse i en satellitpraksis (SP).

Spørgeskemaet er udarbejdet i det internetbaserede Survey Monkey og er ”pilottestet” af to kolleger før den endelige udgave er udsendt. Pilottesten gav anledning til enkelte rettelser.

Vi har talt i telefon med lægerne Marie-Louise Sixhøj fra Rødovre/Albertlund SP og Joachim Frølund fra Ikast/Brandeborg SP om deres tanker bag det, at starte en SP. Vi har brugt deres input til at opnå baggrundsviden om SP og til videreudvikling af vores spørgeskema.

Spørgeskemaet er udsendt til PL'er og HU læger i almen medicin primært i region midt. Vi har udsendt ca. 130 spørgeskemaer til e-mail adresser vi har indsamlet via vores medkursister, tolvmandsgrupper, tidligere og aktuelle ansættelses steder og via andet socialt og fagligt netværk.

Spørgeskemaet er af nogle sendt videre til deres kolleger, og derfor ved vi ikke præcis hvor mange der har modtaget det og kender derfor heller ikke den reelle svarprocent. Spørgeskemaet indeholder baggrundsspørgsmål om respondenterne så som alder, køn og bopæl og indeholder derudover spørgsmål om holdninger til lægedækningsproblematikken og motivation for deltagelse i en SP.

Afslutningsvis var der mulighed for frit at kommentere om motivation og hindring ift. deltagelse i en SP.

Spørgeskemaet er udsendt d. 7. Juni 2016 og data er indsamlet i perioden d. 7. Juni til d. 9. august 2016.

Det blev designet således at der i næsten alle spørgsmål var tvunget svar og man ikke kunne komme videre hvis ikke spørgsmålet blev besvaret.

Data er efterfølgende analyseret i Survey Monkey og Excel, og resultaterne er visualiseret ved brug af diverse diagrammer.

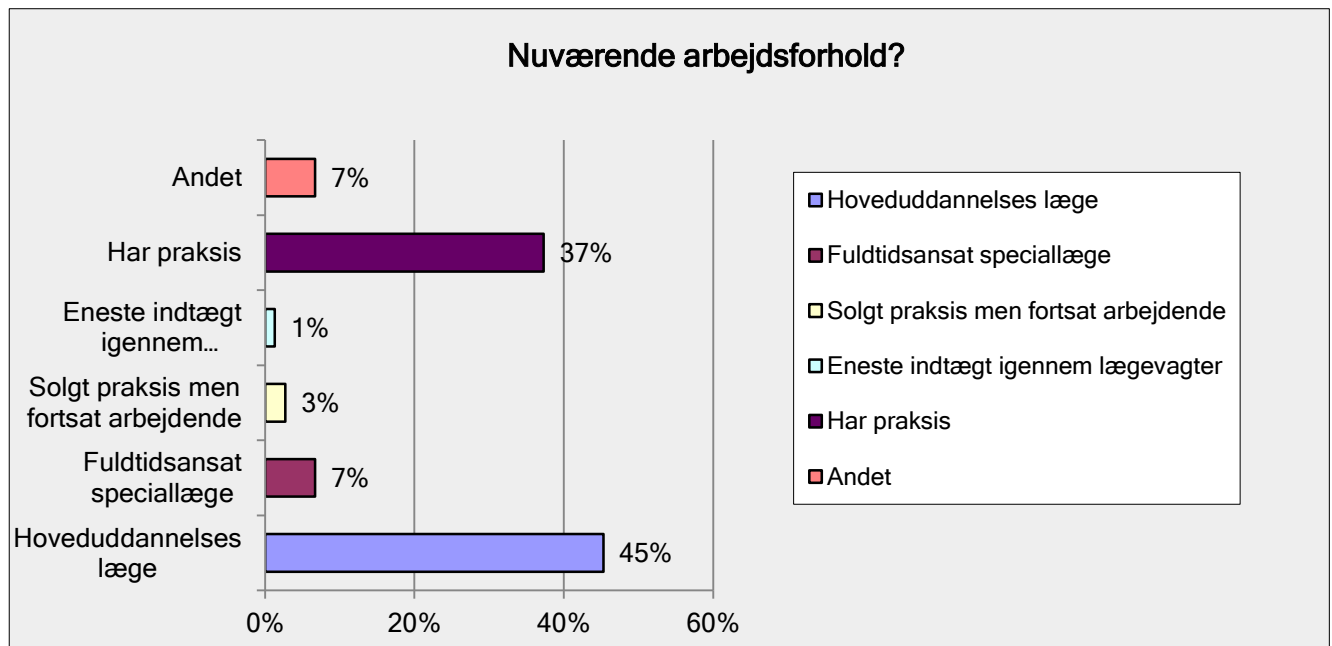
Spørgeskemaet er vedhæftet som bilag 1. Kommentarerne samlet i bilag 2.

Resultater

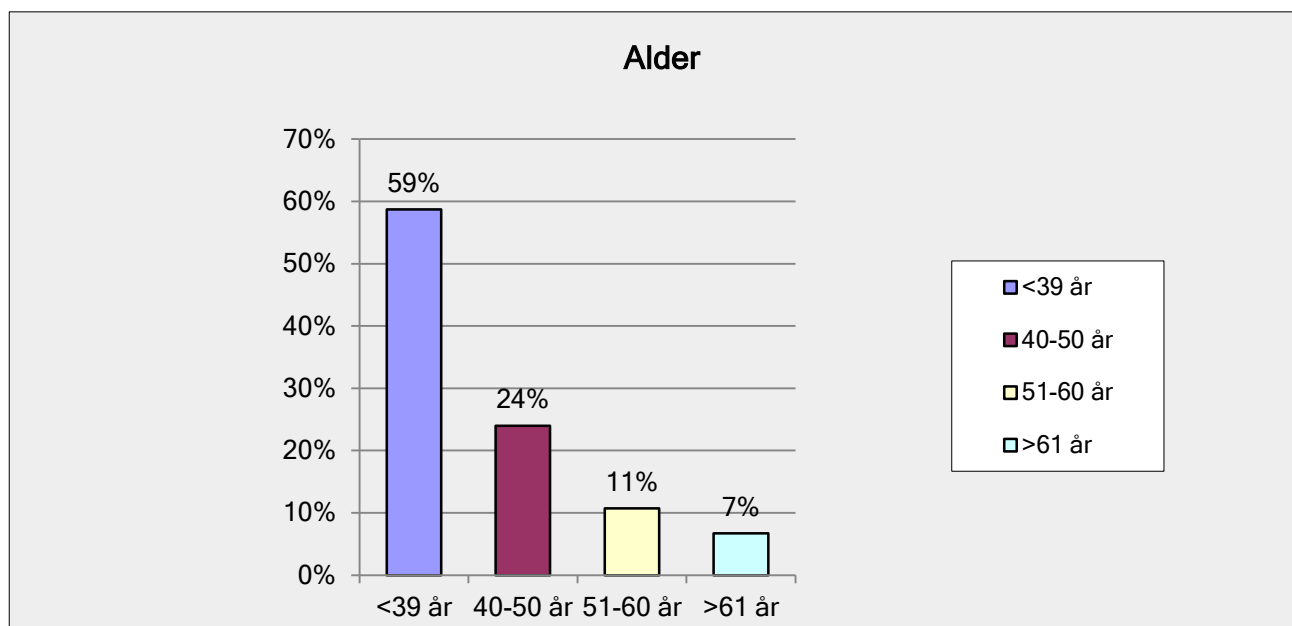
Vi har modtaget 75 besvarelser. Af dem er kun 64 fulde besvarelser.

Kønsfordeling: Mænd 37% og Kvinder 63%.

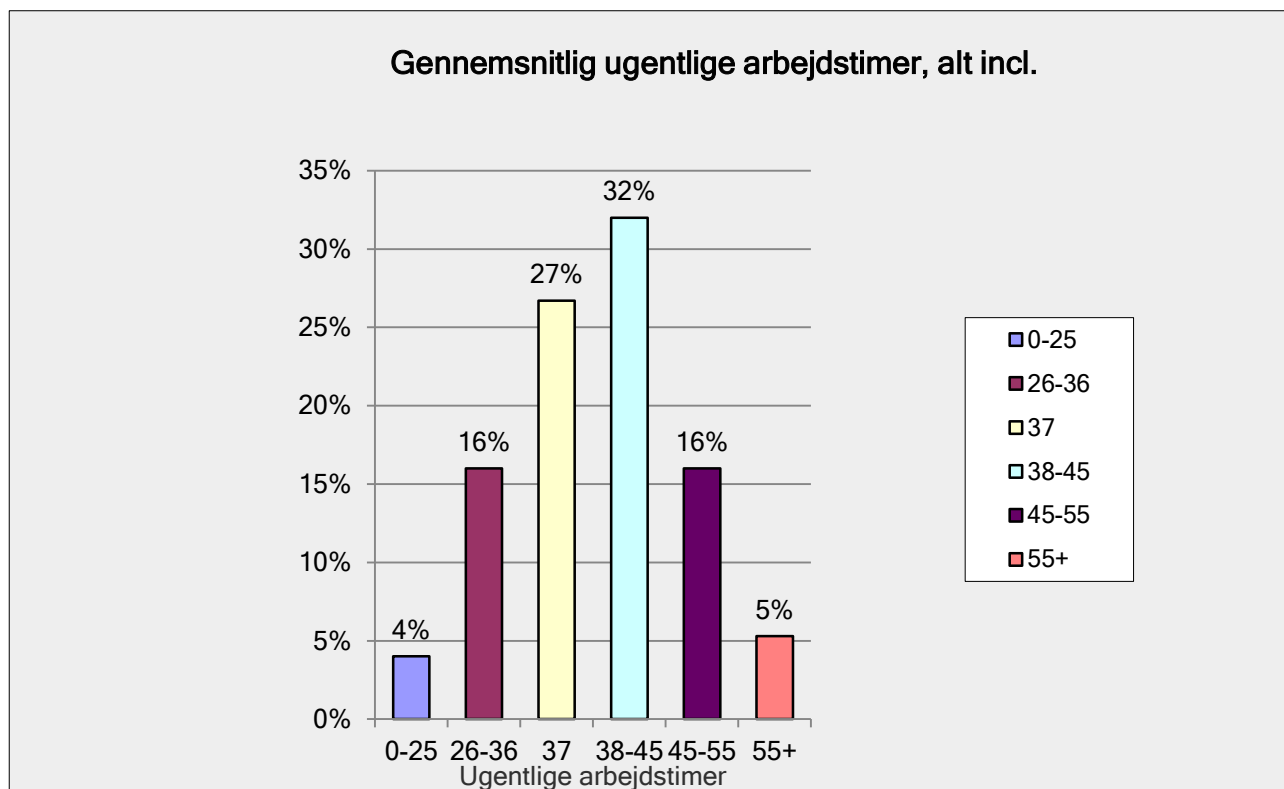
Udvalgt baggrundsinfo med grafer der beskriver arbejdsforhold, alder og køn.



