

## Sundhedssamarbejdsudvalget

### MØDETIDSPUNKT

06-12-2024 10:00

### MØDESTED

Mødelokale på Regionsgården

### MEDLEMMER

Lars Gaardhøj	Deltog
Benedikte Kiær	Deltog
Susanne Due Kristensen	Deltog
Karsten Längerich	Deltog
Sisse Marie Berendt Welling	Deltog
Kirsten Jensen	Deltog
Merete Amdisen	Deltog
Trine Græse	Deltog
Annie Hagel	Deltog
Karin Friis Bach	Deltog
Christoffer Buster Reinhardt	Deltog
Jacob Trøst	Deltog
Jørgen Steen Andersen	Deltog
Peder Reistad	Deltog
Grethe Olivia Nielsson	Deltog
Christine Dal	Deltog

# INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Godkendelse: Forlængelse af IV-aftale
3. Drøftelse: Region Hovedstadens forslag til ny psykiatriplan
4. Drøftelse: Sundhedsreformen
5. Drøftelse: Resultater fra lægedækningsundersøgelsen 2025
6. Drøftelse: Lægedækningstruede områder for 2025 i henhold til praksisplanen for almen praksis
7. Meddelelser -
8. Eventuelt

# **1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN**

---

## **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

### **INDSTILLING**

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **Udvalgets beslutning:**

Sundhedssamarbejdsudvalget godkendte den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

### **SAGSFREMSTILLING**

-

### **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

-

### **JOURNALNUMMER**

-

## **2. GODKENDELSE: FORLÆNGELSE AF IV-AFTALE**

---

### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) besluttede på mødet den 23. juni 2023 at forlænge aftalen om intravenøs behandling for borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden (IV-aftalen) frem til udgangen af 2024. Forlængelsen af aftalen skete med henblik på at igangsætte en opfølgning på implementeringen mhp. at få øget antallet af forløb, der henvises til IV-behandling i kommunalt regi, og endelig at igangsætte en evaluering af IV-aftalen.

Der foreligger nu en evaluering af aftalen, som præsenteres for Sundhedssamarbejdsudvalget i denne sag. Derudover har en regional/kommunal implementeringsgruppe arbejdet for at nedbryde barrierer, så flere borgere kan få tilbudt at få IV-behandling i hjemmet som alternativ til at få behandlingen på hospitalet

### **INDSTILLING**

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender, at Aftalen om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden forlænges i to år.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **Udvalgets beslutning:**

Sundhedssamarbejdsudvalget godkendte, at Aftalen om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden forlænges med to år, det vil sige til 1. januar 2027, og at der arbejdes videre med at fjerne barrierer for brug af aftalen.

### **SAGSFREMSTILLING**

#### *Baggrund*

IV-aftalen trådte i kraft i oktober 2021. I løbet af aftalens to første år var der ca. 1.000 IV-behandlingsforløb i kommunalt regi. Dette antal er betydeligt lavere end de 5.700 om året, der er beskrevet i aftalen som det forventede antal forløb. Dette var baggrunden for, at Sundhedssamarbejdsudvalget i juni 2023 forlængede aftalen frem til udgangen af 2024 således, at en evaluering af aftalen kunne medvirke til at belyse barrierer for implementeringen og samtidig give svar på, om aftalen har haft den forventede værdi for borgere og for de sundhedsprofessionelle. Evalueringsrapporten er vedlagt som bilag.

Udover evalueringen blev der igangsat en opfølgning på implementeringen mhp. at finde løsninger til at nedbryde eventuelle barrierer for implementeringen. Dette arbejde blev afsluttet i oktober 2024.

#### *Evaluering af aftalen om intravenøs behandling af borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden*

Evalueringen af IV-aftalen er gennemført medio 2024. Den er baseret på

- data fra interviews med borgere og sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer,
- tidsstudie i ni kommuner om anvendt tid pr. IV-behandling
- data om aktivitet fra Sundhedsplatformen og opgørelser af den kommunale fakturering.

Evalueringen viser, at borgerne overvejende er positive og føler sig trygge ved at modtage IV-behandling i hjemmet. De fleste borgere har modtaget IV-behandlingen én gang eller tre gange i døgnet og over en periode på 1-6 dage. I langt størstedelen af IV-forløbene gives antibiotika. Fra januar 2022 til maj 2024 er der i hele regionen sket en stigning i antallet af afsluttede IV-behandlingsforløb, dog væsentligt lavere end forventet og med betydelige forskelle på tværs af hospitaler.

Sundhedsprofessionelle fra både hospitaler og kommuner giver udtryk for, at de oplever IV-aftalen som meningsfuld, men oplever også barrierer for anvendelse af aftalen. Den primære barriere for hospitalerne er, at udskrivelsesprocessen i forbindelse med udskrivning af patienter til IV-behandling i kommunalt regi, heraf koordinering med kommunen, pakning af medicin og utensilier samt dokumentation og registrering i SP, opleves som tidskrævende. Den primære barriere for anvendelsen af IV-aftalen for kommunerne er manglende kapacitet og ressourcer til at varetage IV-behandling. Barrierer i kommunerne opleves dog i mindre grad end barriererne på hospitalerne.

#### *Opfølgning på implementeringen af IV-aftalen*

Til at forestå en opfølgning på implementeringen nedsatte Tværsektoriel Strategisk Styregruppe (TSS) en regional/kommunal implementeringsgruppen. Denne gruppe har arbejdet med at identificere og finde løsninger på barrierer for implementeringen. Gruppen foreslår bl.a. at afprøve en løsning, hvor medicin og utensilier leveres direkte i borgerens hjem, så hospitalspersonalet ikke skal stå for dette i løbet af behandlingsforløbet. Denne løsning vil blive afprøvet i Klynge Midt i starten af 2025. Herudover vil der være fokus på at forbedre muligheden for at tilbyde behandling med antibiotika via pumpe, da det både giver en bedre og mindre indgribende behandling for borgeren og samtidig er ressourcebesparende for personalet.