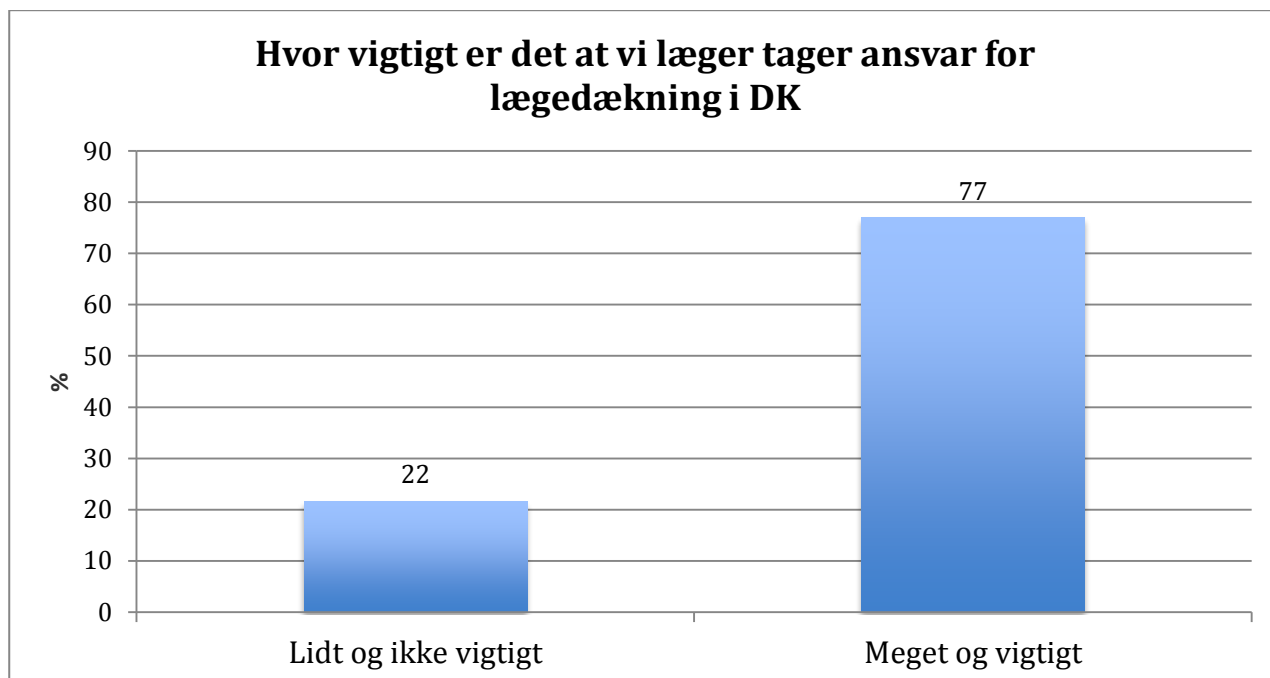
Figur 1



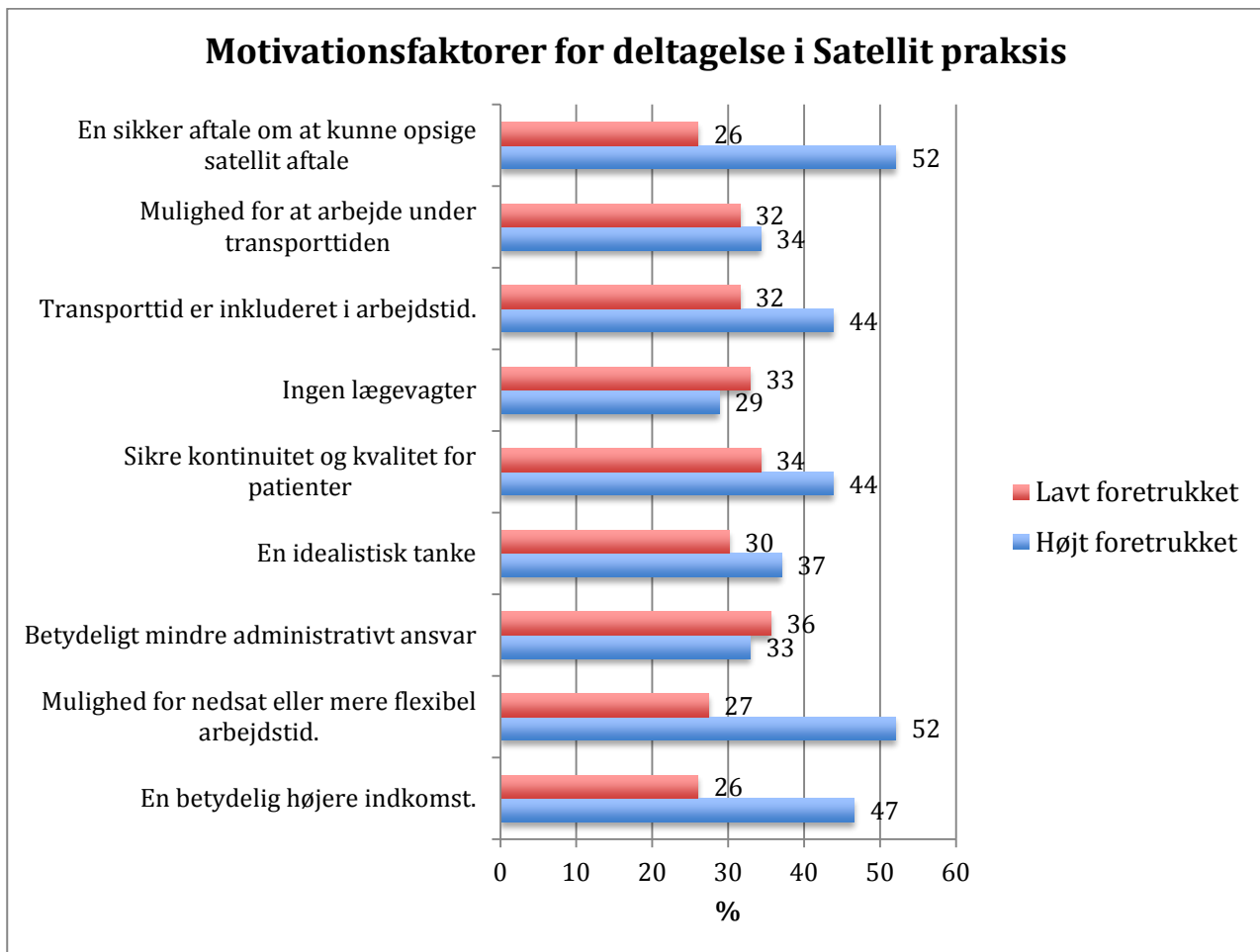
Figur 2



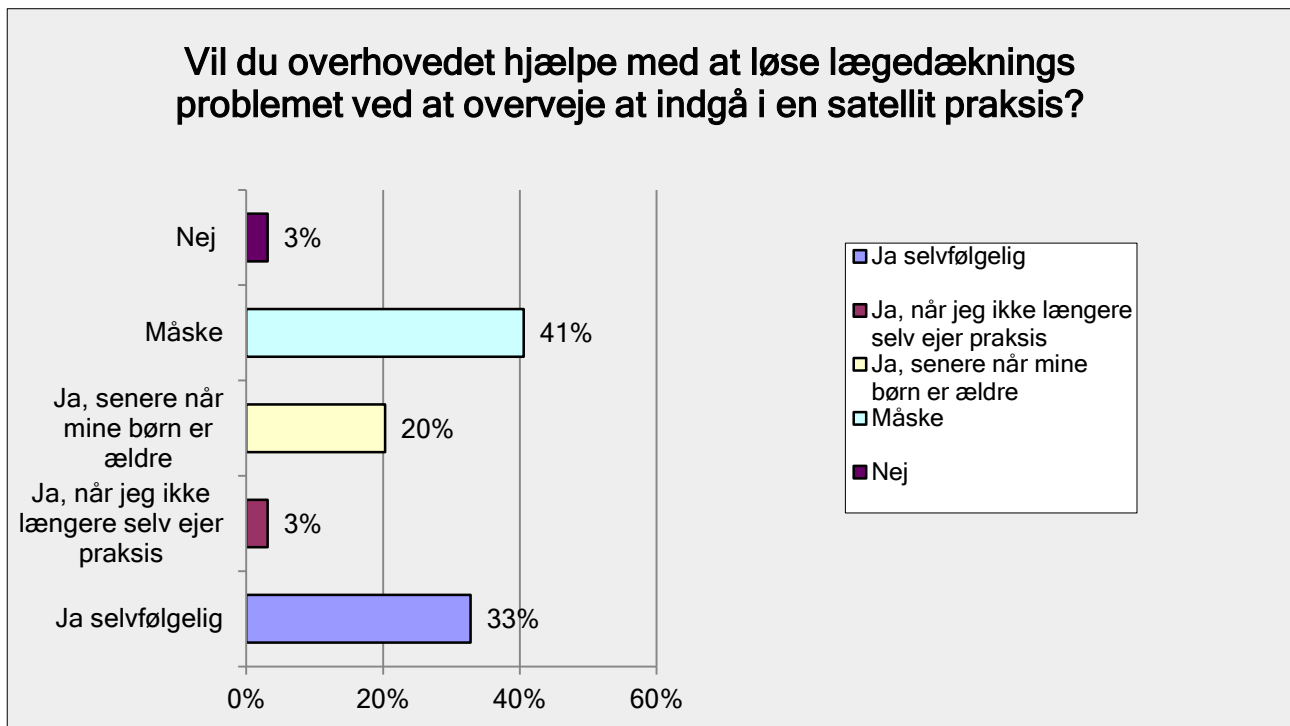
Figur 3



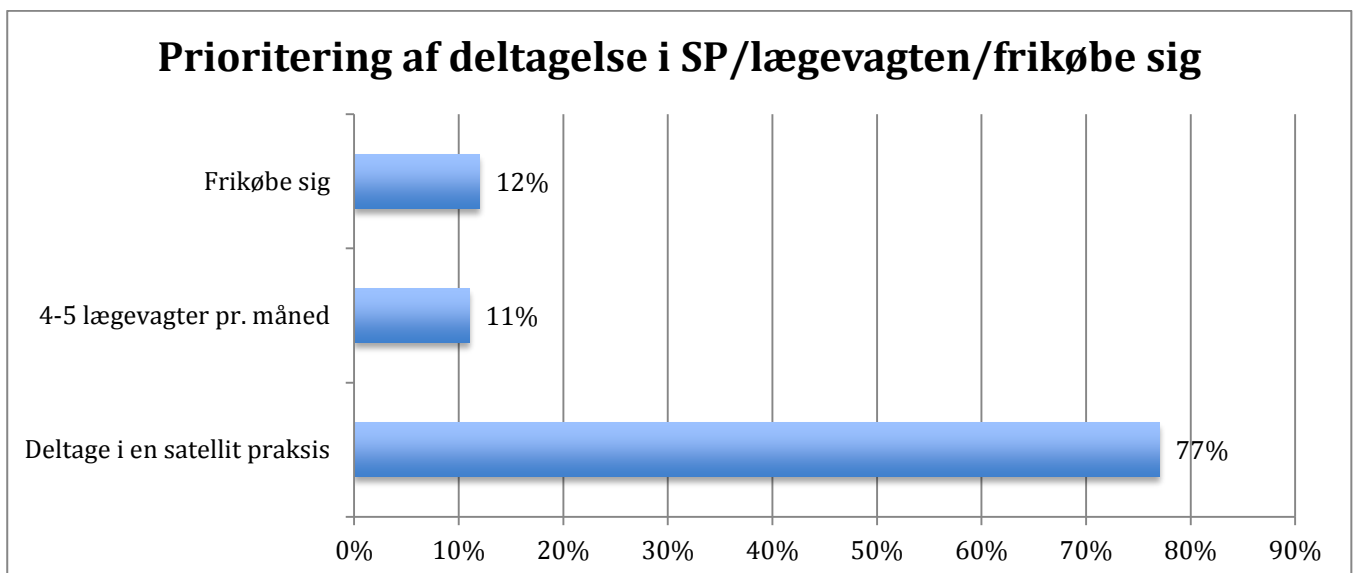
Figur 4 – sp.10



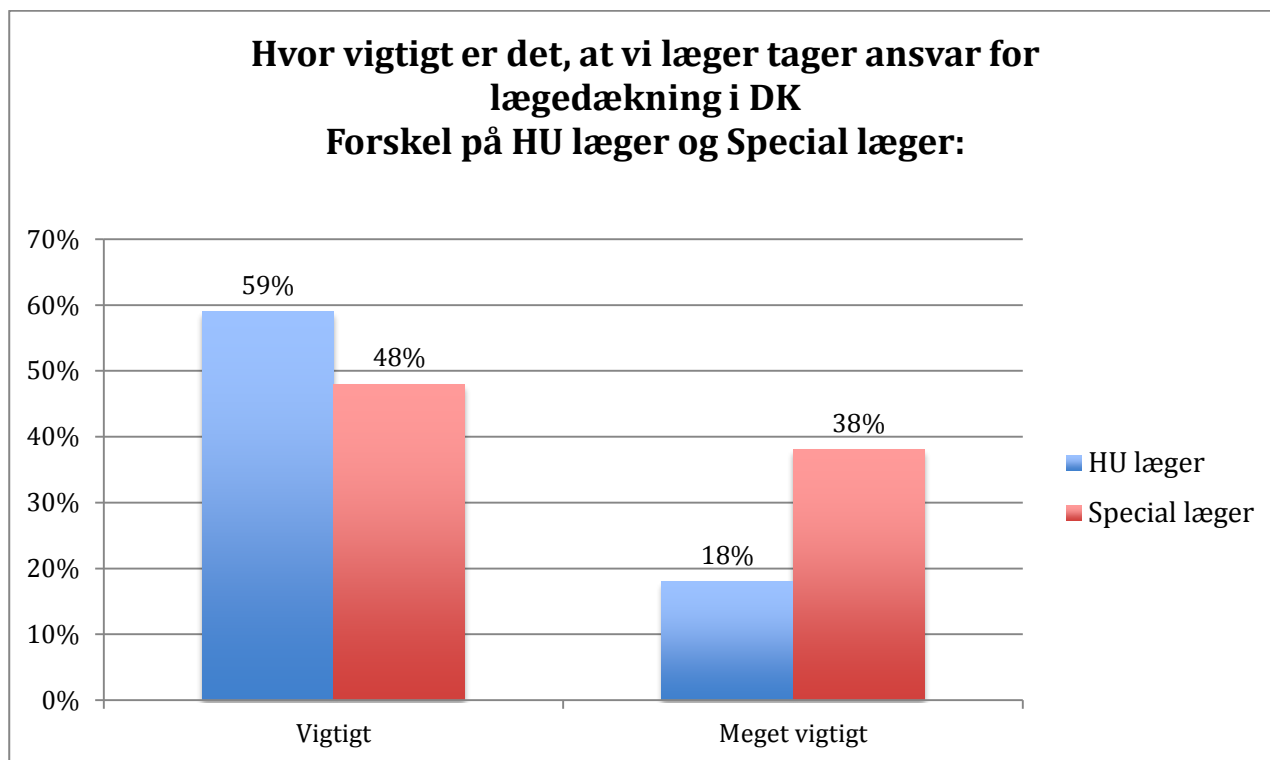
Figur 5 - sp. 11: Det som kan motivere respondenterne mest: er "muligheden for nedsat eller en mere flexibel arbejdstid" og "en sikker aftale om at kunne opsige satellit aftale". Dernæst "en betydelig højere indkomst".



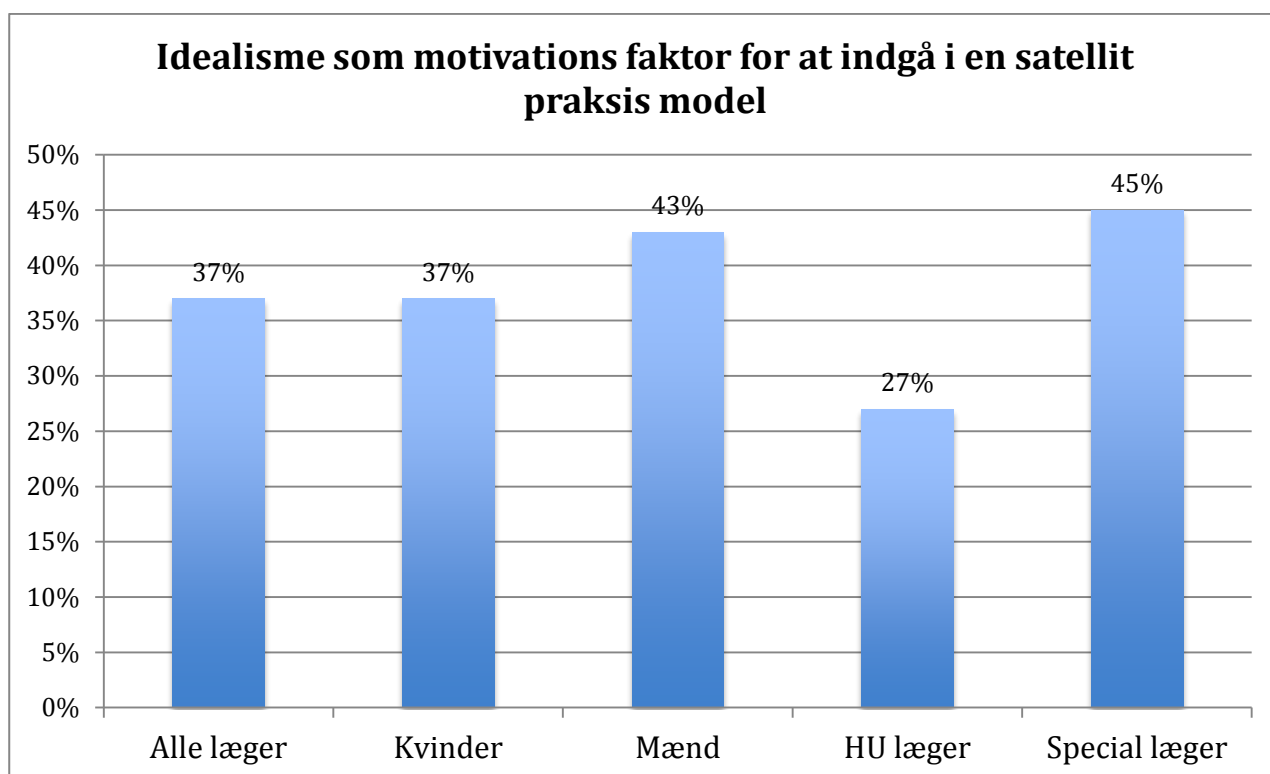
Figur 6



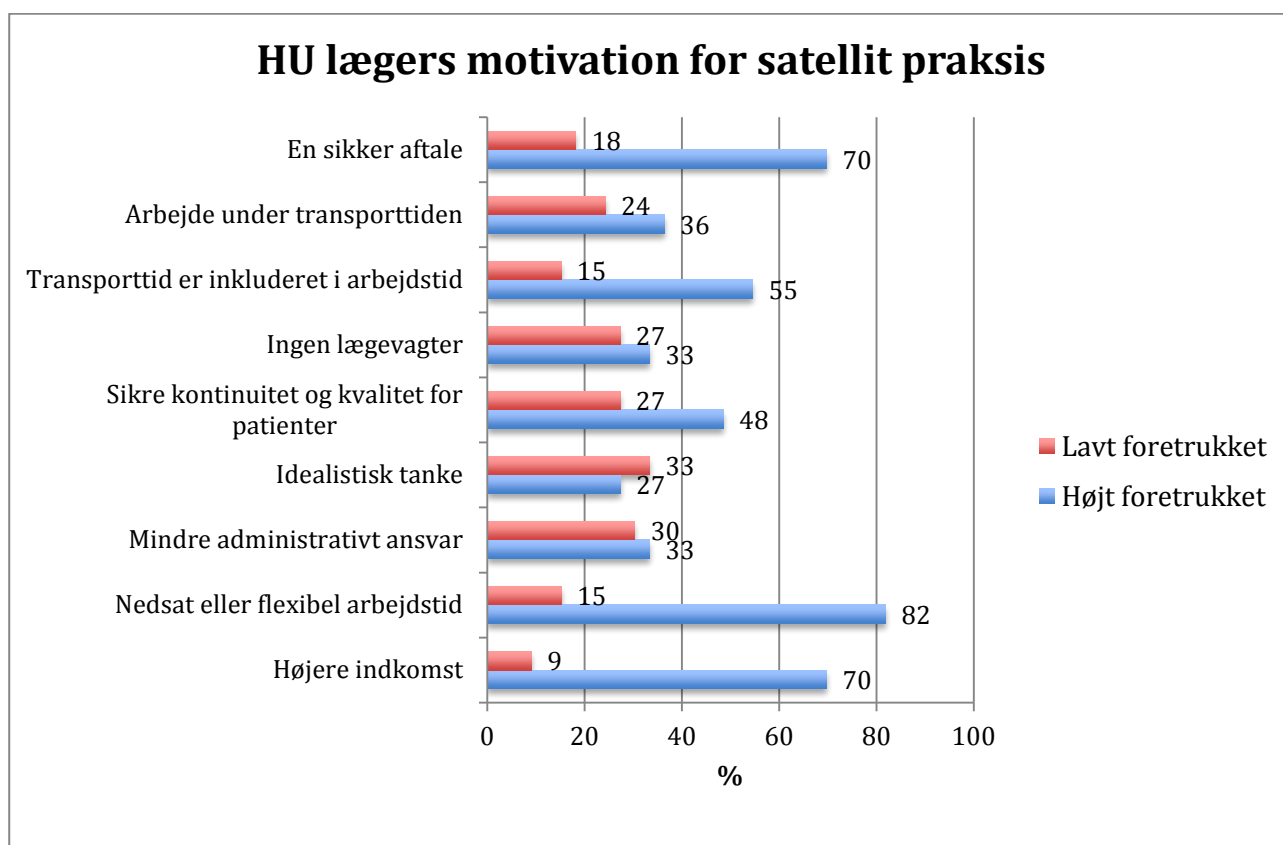
Figur 7 – sp. 14 viser at flest foretrækker at deltage i en SP model. De 12% der prioriterede at frikøbe sig, var størstedelen ikke villig til at betale mere end 50.000kr.



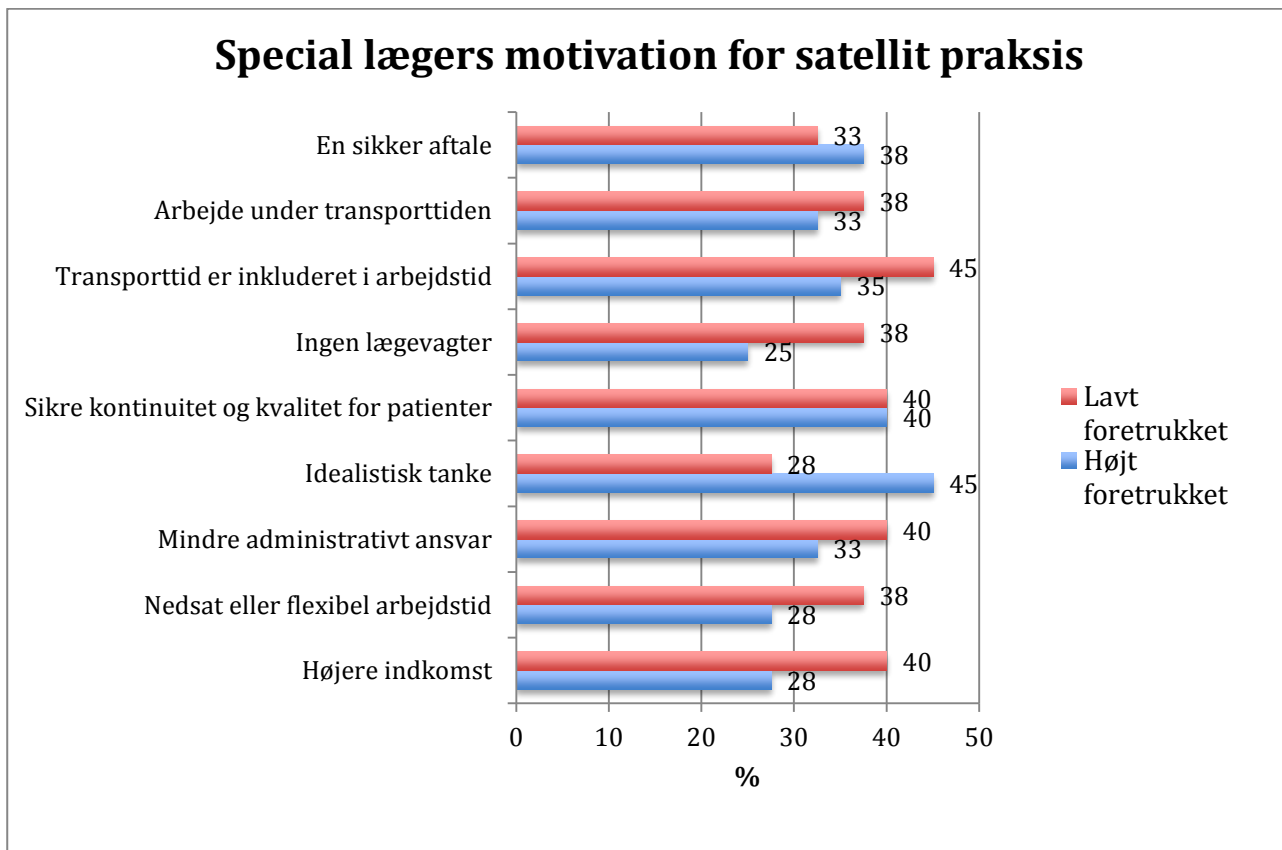
Figur 8 viser at speciallægerne umiddelbart føler et større ansvar end HU lægerne.