#### *Anbefaling om forlængelse af IV-aftalen*

TSS fik præsenteret evalueringsrapporten samt en række anbefalinger fra implementeringsgruppen på deres møde d. 1. november 2024. Her blev det konkluderet, at vi fortsat bør have en aftale om IV-behandling i kommunalt regi i Hovedstadsregionen. Aftalen giver stor værdi for borgerne og skaber forudsætningerne for, at vi kan tilbyde behandling i eller tæt på borgernes hjem, når det er fagligt meningsfuldt.

TSS var samtidig enige om, at selvom vi ikke har set så mange behandlingsforløb i aftaleperioden som forventet, så bør aftalen forlænges i sin nuværende form. Hospitaler og kommuner vil fortsat arbejde med at få igangsat nogle af de løsninger, som forventes at kunne lette arbejdet med aftalen.

Sundhedsreformen beskriver ny organisering af opgaverne vedr. akutsygepleje i hjemmet samt hjemmebehandlingsteams. Begge opgaver har betydning for varetagelsen af IV-behandling i hjemmet. Hertil kommer en sammenlægning af de to sjællandske regioner til en ny Region Østdanmark, som også vil få betydning for, hvordan vi efter 1. januar 2027 kan tilbyde IV-behandling i hjemmet. Derfor foreslås det, at IV-aftalen forlænges til udgangen af 2026. I takt med, at parterne forventeligt i denne periode bliver klogere på organisering af opgaver, som omhandler behandling i borgerens hjem, hvor hospitalet har behandlingsansvar, så kan der træffes en ny beslutning om fremtidens IV-behandling i hjemmet.

## **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

Såfremt Sundhedssamarbejdsudvalget godkender indstillingen om at forlænge den nuværende aftale i to år, fortsætter parterne samarbejdet om IV-behandling i hjemmet som hidtil. Der vil fortsat blive arbejdet med at afprøve løsninger, som skal fremme implementeringen.

## **JOURNALNUMMER**

24003980

## **BILAGSFORTEGNELSE**

📎 1. Evaluering af IV-aftalen i Region Hovedstaden\_081024

### **3. DRØFTELSE: REGION HOVEDSTADENS FORSLAG TIL NY PSYKIATRIPLAN**

---

#### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Region Hovedstaden har udarbejdet et høringsudkast til en ny regional psykiatriplan for Region Hovedstaden, der tager udgangspunkt i den nationale 10-årsplan for psykiatrien med fokus på de to områder svær psykisk sygdom samt børn og unge. Den kommende regionale psykiatriplan skal sætte den strategiske overordnede politiske retning for psykiatrien i Region Hovedstaden.

Sundhedssamarbejdsudvalget modtog den 11. oktober 2024 en orientering om arbejdet med den regionale psykiatriplan. Udvalget tog orienteringen til efterretning og tilkendegav et ønske om at få mulighed for at drøfte indholdet i den regionale psykiatriplan, inden den godkendes endeligt. Med denne sag får udvalget mulighed for at drøfte høringsudkast til den regionale psykiatriplan, inden den forelægges regionsrådet med henblik på forventelig endelig godkendelse i marts 2025.

#### **INDSTILLING**

Det indstilles:

**at** Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter forslag til ny regional psykiatriplan.

#### **POLITISK BEHANDLING**

##### **Udvalgets beslutning:**

Sundhedssamarbejdsudvalget drøftede forslag til ny regional psykiatriplan. Der blev udtrykt opbakning til planens fokus på ”Svær psykisk sygdom” og ”Børn og unge”. I forhold til fokusområdet ”Svær psykisk syge” blev særligt ønske om hurtig implementering af ordning med fasttilknyttede læger på bosteder fremhævet. I forhold til fokusområdet ”Børn og unge” var der blandt andet fokus på behov for drøftelse af gråzoner mellem PPR og psykiatrien samt muligheden for, at kommuner kan trække på regionale eksperter i psykiatrien med henblik på kvalificering af beslutning om udredning. Der blev også fremhævet ønske om, at kommunernes lettilgængelige tilbud kan få adgang til bagom-numre til Region Hovedstadens Psykiatri med henblik på at sikre hurtig henvisning til psykiatrien, hvis der er behov herfor.

Fra regional side blev der givet tilsagn om at se på muligheder for at tilpasse optageområder inden for psykiatrien, således at optageområder for henholdsvis somatik og psykiatri dækker samme geografisk område.

Desuden blev der givet tilsagn om, at høringsperioden for forslaget til ny regional psykiatriplan udvides til medio februar 2025. Høringsfristen er derfor fastsat til d. 18. februar 2025.

Endelig blev der orienteret om, at Region Hovedstaden i starten 2025 påbegynder arbejdet med en organisatorisk sammenlægning af psykiatrien og somatikken.

#### **SAGSFREMSTILLING**

## **Arbejdet med den regionale psykiatriplan**

Region Hovedstaden har udarbejdet udkast til "Regional psykiatriplan 2025 og frem" med den nationale 10-årsplan som ramme med fokus på svær psykisk sygdom og børn og unge, som den 25. november 2024 er sendt i en bred høring, hvor bl.a. samtlige regionens kommuner, FAPS og PLO er høringsparter. De to fokusområder er valgt, da det er de områder, som 10 årsplanen fra regeringen har peget på som de vigtigste at tage fat på først

Der ses i disse år et markant stigende antal børn og unge, der mistrives, ligesom flere børn og unge henvises til børne- og ungdomspsykiatrien med mistanke om egentlig psykisk sygdom. Der har været mere end en fordobling i antallet af henvisninger til psykiatrien siden 2014. I forhold til svær psykisk sygdom, så er en væsentlig problemstilling, at mennesker med de sværeste psykiske lidelser lever op til 15-20 år kortere end andre. Gruppen af mennesker med svær psykisk sygdom har oftere samtidig rusmiddelproblematik, udsættes oftere for tvang, når de er indlagte og forsøger oftere at tage deres eget liv.