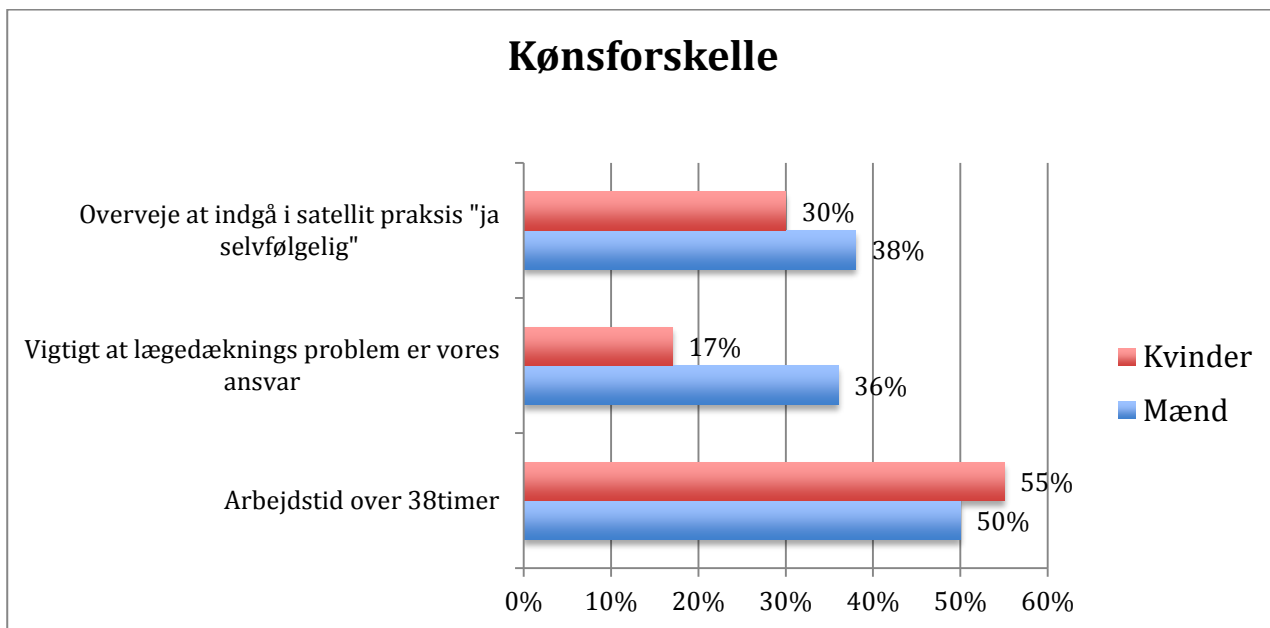
Figur 9 viser at mændene og speciallægerne er mere drevet af idealisme end HU lægerne og kvinderne.



Figur 10 viser at HU lægerne er mest motiveret af "nedsat og flexibel arbejdstid", "en sikker aftale" og en "højere indkomst".



Figur 11 viser at speciallægerne er mest motiveret af en "idealistisk tanke", at "sikre kontinuitet og kvalitet for patienter" og "en sikker aftale".



Figur 12 viser at kvinder arbejder mere end mænd, at flere mænd vil overveje at indgå i SP og at de føler et større ansvar for lægedækningsproblemet.

Kønsforskelle:

	Mænd 37%	Kvinder 63%
Højest prioriterede motivationsfaktorer for at indgå i Satellit praksis.	Idealisme Kontinuitet for patienter	Højere indkomst Flex/nedsat arbejdstid
Foretrukne satellit praksis model.	Ekstra ydernummer for en periode uden fuldt administrativt ansvar	Nuværende satellit mulighed
Villighed til at hjælpe med at løse lægedækningsproblem ved at indgå i satellit praksis	Ja selvfølgelig: 38% Ja + når børn er ældre: 53%	Ja selvfølgelig: 17% Ja + når børn er ældre: 47%

Figur 13

Øvrige resultater:

Karakteristik af dem der har svaret ”**måske deltage i en satellit praksis**” (41%) i sp. 16 sammenlignet med resten:

I sp. 11 ser vi at 65% af denne gruppe vægter ”en sikker aftale” højest. Desuden bemærkes at de prioriterer at ”arb. under transporttid” noget højere end de andre respondenter.

Ved deltagelse i SP prioriteres klart modellen at overtage et ydernummer uden fuldt administrativt ansvar, ligesom resten af respondenterne. 62% ser en regionshindring versus 52% af de øvrige.

Denne gruppe har under kommentarer beskrevet ønsker om f.eks. tildeling af lokaler og inventar og økonomisk hjælp til mere personale. En hindring er især at de i forvejen føler sig overbelastede i egen klinik.

Karakteristik af dem der har svaret ”**Ja selvfølgelig**” (33%) i sp. 16 sammenlignet med resten:

Gruppen kan karakteriseres ved at de er færre læger i praksis, en højere ugentlig arbejdstid og længere transporttid til job end gennemsnittet.

23% af gruppen er HU læger og 48 % er PL'er. Hvis man medtager gruppen på 26% af HU lægerne som svarer at de gerne vil deltage når deres børn er større, bliver andelen af HU læger og PL'er der gerne vil deltage i en SP næsten lige store.

I sp. 10 svarer 38% at det er meget vigtig at vi tager ansvar for lægedækning mod 24% af gennemsnittet.

Ifølge sp. 11 er det der kan motivere gruppen mest en højere indkomst, en sikker aftale samt en mere flexibel eller nedsat arbejdstid.

Hvis de skulle indgå i en SP ville de foretrække en model hvor de overtager et gratis ydernummer med fuldt administrativt ansvar. Endvidere kan de karakteriseres ved at de finder det som en mindre hindring hvis SP ligger i en anden region end gennemsnittet.

Kommentarer og ideer:

Vi har i kommentarfeltet modtaget overraskende mange svar.

Her nævnes nogle stykker og ellers er der lavet et bilag med alle kommentarer fra respondenterne. Bilag 2.

- *Jeg har rigeligt at se til i egen praksis i et område med dårlig lægedækning og meget lange arbejdsdage. Hvis hver læge i min praksis skal være væk skal være væk en dag om ugen så vil vi ikke magte at passe vores egen praksis.*
- *Langsigtet forslag: Spørge medicinstuderende hvad der kunne motivere dem til at vælge klinik-ophold i praksis som ligger i yderområder, og satse på at skaffe gode uddannelsesforløb i disse praksis. Holde hårdt på fagligheden, supervision og arbejdsmiljø under klinik-opholdende. Det kunne motivere folk til at komme tilbage efter kandidateksamen. Jeg tænker det er meget tidligt rekrutteringen til yderområder skal ske, inden man stifter familie og "binder" sig til de centrale områder - ellers bliver det lappeløsninger indtil der er overproduktion af læger og det løser sig selv. I bund og grund synes jeg ikke det skal være muligt at være i almen medicin klinik i centrale områder men snarere at studerende skal sendes til yderområder, hvor der så skal være styr på at det kun er ordentlige praksis de kommer ud i.*
- *Dækningsproblematikken i yderområder er ikke unik for læger, selv om det er alvorligt nok. En afvikling af yderområderne kan ikke forhindres af nogle hundrede godhjertede læger. Der skal mange andre tiltag til, så yderområder gøres mere attraktive: mulighed for realkreditlån i yderområder skal styrkes, udflytning af (statslige) arbejdspladser, Fremming af landområder, lavere skat i udkanten etc.*

- *Det er vigtigt at holde fast i, at ansvaret for lægedækning i DK er politikernes og kun deres ansvar. Det er politikernes ansvar at gøre det attraktivt for os at lægedække DK. Det er en politisk beslutning hvordan kvalitet af lægedækning skal være! Man kan IKKE gøre en faggruppe ansvarlig for lægedækning i DK.*
- *Arbejde i sateletpraksis tager tid fra nuværende arbejde (der fylder tiden rigeligt ud)*
- *Fuldstændig selvstændighed. Patienten sætter dagsorden i konsultationen. Mulighed for at bruge den tid de skal til for at have en meningsfuld konsultation med en hvilken som helst pt. Langt færre patient kontakter pr dag!*
- *Ægtefælle jobgaranti. Studielån slettes af Staten. Mulighed for fortrydelse uden økonomisk/faglig bod - f.eks. at Staten tilbagekøbte ydernummeret ved fortrydelse efter en bundet periode.*
- *Restriktiv politik ift. private udbydere som Medicare og Falck. De skal ryges ud; vi vil ikke have det.*
- *at leje ydernumre for perioder af ex. 1-2 år. Tænker at det måske kan være et alternativ for nogle læger at tage deres familie ud til yderområder for en kortere periode uden at binde sig. Og måske med mulighed for at de er glade for de tog bliver.*

Diskussion:

Undersøgelsen viser at vi almen medicinere generelt føler os forpligtigede til at tage ansvar for lægedækning i DK (77%, figur 4). Og generelt er der en ret stor interesse for SP model efter nuværende overenskomst og model med overtagelse af ydernummer for en periode uden fuldt administrativt ansvar. Ved tvunget valg i sp. 14 prioriteres SP model af 77%, fremfor at slippe for lægevagter og at frikøbe sig (figur 7). Mht. interessen og forpligtelsen ser vi en stor forskel, bl.a. mellem køn, HU læger versus PL'er. Faktisk er HU lægerne ligeså villige til at indgå i SP som PL'er, men først når de ikke har hjemmeboende børn. Højest prioriterede motivationsfaktorer er idealisme, fleksibel og nedsat arbejdstid, en sikker aftale og en højere løn.

Hindringerne ud fra spørgeskema til at indgå i SP er især regionsgrænser og hjemmeboende børn.

Ud fra afsluttende kommentarer nævnes; bekymringer for jobmulighed til partner, for meget arbejde i egen praksis, afstand til SP, frygt for overbelastningen i SP med komplikationer som sygemeldinger af personale m.m. som mulige hindringer. Flere nævner følelsen af ikke at være værdsat og respekteret politisk og samfundsmæssigt, hvilket måske hæmmer deres samarbejdsvillighed. Den generelle afvikling af yderområder, nævnes som en overordnet bekymring og mulig medvirkende faktor til at vedligeholde problematikken.

Vi forestillede os kvinder mere drevet af idealisme og med større ansvarsfølelse end mænd – men faktisk viser undersøgelsen det modsatte. Sammenholdt hermed ser vi også overraskende at kvinder rapporterer at de arbejder mere. Denne forskel kan vi ikke forklare. Men måske kunne faktorer som mængden af hjemlige forpligtigelser være skævt fordelt imellem kønnene og måske påvirke mængden af overskud til "at ville ekstra".

HU læger modsat PL'er har i undersøgelsen mindre ansvarsfølelse og er ikke drevet meget af idealisme. Kun få er interesseret i alm. lønmodtager vilkår. Vi troede at HU læger fandt det attraktivt at slippe for mere administration og evt. arbejde under

lønmodtager vilkår. Ligeledes regnede vi med at HU læger var meget interesseret i nedsat og mere flexibel arbejdstid og dette understøttes af resultaterne.