Arbejdet med den regionale psykiatriplan har været en involverende proces, hvor relevante samarbejdspartnere er blevet inddraget undervejs. Der har været nedsat et advisory board, hvis formål har været at sikre nytænkning og bred inspiration, faglig sparring, input, vidensdeling og kvalitetssikring. Regionsrådsformand Lars Gaardhøj var formand for boardet. Boardet bestod af relevante interessenter på psykiatriområdet, herunder et medlem udpeget af KKR-Hovedstaden. Der blev den 14. marts 2024 holdt et udvidet advisory board møde, hvor de indsamlede input blev kvalificeret, udfordret og prioriteret. På mødet den 14. marts 2024 var deltagereskaren udvidet med yderligere 3 deltagere fra kommunerne samt repræsentanter for Foreningen af Praktiserende Speciallæger og PLO-Hovedstaden.

## **Formålet med den regionale psykiatriplan**

Formålet med Region Hovedstadens regionale psykiatriplan er at sætte retningen for, hvordan regionen på et overordnet niveau arbejder med og styrker de to prioriterede områder om henholdsvis svær psykisk sygdom og børn og unge med den nationale 10- årsplan som ramme. Ud over den nationale 10-årsplan bygger den nye regionale psykiatriplan videre på udvalgte allerede eksisterende politiske markeringer i regionen. Det gælder bl.a. initiativerne fra rapporterne "Fremtidssikring af Børne- og Ungdomspsykiatrien" og "Handleplan for sikkerhed og tryghed i psykiatrien".

## **Høringsudkast til ny regional psykiatriplan**

Høringsudkast til ny regional psykiatriplan indeholder nedenstående fire anbefalinger inden for områderne svær psykisk sygdom samt børn og unge. Der er i valget af forslag til anbefalinger taget udgangspunkt i de mange input, der er indsamlet i løbet af processen, herunder fra advisory board og input fra Region Hovedstadens Psykiatri. Anbefalingerne skal ses som pejlemærker for udviklingen af psykiatrien fra 2025 og frem. Der er dertil knyttet mål, som er indikatorer for anbefalingerne og delmål, som er trædesten på vejen for at imødekomme målene, som alle fremgår af høringsudkastet jf. bilag 1. Af nedenstående fremgår de otte anbefalinger:

### Anbefalinger - svær psykisk sygdom:

Anbefaling 1: "Mere kvalitet i behandlingen"

Anbefaling 2: "Udbygge og styrke den ambulante kapacitet "

Anbefaling 3:"Styrke kernefagligheden"

Anbefaling 4: "Understøtte forebyggende og opfølgende indsatser i kommunerne til voksne

### "Anbefalinger - børn og unge:

Anbefaling 1: "Mere kvalitet i behandlingen"

Anbefaling 2: "Udbygge og styrke den ambulante kapacitet"

Anbefaling 3: "Nytænkning af patientforløb"

Anbefaling 4: "Øget samarbejde og styrkelse af den tværsektorielle indsats"

Den regionale psykiatriplan vil skulle opdateres og justeres i takt med, at der kommer nye behov og krav, fx med den nationale 10-årsplan, men også i takt med, at de regionale behov og politiske prioriteringer ændres. Den regionale psykiatriplan er på den måde dynamisk. Dette er særligt vigtigt i en tid, hvor sundhedsvæsenet står over for forandringer, men hvor der stadig er behov for en klar retning for udviklingen af psykiatrien med fokus på bedst mulig patientbehandling.

Høringsudkast til regional psykiatriplan er vedhæftet som bilag 1.

### **Brugerperspektiv**

Brugerperspektivet sikres ved løbende involvering af Psykiatriforeningernes Fællesråd. Region Hovedstadens social- og psykiatriudvalg har hidtil jævnligt holdt møder med Psykiatriforeningernes Fællesråd, som er et fællesråd for 14 psykiatriorganisationer i Region Hovedstaden. Der blev den 27. november 2023 og den 5. november 2024 holdt dialogmøde med fællesrådet, hvor den regionale psykiatriplan blev drøftet. Til møderne deltog yderligere en repræsentant fra Udsatterådet. Derudover blev den 30. maj 2024 holdt et bilateralt dialogmøde med Regin Hovedstadens social- og psykiatriudvalgs formandskab og Psykiatriforeningernes Fællesråds formandskab. Derudover kan det oplyses, at der i det nedsatte advisory board ligeledes er to repræsentanter fra Psykiatriforeningernes Fællesråd både en pårørenderepræsentant og en brugerrepræsentant. Derudover er der en repræsentant fra Udsatterådet. Advisory board mødet den 14. marts 2024 blev derudover udvidet med en ungdomsrepræsentant fra Psykiatriforeningernes Fællesråd og en ungementor fra Region Hovedstadens Psykiatri.

### **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

#### **Tidsplan**

Den regionale psykiatriplan 2025 og frem blev sendt i høring den 25. november 2024. Høringsperioden løber til den 18. december 2024. Planen forventes endelig godkendt af regionsrådet den 11. marts 2025. Region Hovedstadens social- og psykiatriudvalg drøfter den 13. januar 2025 de indkomne høringssvar, hvor Sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse på mødet i dag kommer til at indgå som et bidrag i høringsprocessen.