Som forventet betyder det at have hjemmeboende børn meget. Vi havde troet at mange ville være interesseret i at købe sig fri, men det er lavt prioriteret og de fleste der vælger det vil ikke give mere end 50.000kr for det årligt.

Styrkerne ved vores opgave er at metoden med et elektronisk spørgeskema gør det nemt tilgængeligt og er derfor nemt, anonymt og hurtigt at svare på. Det kan resultere i en høj svarprocent.

At data er elektroniske og derfor ikke skal indtastes, med risiko for fejlindtastninger, kan gøre resultaterne mere pålidelige.

Det ser ud til af svarfordelingen at man får tydelige forskelle fremstillet.

Svaghederne er bl.a. at man kan påpege en selektionsbias da spørgeskemaet overvejende er sendt til HU læger, da det var dem vi havde flest mailadresser på og dette kun er et pilotstudie. Omvendt kan vi se de typer af læger der har besvaret pga. den omfattende baggrundsviden vi opnår.

Om det kun er de mest motiverede der har besvaret spørgeskemaet, kan vi ikke vide. F.eks. de 11 der ikke færdigudfyldte spørgeskemaet, kunne med stor sandsynlighed være de ikke så motiverede – dette forvrider selvfølgelig resultaterne.

Endvidere kender vi ikke den reelle svarprocent, da spørgeskemaet er videresendt til et ukendt antal, og vi har ikke bedt respondenter om at fortælle hvor mange og hvem, de har videresendt til.

Ved gennemgang af vores svar fremgår det, at vi kun har fået 64 fulde besvarelser ud af i alt 75. 11 respondenter er sprunget fra ved spørgsmål 11. Vi tror metodemæssigt at designet af sp. 11 har gjort det vanskeligt for nogle at færdiggøre spørgeskemaet. Vi ved ikke hvorfor, men vurderer spørgsmålsdesignet for at være for kompliceret og dårligt forklaret.

En enkelt har skrevet i kommentarfeltet til slut i spørgeskemaet at nogle spørgsmål er svære at forstå og vi har modtaget e-mails og telefonopkald fra kollegaer som ikke

kunne få sp. 11 til at fungere. Dette kan betegnes som en informations bias og muligvis har det også resulteret i selektionsbias i form af duplikationsbias – hvis de så senere på ny har lavet en fuld besvarelse. Man kan konkludere at dette pilotstudie afdækker vanskeligheder der skal justeres ved videreudvikling af spørgeskemaet til en større undersøgelse, især sp. 11 skal designes anderledes.

Survey monkey

Vi har haft problemer med at bruge Survey Monkey både til at analysere data når vi har brugt diverse filtre og når vi har eksporteret data til Excel. Det kan have givet anledning til bias, hvis data er aflæst forkert.

Designmæssigt havde vi et ønske om at se på om der var geografiske forskelligheder på resultaterne hvorfor vi spurgte til postnummer. For at få Survey Monkey til at analysere disse data skulle vi købe en opgradering af programmet og det måtte vi afstå fra.

Perspektivering:

Fokus områder for at imødekomme almen medicinens ønsker for et fremtidigt velfungerende virke, der forhåbentligt vil kunne være medvirkende til at afhjælpe lægedækningsproblemet; større mulighed for fleksibilitet, fortsat være selvstændig praktiserende læge og ikke ansat. En ide til netop at lokke flere til yderområder kunne være, at der tilbydes "Fleksibel deltidspædagogik (med deling af ydernumre)" i f.eks. perioden med hjemmeboende børn eller f.eks. kun i yderområder. Økonomiske fordele i yderområder, f.eks. nævnes der flere ideer i kommentarfelt; lavere skat i yderområder, sletning af SU-gæld (dette kunne ex. være en aftale om at lave en 3årig kontrakt i et yderområde for at få slettet sin SU-gæld), ekstra økonomi tildeling til personale og inventar.

En overordnet indsats mod afvikling af yderområder i DK, vil sandsynligvis gøre det mere attraktivt at bo og arbejde der. Det vil formentligt bedre samarbejdet med sekundær sektoren og øge tilgængelighed til privat praktiserende speciallæger. Det vil kræve nemmere tilgængelighed til efteruddannelse også væk fra Kbh. og Århus.

Det kunne tyde på at der fra os almen medicinere side kunne være nogen interesse i at ville hjælpe med at løse lægedækningsproblemet og faktisk en ikke stor modstand overfor ideen SP.

En fremtidig ide kunne være at det besluttes at centrale ydernet numre kobles på en SP. Dvs. at ved fremtidigt køb af centrale ydernet numre ville det være med f.eks. samtidig at forpligtige sig på $\frac{1}{4}$ af en SP i et "ydeområde". Dette ville være en meget overordnet fælles kollegial løsning.

Der er mange muligheder for at bedre lægedækning, måske det kræver ny kreativ tænkning og ideer? Det bliver interessant hvordan det over de kommende år udvikler sig i faget almen medicin og for familielægen.

Referencer:

1. Kommunernes Landsforening : Analyse af kortlægning af lægedækning i DK. Sept. 2015. Se bilag 3
2. <http://www.dr.dk/nyheder/politik/valg2015/grafik-se-hvor-der-mangler-praktiserende-laeger>
Billede på forside af opgaven
3. Telefonisk interview med praktiserende læge Joachim Frølund, Ikast, 17/5-2016.
4. Telefonisk interview med praktiserende læge Marie-Louise Sixhøj, Rødovre, 13/5-2016.
5. Mail fra Lotte Aakjær Jensen PLO, 23-08-2016 med opdaterede tal om regions og udbudsklinikker- se bilag 4
6. Mail fra Jeppe Krag PLO 02-09-2016 med opdaterede tal om ubesatte ydernumre i DK.
Se bilag 5

Bilag 1 (s.23-25)

SPØRGESKEMA:

- * 1. Køn
- * 2. Alder
- * 3. Antal hjemmeboende børn?
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3 +
- * 4. Bopæls postnummer
- * 5. Nuværende arbejdsforhold?
 - Hoveduddannelses læge
 - Fuldtidsansat speciallæge
 - Solgt praksis men fortsat arbejdende
 - Eneste indtægt igennem lægevagter
 - Har praksis
 - Andet
- *6. Besvar kun hvis du har egen praksis.
 - Type praksis:
 - Solo praksis
 - Kompagni praksis
 - Samarbejds praksis
- *7. Antal læger (dig selv inkl.) i den praksis du arbejder eller er tilknyttet som HU-læge.
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6+
 - Ikke ansat i en praksis.
- * 8. Minutter i bil fra bopæl til arbejdsplads
 - 0-15 min.
 - 15-30 min.
 - 30-45 min
 - 45-60 min.
 - 60-75 min.
 - 75+ min.
- * 9. Gennemsnitlig ugentlige arbejdstimer, alt inkl.
 - 0-25
 - 26-36
 - 37
 - 38-45
 - 45-55
 - 55+

*10. Hvor vigtigt synes du det er, at vi almen medicinere tager ansvaret for lægedækning på landsplan? Sæt kryds.

Ved ikke Ikke vigtigt Lidt vigtigt Vigtigt Meget Vigtigt

*11. For at deltage i en satellit praksis. Hvad kunne så motivere dig mest?

Gradér hver enkelt sp. 1-5, hvor 1 er det mest motiverende.

- En betydelig højere indkomst.
- Mulighed for nedsat eller en mere flexibel arbejdstid.
- Betydeligt mindre administrativt ansvar både i egen praksis og i satellit. F.eks. ved tildeling af en overordnet praksis-manager eller med et mindre økonomisk ansvar i forhold til lokaler, inventar og for personalet.
- En idealistisk tanke om at vi som faggruppe har fælles ansvar for patienterne I hele landet.
- Sikre kontinuitet og kvalitet for patienter der ellers kun ses af skiftende vikarer med forskellige specialer.
- Ingen lægevagter hvis du deltager i en satellit praksis.
- Transporttid er inkluderet i arbejdstid.
- Mulighed for at arbejde under transporttiden (ex. ligesom ved besøgs lægevagter).
- En sikker aftale om at kunne opsige satellit aftale med 3 måneders varsel uden et betydeligt økonomisk tab.

*12. Hvis du skal indgå i en satellit praksis, hvilken model vil du så foretrække:

Prioriter 1-5 udfor alle punkter, hvor 1 er det du mest foretrækker. Hvert tal kan kun vælges 1 gang

- Ansættelse under alm. lønmodtager vilkår.
- Overtage et ekstra ydernr. for en periode med mulighed for forlængelse af aftalen, uden fuldt administrativt ansvar.
- Overtage et ydernr. gratis i fællesskab (evt. ejet i fællesskab med kompagnoner), med fuldt administrativt ansvar som i egen klinik.
- Som nuværende satellit mulighed:
Et antal patienter udbudt af regionen for 4 år med særaftaler om højere grundhonorar pr. pt. der garanterer en højere indkomst end gennemsnits praksis.
- At PLO danner et bureau, hvor alle almen medicinske speciallæger i DK deltager i en satellit praksis. ex. 1 dag om ugen i samme klinik. Bureauet står for driften af satellit praksis og man er ansat som lønmodtager.

*13. Hvor stor en hindring vil det være for dig hvis satellit praksis er i et andet optage område.

En anden kommune :

- Absolut hindring
- Stor hindring
- Nogen hindring
- Mindre hindring
- Ingen hindring

En anden region (og derved samarbejde med andre sygehuse):

- Absolut hindring

Stor hindring
Nogen hindring
Mindre hindring
Ingen hindring

*14. Scenarie:

Forestil dig at det besluttes af PLO at alle praktiserende læger skal bidrage til løsning af lægedækning i hele DK. Prioriter 1-3, hvor et 1 det du helst vil. Hvert tal kan kun vælges 1 gang.