### **JOURNALNUMMER**

22064146

### **BILAGSFORTEGNELSE**

📎 1. Bilag 1 Høringsudkast til regional psykiatriplan 25. november 2024

📎 2. Bilag 2 høeringsliste

## 4. DRØFTELSE: SUNDHEDSREFORMEN

---

### BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Regeringen, Danmarksdemokraterne, Det Konservative Folkeparti, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti indgik den 15. november 2024 en politisk aftale om en sundhedsreform med ikrafttrædelse per 1. januar 2027 (Link: <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/aftale-om-sundhedsreform-2024>).

Aftalen om sundhedsreformen tager afsæt i Regeringens udspil "Sundhed tæt på dig", der blev drøftet i Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) den 11. oktober 2024. Reformen er desuden drøftet i Kommunekontaktudvalget (KKU) den 22. november 2024.

Reformen er på flere områder beskrevet på et overordnet niveau og vil blive konkretiseret yderligere fra nationalt niveau i den kommende tid, hvor aftalen skal udmøntes gennem faglige afgrænsninger, lovgivning og aftaler om økonomien.

Sagen fremlægges med henblik på en drøftelse af perspektiver på reformens betydning for det tværsektorielle samarbejde om borgernes sundhed. Herunder foreslås, at der sættes særligt fokus på, hvordan det gode samarbejde bedst understøttes i overgangsperioden frem til reformens ikrafttræden.

På baggrund af drøftelsen udarbejdes forslag til en årsplan for SSUs arbejde med sundhedsreformen i 2025.

### INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter den politiske aftale om en sundhedsreform og opmærksomhedspunkter for samarbejdet i overgangsperioden frem til reformens ikrafttrædelse.

### POLITISK BEHANDLING

#### Udvalgets beslutning:

Sundhedssamarbejdsudvalget drøftede sundhedsreformen og opmærksomhedspunkter for samarbejdet i overgangsperioden frem til reformens ikrafttrædelse.

Der er var enighed om, at der skal sikres et fortsat godt samarbejde og et stort fokus på kernerdriften med et stærkt patient-, bruger- og borgerperspektiv.

Udvalget fremhævede, at "læger på botilbud" og "96-timers behandlingsansvar" er områder, der allerede nu kan arbejdes med. Herunder blev aftalt, at der på udvalgets møde i februar 2025 drøftes, hvordan arbejdet med implementering af 96 timers behandlingsansvar kan igangsættes. Samarbejde om borgere, der har ophold på akutmodtagelserne, drøftes ligeledes på dette møde.

Andre ønsker og opmærksomhedspunkter i forhold til reformen blev også drøftet. Herunder et behov for et særligt fokus på Bornholm i den fremtidige samarbejdsstruktur og et behov for generelle drøftelser om samarbejdet i den fremtidige forvaltningsstruktur. Der var endvidere enighed om behovet for en tydelig tids- og procesplan, når Sundhedsstyrelsens beskrivelser af snitflader er klar.

## SAGSFREMSTILLING

Sundhedsreformen indeholder initiativer, der blandt andet skal understøtte lighed i sundhed, sammenhæng i borgernes forløb, en styrkelse af det nære sundhedsvæsen og flere sundhedstilbud uden for hospitalerne.

Reformen betyder, at der kommer betydelige forandringer i den nuværende struktur, opgavefordeling og økonomi på sundhedsområdet. Ikke mindst konstruktionen omkring sundhedsråd vil have stor betydning i det fremtidige samarbejde mellem almen praksis, kommuner og region. Samtidig vil et fortsat tæt og godt tværsektorielt samarbejde om sundhed være afgørende for, at reformens intentioner kan blive omsat til handlinger, der kan gøre en positiv forskel for borgerne.

Formålet med denne sag er, at SSU i forlængelse af drøftelsen på mødet i oktober mere konkret kan drøfte reformens betydning for det tværsektorielle samarbejde om borgernes sundhed. Herunder foreslås, at der sættes særligt fokus på, hvordan SSU bedst kan understøtte samarbejdet i overgangsperioden, hvor den nye struktur skal forberedes samtidig med, at driften skal påvirkes mindst muligt. Herunder hvordan drøftelser og aftaler for processen kan spille sammen med arbejdet i sundhedsklyngerne.

I drøftelsen kan der fx tages afsæt i følgende spørgsmål:

- Hvor ses de største muligheder og opmærksomhedspunkter i forhold til den kommende struktur?
- Hvordan kan SSU understøtte en bred og involverende dialog om samarbejdet i den nye struktur – fx med inddragelse af brugernes perspektiv eller via større møder, hvor alle kommuner og regionen er repræsenteret.
- Hvordan sikres et godt samarbejde med almen praksis i den nye struktur?
- Er der særlige opgaver, som SSU og/eller sundhedsklyngerne bør have fokus på i 2025?

### *Hovedpunkterne i Sundhedsreformen*

Sundhedsreformen ligner på mange punkter regeringens reformudspil fra september 2024.

Med reformen ligger det således fast, at der skal være fire regioner samt 17 nye politiske sundhedsråd (hvoraf seks er placeret i den nye Region Østjylland). Som konsekvens af oprettelsen af sundhedsrådene nedlægges de nuværende sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg og kommunekonktaktudvalget ved udgangen af den nuværende valgperiode. Ligesom arbejdet med sundhedsaftalen ophører i sin nuværende form. Der kan dog etableres nye tværregionale fora, hvis parterne ønsker dette.

Regionerne får det primære ansvar for sundhedsvæsenet i regionen og for den tværgående planlægning og prioritering. Regionerne skal sikre sygehuse, der fortsat leverer behandling af høj kvalitet, og de skal sikre, at ressourcerne fordeles sådan, at der er læger nok til stede på hospitalerne i de områder, hvor borgerne har det største behandlingsbehov. De får også ansvar for en samlet økonomi.