- Deltage i en satellit praksis ca. 1 dag pr. uge og du har ingen lægevagter. Øget samlet indkomst.
- 4-5 lægevagter pr. måned i hele regionen.
- Frikøbe dig for de 2 ovenstående, f.eks. ved nedsættelse af grundhonorar.

15. Besvar kun hvis du, i sp. 14, har foretrukket at frikøbe dig fra de 2 andre valg. Hvad vil du absolut max betale for det årligt?

50.000Kr
100.000kr
150.000kr
200.000kr
Mere?

*16. Vil du overhovedet hjælpe med at løse lægedæknings problemet ved at overveje at indgå i en satellit praksis?

Ja selvfølgelig
Ja, når jeg ikke længere selv ejer praksis
Ja, senere når mine børn er ældre
Måske
Nej

*17. Uddybende ideer eller kommentarer:

Andre ideer til hvad der kan motivere dig?
Andet der kan være begrænsninger for dig?
Andre løsnings forslag til lægedæknings problematik?

*18.

Tak for besvarelsen

Hvis du ikke har noget imod at vi senere kan kontakte dig med yderligere spørgsmål skriv gerne dit tlf.nr. eller din mailadresse.

Klik FÆRDIG for at afslutte og sende spørgeskemaet.

Bilag 2 (s.26-28)

Kommentarer om motivation

1. Hjælp til det praktiske, mulighed for økonomi til ekstra personale
2. Lønmæssig fordel
3. Fuldstændig selvstændighed. Patienten sætter dagsorden i konsultationen. Mulighed for at bruge den tid de skal til for at have en meningsfuld konsultation med en hvilken som helst pt. Langt færre patient kontakter pr dag!
4. Ægtefælle jobgaranti. Studielån slettes af Staten. Mulighed for fortrydelse uden økonomisk/faglig bod - f.eks. at Staten tilbagekøbte ydernummeret ved fortrydelse efter en bundet periode.
5. Jeg har rigeligt at se til i egen praksis i et område med dårlig lægedækning og meget lange arbejdsdage. Hvis hver læge i min praksis skal være væk skal være væk en dag om ugen så vil vi ikke magte at passe vores egen praksis.
6. Mulighed for f.eks. kun at have 1-2 dage om mdr. i satellit
7. vigtigt at der er fuld enighed i praksis om arbejdet
8. Hvis regionerne respekterede de praktiserende læger i højere grad
9. Stor hjælp, hvis lokaler og udstyr leveres, men vil selv stå for personale og øvrig drift
10. Færre arbejdsdage til samme løn

Kommentarer om hindringer:

1. hvis arbejdsbyrden i satellitten bliver for stor (sygemelding i satellitten f.eks.) Brok fra regioner om mangl. sammenhæng i satellitten
2. Afstand til satellit praksis
3. jeg ønsker ikke at arbejde flere timer/uge end i dag
4. Afstand > 200km
5. Arbejdstempoet og det dårlige samarbejde m sekundær sektor, tilbagevisning af henvisninger, manglende smidighed og flexibilitet i sekundærsektoren i forbindelse med udredning af pt. Tiltagende specialisering og tilbage sende af ptt
6. Restriktiv politik ift private udbydere som Medicare og Falck. De skal ryges ud; vi vil ikke have det.

7. Svigtende helbred. Jeg tror ikke jeg magter det
8. afstand, faste forpligtelser
9. Regionernes og det politiske systems måde at omtale praktiserende læger
10. Arbejde i sateletpraksis tager tid fra nuværende arbejde (der fylder tiden rigeligt ud)

Andre løsningsforslag:

1. venskabs-praksis, hvor unge får hjælp fra gamle etablerede, f.eks. fælles edb system, kvalitetssystem osv., at etablerede praksis f.eks. hjælper 14 dage om året hos unge kolleger i udkants Danmark, til lægedækning under kurser, lægedag osv., så det ikke er frygten for ikke at kunne efteruddanne sig der er problemet.
2. Langsigtet forslag: Spørge medicinstuderende hvad der kunne motivere dem til at vælge klinik-ophold i praksis som ligger i yderområder, og satse på at skaffe gode uddannelsesforløb i disse praksis. Holde hårdt på fagligheden, supervision og arbejdsmiljø under klinik-opholdende. Det kunne motivere folk til at komme tilbage efter kandidateksamen. Jeg tænker det er meget tidligt rekrutteringen til yderområder skal ske, inden man stifter familie og "binder" sig til de centrale områder - ellers bliver det lappeløsninger indtil der er overproduktion af læger og det løser sig selv. I bund og grund synes jeg ikke det skal være muligt at være i almen medicin klinik i centrale områder men snarere at studerende skal sendes til yderområder, hvor der så skal være styr på at det kun er ordentlige praksis de kommer ud i.
3. Det er vigtigt at holde fast i, at ansvaret for lægedækning i DK er politikernes ig kun deres ansvar. Det er politikernes ansvar at gøre det attraktivt for os at lægedække DK. Det er en politisk beslutning hvordan kvalitet af lægedækning skal være! Man kan IKKE gøre en faggruppe ansvarlig for lægedækning i DK.
4. Dækningsproblematikken i yderområder er ikke unik for læger, selv om det er alvorligt nok. En afvikling af yderområderne kan ikke forhindres af nogle hundrede godhjertede læger. Der skal mange andre tiltag til, så yderområder gøres mere attraktive: mulighed for realkreditlån i yderområder skal styrkes, udflytning af (statslige) arbejdspladser, framing af landområder, lavere skat i udkanten etc.
5. At der ikke tildeles delepraksis i storbyerne, hvis der ikke er vægtige grunde dertil. Der er lige annonceret en 1/2 praksis i Århus i en delepraksis, hvor den ene kompagnon går på pension.

6. En stor tilførsel af økonomisk og menneskelige ressourcer til almen praksis, med klar lægefaglig styring og mindre politisk indblanding
7. Større økonomisk råderum til praksispersonale så lægetid frikøbes.
8. at leje ydernumre for perioder af ex. 1-2 år. Tænker at det måske kan være et alternativ for nogle læger at tage deres familie ud til yderområder for en kortere periode uden at binde sig. Og måske med mulighed for at de er glad for det og vælger at blive.

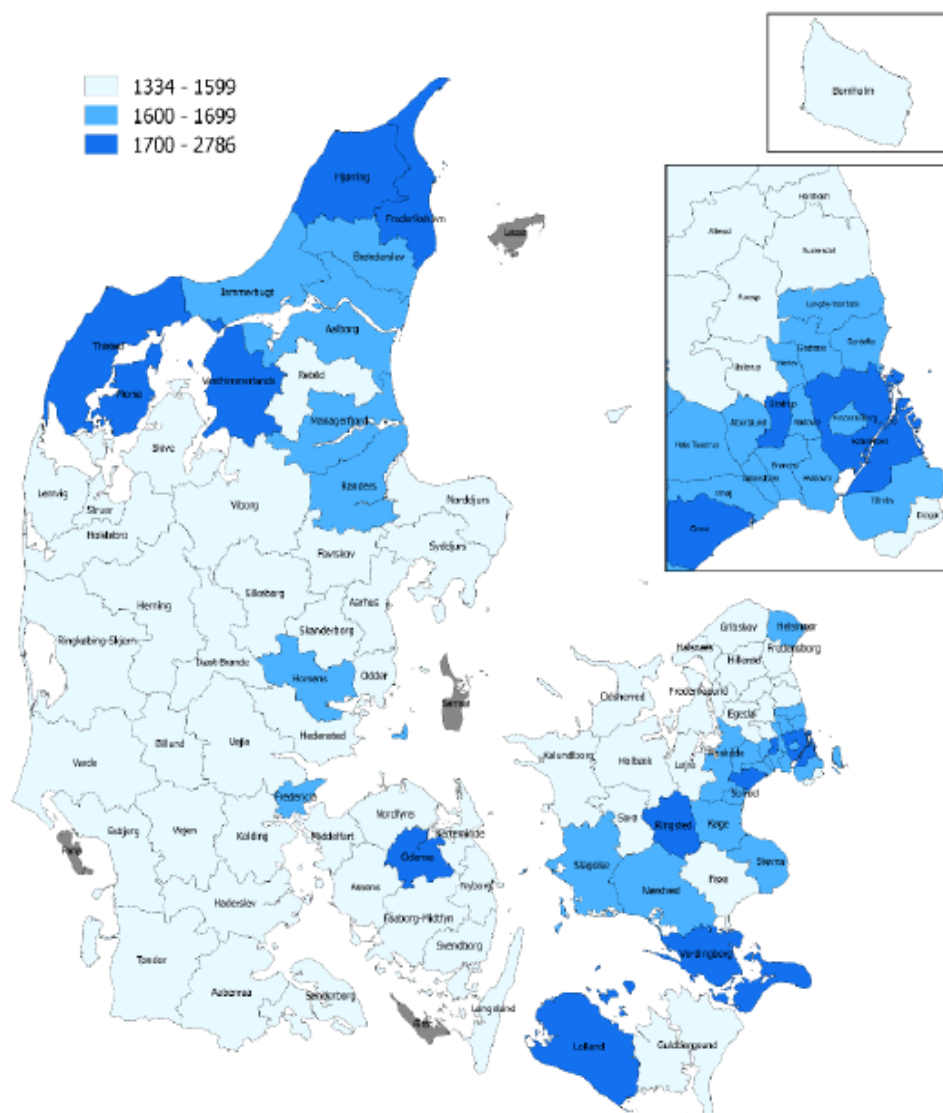
Bilag 3 (s.29-31)