Sundhedsrådene etableres i regionerne med medlemmer fra regioner og kommuner, og opgaverne vil blandt andet handle om:

- Udarbejde nærsundhedsplan inden for rammerne af national og regional sundhedsplan
- Udmønte de økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen
- Vende sygehusene udad og styrke nære indsatser
- Planlægning af det almenmedicinske tilbud og praksissektor
- Aftaler med kommuner bl.a. om sammenhængende forløb og rekruttering.

Reformen betyder også, at regionerne og sundhedsrådene overtager ansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommunerne, såsom midlertidige pladser med sundhedsfaglige indsatser og akutsygepleje. Regionen og sundhedsrådene får dermed et større ansvar for den samlede behandling. Kommunerne vil fortsat have opgaver på sundhedsområdet, blandt andet hele ældreplejen, almen kommunal sygepleje og opgaver inden for genoptræning.

### *Tidsplan*

Det fremgår af den politiske aftale, at reformen træder i kraft per 1. januar 2027, og at 2026 vil fungere som et overgangsår mellem den nye og den gamle forvaltningsstruktur.

Der er valg til de nye regionsråd i november 2025. I Region Sjælland og Region Hovedstaden vil de eksisterende regionsråd imidlertid blive videreført for at varetage driften frem til udgangen af 2026, mens det nyvalgte regionsråd for den kommende Region Østdanmark vil fungere som et forberedende udvalg i 2026.

Tilsvarende etableres 17 forberedende sundhedsråd, der skal fungere i 2026. Rådene vil i forhold til geografisk udstrækning og bemanning være de samme som de sundhedsråd, der træder i kraft per 1. januar 2027.

Et foreløbigt overblik over tidsplan for andre centrale initiativer i reformen kan ses i den politisk aftale, s. 69 tabel 2 ”Tidspunkter for ikrafttrædelse af udvalgte, centrale initiativer mv.”

Regeringen vil i foråret 2025 drøfte en samlet implementeringsplan med kommuner og regioner.

## **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

### **JOURNALNUMMER**

-

## **5. DRØFTELSE: RESULTATER FRA LÆGEDÆKNINGSUNDERSØGELSEN 2025**

---

### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Regionen skal hvert år træffe beslutning om fastsættelse af kapacitet i almen praksis for det kommende år. Den endelige beslutning om kapaciteten skal for 2025 træffes i regionens udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen d. 14. januar 2025.

Som grundlag for beslutningen gennemføres først en lægehøring, hvorefter der udarbejdes en lægedækningsundersøgelse på baggrund af resultaterne i lægehøringen.

Ifølge overenskomsten for almen praksis § 2 skal regionen således årligt foretage en høring af alle almen praksis i regionen, hvor den enkelte praksis blandt andet skal kunne tilkendegive ønsker til antallet af patienter (patienter tilmeldt praksis). Lægehøringen danner baggrund for lægedækningsundersøgelsen. Af denne fremgår lægernes gennemsnitlige estimerede patientkapacitet for 2025 sammen med data for den forventede befolkningsudvikling og den aktuelle kapacitet i almen praksis i Region Hovedstaden (bilag 1).

Resultaterne fra lægedækningsundersøgelsen forelægges Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) med henblik på at give eventuelle input, inden den endelige beslutning i udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

For at adskille drøftelsen af lægedækning med drøftelsen af kommunale sundhedstilbud er indstillingen delt i to.

### **INDSTILLING**

Det indstilles:

**at** Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter resultater relateret til lægedækning i Lægedækningsundersøgelsen for 2025.

**at** Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter spørgsmål om kommunale sundhedstilbud.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **Udvalgets beslutning:**

Sundhedssamarbejdsudvalget drøftede resultater fra Lægedækningsundersøgelsen for 2025.

I drøftelsen var der særligt fokus på, hvilken betydning loftet for etablering af nye kapaciteter på sigt kan få for borgerne i Region Hovedstaden.

### **SAGSFREMSTILLING**

PLO Hovedstaden og Region Hovedstaden har aftalt, at lægehøringen, som tidligere år, er bindende for praksis. På baggrund af svarene i høringen åbnede 128 praksis, som ellers var lukkede, for tilgang af patienter den 4. oktober 2024. I alt åbnes for 11.133 yderligere patientpladser (jf. bilag 1, tabel 11).

Det fremgår af tabel 1 nedenfor, at lægerne vil have en gennemsnitlig estimeret patientkapacitet for 2025 på 1.801 sikrede pr. kapacitet i dette års lægehøring. Det er flere patienter pr. kapacitet sammenlignet med resultatet af lægehøringen i 2023. Det bemærkes, at der er markant forskel på de gennemsnitlige antal patienter mellem planlægningsområder (jf. bilag 1, tabel 9). Pr. 4. september 2024 var det faktiske antal tilmeldte patienter i praksis i gennemsnit 1.765 pr. kapacitet, hvilket er en stigning på 43 patienter pr. kapacitet i forhold til 2023 (jf. bilag 1, tabel 6).

Tabel 1: Gennemsnitligt antal patienter pr. kapacitet i 2023 og 2024 er udregnet på baggrund af praksis' svar i lægehøringen samt det faktiske antal patienter tilknyttet almen praksis

	2023	2024
Gennemsnitlig estimeret patientkapacitet i lægedækningsundersøgelsen	1.787	1.801
Faktisk gennemsnitlige antal patienter pr. kapacitet pr. september	1.722	1.765

Lægerne er desuden blevet spurgt om deres optimale antal patienter, såfremt de ikke skulle tage hensyn til overenskomsten. Det fremgår af tabel 2 nedenfor, at lægerne i almen praksis i dette års lægehøring i gennemsnit har angivet, at det optimale antal patienter pr. kapacitet i deres praksis er 1.799, hvilket er lidt flere end i 2023. Denne del af undersøgelsen er dog ikke er bindende for praksis.