Kommunernes Landsforenings analyse af kortlægning af lægedækning i DK 2015 september:

Analysens hovedkonklusioner

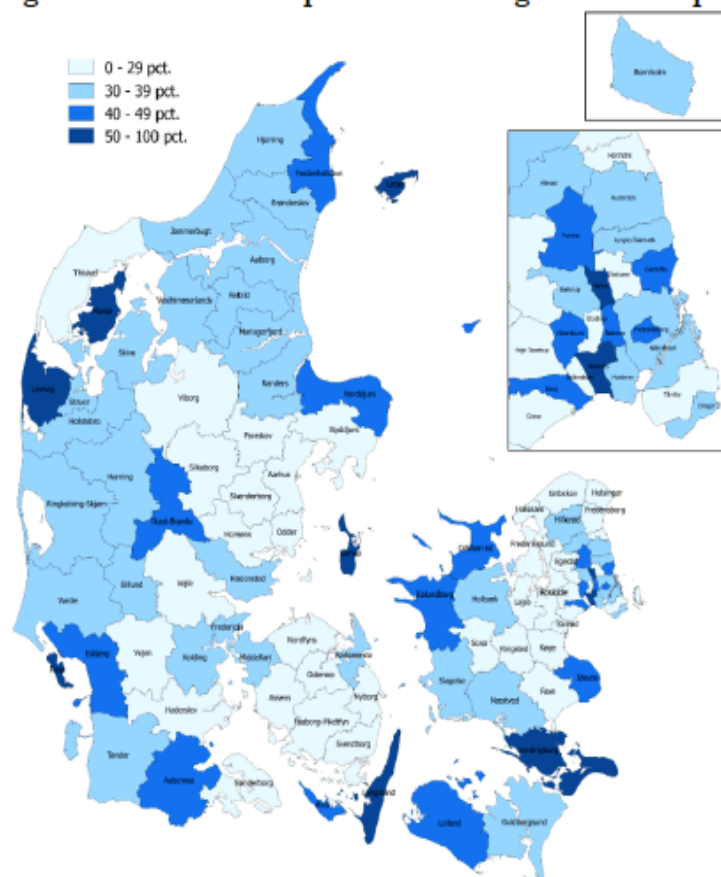
- I kommunerne i Nordjylland og Sydsjælland er der generelt flere patienter tilmeldt hver læge end normtallet (1.600 pr. læge), hvilket kan indikere lægemangel i disse områder.
- I hovedstadsområdet er der generelt også mange patienter pr. læge. Dette skal dog ses i lyset af faktorer i befolkningsgrundlaget. I områder med mange velstillede eller yngre borgere kan der pga. basishonoraret være et særligt økonomisk incitament i at have mange patienter.
- I alt 30 pct. af alle almen praktiserende læger er 60 år eller derover og 59 pct. er 50 år eller derover. I otte kommuner er over halvdelen af lægerne over 60 år, og i 25 kommuner er over 40 pct. af lægerne 60 år eller derover.
- Der er en vis grad af sammenfald mellem kommuner, hvor en stor andel af lægerne er over 60 år og kommuner, hvis læger har mange patienter tilmeldt. Især i Nordjylland og Sydsjælland tegnes der et billede af både aktuelle og større fremtidige problemer med lægemangel pga. kombinationen af mange patienter pr. læge og høj gennemsnitsalder blandt lægerne.
- I to tredjedele af kommunerne har lægerne i gennemsnit under 1.600 tilmeldte patienter (normtallet), hvilket vil sige, at der i disse områder i princippet er mulighed for frit at vælge læge.

Figur 1. Antal patienter pr. almen praktiserende læge i 2015



Note: Antallet af patienter er antallet af gruppe 1-sikrede. Læger er opgjort som lægekapateter. Ø-kommunerne Æro, Fanø, Samsø og Læsø er ikke vist (<1.100 patienter pr. læge).

Kilde: Tal fra Danske Regioner, 2015.

Figur 2. Andel af almen praktiserende læger over 60 år pr 1/6 2015

Kilde: Tal fra Danske Regioner. Alder er udtrukket pr. 1. juni 2015.

⁵ Da lægerne får et basishonorar pr. tilmeldte patient, er der et økonomisk incitament til at have mange patienter tilknyttet, især hvis der er tale om patienter, som ikke har et stort forbrug af ydelser og dermed ikke belaster kapaciteten.

Bilag 4

Opdaterede tal om regions- og udbuds-klinikker, fra Lotte Aakjær Jensen PLO 23-08-2016.

Hver klinik har kun et ydernummer. Jeg har kun oplysninger om de tilknyttede læger i Region Nordjylland og Sjælland.

I **Region Nordjylland** har de 12 klinikker 23 læger tilknyttet, og de fordeler sig på 7 udbudsklinikker og 5 regionsklinikker.

I **Region Midtjylland** er alle tre udbudsklinikker.

I **Region Syddanmark** er alle tre klinikker regionsklinikker.

I **Region Sjælland** fordeler de 6 klinikker sig med 3 udbudsklinikker og 3 regionsklinikker, som har i alt 9 læger.

I **Region Hovedstaden** er der 1 regionsklinik.

Bilag 5

Ubesatte ydernumre.

Email fra Jeppe Krag PLO 02-09-2016

Kolonne1	Ubesatte ydernumr	PLO-ydernumr	Udbuds- og regions-klinikke	Andel ubesat
Region Hovedstaden	4	1061	1	0,4%
København	2	328		0,6%
Frederiksberg	0	62		0,0%
Dragør	0	5		0,0%
Tårnby	0	26		0,0%
Albertslund	0	21		0,0%
Ballerup	0	36		0,0%
Brøndby	0	23		0,0%
Gentofte	0	44		0,0%
Gladsaxe	0	39		0,0%
Glostrup	0	11		0,0%
Herlev	0	14		0,0%
Hvidovre	0	30		0,0%
Høje-Taastrup	0	29		0,0%
Ishøj	0	9		0,0%
Lyngby-Taarbæk	0	41		0,0%
Rødovre	0	20		0,0%
Vallensbæk	0	10		0,0%
Allerød	0	17		0,0%
Egedal	0	22		0,0%
Fredensborg	0	26		0,0%
Frederikssund	0	30		0,0%
Furesø	0	26		0,0%
Gribskov	0	23		0,0%
Halsnæs	0	16		0,0%
Helsingør	0	38		0,0%
Hillerød	0	30		0,0%
Hørsholm	0	20		0,0%
Rudersdal	0	37		0,0%
Bornholm	2	28	1	6,5%
Region Sjælland	18	481	6	3,6%
Greve	1	26		3,7%
Køge	1	38		2,6%
Lejre	0	15		0,0%
Roskilde	0	53		0,0%
Solrød	0	13		0,0%
Faxe	2	22		8,3%
Guldborgsund	2	36	1	5,1%
Holbæk	2	46		4,2%
Kalundborg	2	24	1	7,4%
Lolland	2	22	3	7,4%
Næstved	1	47		2,1%
Odsherred	2	17		10,5%
Ringsted	1	16		5,9%
Slagelse	1	49		2,0%
Sorø	0	19		0,0%
Stevns	1	11		8,3%
Vordingborg	0	27	1	0,0%
Region Syddanmark	28	793	3	3,4%
Assens	2	29		6,5%
Faaborg-Midtfyn	3	33		8,3%
Kerteminde	0	15		0,0%
Langeland	1	9		10,0%
Middelfart	1	29		3,3%
Nordfyns	0	22		0,0%
Nyborg	0	19		0,0%
Odense	1	121		0,8%
Svendborg	2	39		4,9%
Ærø	1	4	1	16,7%
Billund	0	19		0,0%
Esbjerg	6	68	1	8,0%
Fanø	1	2		33,3%
Fredericia	0	32		0,0%
Haderslev	0	37		0,0%
Kolding	0	62		0,0%
Sønderborg	2	54		3,6%
Tønder	1	29		3,3%
Varde	3	27	1	9,7%
Vejen	0	30		0,0%
Vejle	2	73		2,7%
Aabenraa	2	40		4,8%
Region Midtjylland	27	810	3	3,2%
Favrskov	1	35		2,8%
Hedensted	0	25		0,0%
Horsens	1	54		1,8%
Norddjurs	1	26		3,7%
Odder	0	14		0,0%
Randers	5	56		8,2%
Samsø	0	4		0,0%
Silkeborg	0	68		0,0%
Skanderborg	0	36		0,0%
Syddjurs	3	26		10,3%
Aarhus	1	213		0,5%
Herning	2	48	1	3,9%
Holstebro	1	41		2,4%
Ikast-Brande	1	27		3,6%
Lemvig	0	11	1	0,0%
Ringkøbing-Skjern	4	33		10,8%
Skive	3	25	1	10,3%
Struer	1	13		7,1%
Viborg	3	55		5,2%
Region Nordjylland	36	313	12	10,0%
Brønderslev	5	16	1	22,7%
Frederikshavn	3	38	1	7,1%
Hjørring	7	35	1	16,3%
Jammerbugt	5	11	2	27,8%
Læsø	0	2		0,0%
Mariagerfjord	2	25		7,4%
Morsø	3	7	1	27,3%
Rebild	2	16		11,1%
Thisted	2	21	4	7,4%
Vesthimmerlands	2	22		8,3%
Aalborg	5	120	2	3,9%
I alt	113	3458	25	3,1%

Kilde: Danske Regioner, PLO.

*Region Hovedstaden benytter ikke samme opgørelsesmetode af ubesatte ydernumre som de øvrige regioner.