Tabel 2: Optimalt antal patienter pr. kapacitet for lægehøringen 2024 og 2025

	2024	2025
Optimalt antal patienter pr. kapacitet	1.789	1799

Spørgsmålet om ”optimal kapacitet” viser yderligere, at 66 praksis i regionen – hvis de havde muligheden – gerne ville have færre patienter end den overenskomstfastsatte grænse på 1.600 patienter, imens syv praksis ønsker mere end de overenskomstfastsatte 2.700 patienter.

## Vurdering af den samlede kapacitet i almen praksis på baggrund af lægehøringen

På baggrund af Lægedækningsundersøgelsen for 2025 (bilag 1) indgår følgende elementer i den samlede vurdering af kapaciteten i Region Hovedstaden for 2025:

### Antal kapaciteter

Regionen havde pr. 4. september 2024 1.112 aktive kapaciteter. Der var derudover 19 inaktive kapaciteter, hvoraf 15 er på vej til at blive aktiveret. Erfaring viser, at der altid vil være nogle kapaciteter, som ikke aktiveres som planlagt. Det vurderes, at 8 af de inaktive kapaciteter bliver aktiveret i 2025, og regionen har dermed en forventet aktiv kapacitet på 1.120 kapaciteter i 2025.

### Udvikling i befolkningen

Siden 2021 har befolkningsprognosen indgået som en fast del af lægedækningsundersøgelsen og anvendes dermed i vurderingen af kapaciteten i regionen for at tage højde for kapacitetsbehov for de kommende år. I 2025 forventes et befolkningstal på 1.918.365 sikrede.

## Antal patienter pr. kapacitet

Lægedækningsundersøgelsen for 2025 viser, at regionen overordnet set har kapacitet til at varetage 2.002.712 sikrede, hvilket er tilstrækkelig kapacitet til at varetage det aktuelle antal patienter samt dække befolkningstilvæksten i 2025 (jf. bilag 1, tabel 10). Det er dog vigtigt, at fastsættelsen af kapaciteten for de kommende år også tager højde for lægedækningen i de enkelte planlægningsområder, da der er områder, hvor kapaciteten i regionen ikke kan udnyttes optimalt. Dette skyldes blandt andet, at lægedækning og befolkningstilvækst varierer på tværs af planlægningsområder, og at det derfor er svært at opnå en fuldstændig dækning i områderne.

## **Områdespecifik kapacitetsanalyse som supplement til den samlede kapacitetsvurdering**

Med henblik på at vurdere, hvilke områder, som har størst behov for eventuel tilførsel af kapacitet, har Region Hovedstaden med input fra PLO-H og KKR udarbejdet en områdespecifik kapacitetsanalyse. Som tidligere forlægges analysen udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen som en del af grundlaget for regionens efterfølgende fastsættelse af kapaciteten for 2025.

Den områdespecifikke kapacitetsanalyse tager udgangspunkt i tre kriterier, beskrevet i bilag 2. På baggrund af kriterierne vurderes det, at ingen af planlægningsområderne på nuværende tidspunkt har behov for ekstra kapacitet (jf. bilag 2).

## **Spørgsmål om kommunale sundhedstilbud**

Efter ønske fra det fælleskommunale sekretariat indgår der i høringen et spørgsmål om henvisning til kommunale sundhedstilbud.

422 praksis (98%) har angivet, at de har søgt information om kommunale sundhedstilbud på sundhed.dk (SOFT-portalen) eller sundhedstilbud.kk.dk. Kun 5 praksis (1,5%) angiver ikke at have søgt information om kommunale sundhedstilbud.

## **TIDSPLAN OG VIDERE PROCES**

Beslutningen om kapaciteten i almen praksis for 2025 træffes i regionens udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen på deres møde den 14. januar 2025.

## **JOURNALNUMMER**

24031069

## **BILAGSFORTEGNELSE**

- 📎 1. BILAG 1 Lægedækningsrapport - Lægedækningsundersøgelsen for 2025 (1)
- 📎 2. Bilag 1a: Oversigt Lægedækningsundersøgelsen 2025
- 📎 3. BILAG 2\_ Vurdering af det indbyrdes kapacitetsbehov

## **6. DRØFTELSE: LÆGEDÆKNINGSTRUUDE OMRÅDER FOR 2025 I HENHOLD TIL PRAKSISPLANEN FOR ALMEN PRAKSIS**

---

### **BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE**

Det er aftalt i det forhenværende praksisplanudvalg, at der foretages en årlig vurdering af, hvilke områder der i henhold til praksisplan for almen praksis er lægedækningstruede.

Regionen har i samarbejde med sekretariatet for PLO-Hovedstaden og Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat udarbejdet forslag til fastsættelse af lægedækningstruede områder i 2025 på baggrund af relevante kriterier.

Forslagene til lægedækningstruede områder har været drøftet ved møde i Tværsektoriel strategisk styregruppe, hvor der ikke var bemærkninger.

Med denne sag forelægges forslaget til lægedækningstruede områder til drøftelse i Sundhedssamarbejdsudvalget inden regionens endelige fastlæggelse af områderne besluttet i regionens udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen den 14. januar 2025.

### **INDSTILLING**

Det indstilles:

**at** Sundhedssamarbejdsudvalgets drøfter forslag til lægedækningstruede områder i henhold til praksisplanen 2024.

### **POLITISK BEHANDLING**

#### **Udvalgets beslutning:**

Sundhedssamarbejdsudvalget tilkendegav tilfredshed med, at antallet af lægedækningstruede områder i henhold til Praksisplanen er faldet fra 12 områder i 2024 til 5 områder i 2025. Samtidig blev bemærket, at lægedækningsområderne dækker et relativt store områder, hvorfor delområder godt kan være udfordret, selvom et området som helhed ikke er lægedækningstruet.

I drøftelsen var der desuden fokus på den betydning, som loftet for etablering af nye kapaciteter kan få for den fremtidige udvikling i antallet af lægedækningstruede områder i Region Hovedstaden.

### **SAGSFREMSTILLING**

Ifølge overenskomsten for almen praksis har praktiserende læger i lægedækningstruede områder mulighed for større fleksibilitet bl.a. gennem mulighed for ansættelse af flere læger og ret til at etablere delepraksis i henhold til praksisplanen. De udvidede muligheder har til hensigt at gøre det mere attraktivt for læger at praktisere i områder, der har udfordringer med rekruttering og tilknytning af praktiserende læger.

I 2022 besluttede regionen sammen med repræsentanter for kommunerne og almen praksis (i det tidligere praksisplanudvalg), at kriterierne for fastsættelse af lægedækningstruede områder skal

identificere områder, der har fastholdelses- og rekrutteringsvanskeligheder. Kriterierne for fastsættelsen af lægedækningstruede områder er som følger (jf. bilag 1):

1. **Åbne-/lukkestatus samt forventet befolkningsudvikling for 2025-2026:** Kriteriet identificerer områder i regionen, der har en høj andel af lukkede praksis og en betydelig forventet befolkningstilvækst.
2. **Andel af læger over 65 år:** Kriteriet identificerer områder i regionen, hvor der er risiko for, at en større andel af læger ophører på grund af alder.
3. **Andel af kapaciteter, der er ubesatte:** Kriteriet identificerer områder, hvor der er aktive kapaciteter, der varetager patienter, men som det ikke har været muligt at rekruttere læger til.
4. **Genopslag og kapacitet, der er fast ledig efter gentagne genopslag:** Kriteriet identificerer områder, hvor der har været udfordringer med manglende ansøgninger til opslåede kapaciteter.
5. **Tilbud under sundhedsloven:** Kriteriet identificerer områder, hvor der er etableret tilbud under Sundhedsloven, dvs. regionsklinik eller udbudsklinik.
6. **Tilbageleverede kapaciteter:** Dette kriterie identificerer områder, hvor læger har tilbageleveret kapacitet til regionen. Tilbageleveringer kan eksempelvis skyldes, at læger ikke har været i stand til at overdrage/sælge praksis til en ny læge eller ikke har kunnet etablere en ny praksis i området.
7. **Patienttyngde:** Kriteriet identificerer områder, hvor borgere gennemsnitligt er socioøkonomisk dårligst stillet.

## Vurdering af lægedækningstruede områder i 2025 iht. praksisplanen

Regionen har i samarbejde med sekretariatet for PLO-Hovedstaden og Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat udarbejdet forslag til fastsættelse af lægedækningstruede områder i 2025 på baggrund af ovenstående kriterier.

Af bilag 1 ses den samlede vurdering af områderne ud fra ovenstående kriterier. I lighed med sidste år foreslås det, at lægedækningstruede områder vurderes med afsæt i de områder, der har to eller flere point i beregningsmodellen.

For 2025 foreslås følgende 5 områder som lægedækningstruede i henhold til praksisplanen (mod 12 i 2024 og 10 i 2023): Amager (bydelen tilhørende Københavns Kommune), Bornholm, Egedal, Høje-Taastrup og Ishøj.

Bispebjerg, Brøndby, Gribskov, Hvidovre, Nørrebro, Rødovre og Vallensbæk er gået fra at være lægedækningstruede i 2024 til ikke at være det i 2025.

Forslag til lægedækningstruede områder er markeret med rød i bilag 1. Det store fald i antallet af lægedækningstruede områder skyldes overvejende, at lægerne 2024 i højere grad har haft mulighed for at sælge praksis eller ledig kapacitet ved eksempelvis pension og er lykkedes med at etablere sig i nye praksis.

## TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter forslaget til lægedækningstruede områder den 6. december med henblik på at give input inden den endelige regionale fastlæggelse af områderne, der besluttet i regionens udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen den 14. januar 2025

## **JOURNALNUMMER**

24031069

## **BILAGSFORTEGNELSE**

📎 1. Bilag 1 Lægedækningstruede områder 2025

## **7. MEDDELELSER -**

---

Der var ingen meddelelser.

### **JOURNALNUMMER**

Tomt indhold

## **8. EVENTUELT**

---

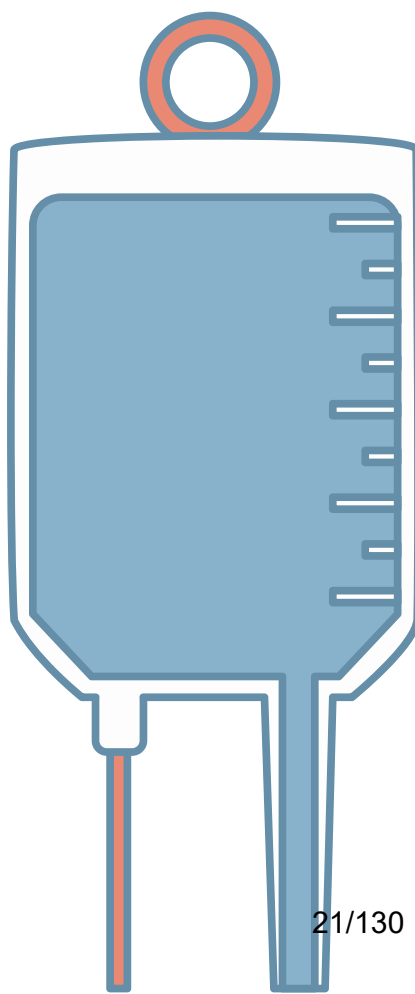
### **EVENTUELT**

Medlemmerne af udvalget ønskede hinanden god jul og takkede for et godt samarbejde i 2024.

**2024**

# Evaluering af IV-aftalen i Region Hovedstaden

Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden





## Titelblad

**Copyright:**

©Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse  
Alle rettigheder forbeholdes  
ISBN 978-87-93775-32-9

**Forfattere:**

Denne rapport er udarbejdet af Ann-Sofie Kofoed Berthelsen, Fiona Haustedt Mossman, Elise Harder og Michaela Louise Schiøtz, Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, i samarbejde med Center for Sundhed, Region Hovedstaden.

**Udgiver:**

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse  
Sektion for Tværsektoriel Forskning  
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital  
Region Hovedstaden, 2024  
[www.tferegionh.dk](http://www.tferegionh.dk)

**Publikationen citeres således:**

Evaluering af IV-aftalen i Region Hovedstaden – Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Frederiksberg, Region Hovedstaden, 2024.

# Indhold

Forord.....	3
1 Evalueringens hovedbudskaber.....	4
2 Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi.....	5
3 Formål.....	7
4 Design og metode.....	8
4.1 Dataudtræk fra Sundhedsplatformen vedrørende aktivitet og økonomi.....	8
4.2 Afregning mellem kommuner og regionen.....	9
4.3 Interviews med sundhedsprofessionelle fra kommunal sygepleje og hospitaler.....	9
4.4 Interviews med borgere.....	10
4.5 Gruppeinterview med repræsentanter fra implementeringsgruppen.....	10
4.6 Tidsstudie af kommunale sundhedsprofessionelles anvendte tid pr. IV-behandling.....	11
5 Resultater.....	12
5.1 Karakteristik af borgere omfattet af aftalen og deres IV-behandlingsforløb.....	12
5.2 Borgernes oplevelser af at modtage IV-behandling i hjemmet.....	15
5.3 Sundhedsprofessionelles overordnede oplevelser af aftalen.....	18
5.4 Identifikation af målgruppe, henvisning og overdragelse til kommunalt regi.....	19
5.4.1 Kriterier for identifikation af målgruppe.....	19
5.4.2 Henvisning – accept eller afvisning fra kommunen.....	20
5.4.3 Forberedelse af udskrivelse og overdragelse til kommunalt regi.....	22
Overvejelser om IV-adgang.....	22
Pakning af medicin og utensilier.....	23
Dokumentation og registrering.....	23
5.5 IV-behandling i praksis i kommunalt regi.....	24
5.5.1 Opstart af IV-behandling.....	24
5.5.2 Erfaringer og kompetencer.....	25
5.5.3 Tidsforbrug for IV-behandling.....	26
5.6 Afslutning på forløb og fakturering.....	29
5.7 Opsummering: Barrierer og incitament for anvendelse af aftalen.....	31
6 Tidligere evalueringer af IV-aftalen.....	32
7 Konklusion.....	34
Bilag 1.....	36
Bilag 2.....	37

## Forord

Vi har et fælles mål om, at alle borgere i Region Hovedstaden skal opleve et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere kan behandles i eller tættere på deres hjem gennem et tæt samarbejde mellem regionens kommuner, hospitaler og almen praksis. Det understøtter vi blandt andet ved, at borgere, som har behov for intravenøs behandling (IV-behandling) i forlængelse af hospitalsbehandling, kan modtage deres IV-behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller i andet kommunalt regi, i stedet for at skulle blive på hospitalet. Hospitalet fastholder behandlingsansvaret under hele IV-forløbet.

Når borgeren kan være hjemme i sine vante omgivelser og modtage IV-behandling i stedet for at være indlagt eller skulle køre til en hospitalet, skaber det større fleksibilitet og frihed i borgerens hverdag. Særligt hos ældre borgere kan det understøtte, at de bedre kan fastholde deres funktionsniveau og dermed bevare en højere livskvalitet. Samtidig kan det være med til at forebygge hospitalsinfektioner.

Aftalen om IV-behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden trådte i kraft d. 4. oktober 2021, og parterne har i aftaleperioden mulighed for at tilrette og genforhandle aftalen. En implementeringsgruppe med repræsentanter fra regionens hospitaler, kommuner og Region Hovedstadens Apotek har fulgt implementeringen og har haft ansvar for at følge op på og udvikle aftalen.

Med nærværende rapport ønsker vi at formidle resultater fra evalueringen af implementeringen af aftalen om IV-behandling til borgere i kommunalt regi. I rapporten indgår data fra interviews med borgere og sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, tidsstudie om anvendt tid pr. IV-behandling i kommunalt regi samt data om aktivitet fra Sundhedsplatformen og opgørelse af kommunal fakturering.

Vi håber, at evalueringens fund kan bidrage til inspiration og læring på tværs af kommuner og hospitaler og understøtte arbejdet med såvel den lokale og den regionale implementering af IV-behandling i kommunalt regi, herunder en eventuel revidering af aftalen. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har stået for udarbejdelse af rapporten i tæt samarbejde med Center for Sundhed og Center for Økonomi i Region Hovedstaden samt implementeringsgruppen for aftalen.

Vi ønsker at rette en særlig stor tak til de borgere, som i interviewene har bidraget med deres perspektiver på, hvordan det opleves at modtage IV-behandling i hjemmet. En stor tak til alle de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, som har stillet deres tid og ekspertise til rådighed i forbindelse med evalueringens gennemførelse. Endelig ønsker vi at takke kommuner og hospitaler i Region Hovedstaden for at arbejde konstruktivt med aftalen med henblik på at skabe større frihed, fleksibilitet og livskvalitet for de involverede borgere.

Med venlig hilsen

Helene Rasmussen  
Kommunal formand for Implementeringsgruppen  
Sundhedsdirektør Gentofte Kommune

Helene Bliddal Døssing  
Regional formand for Implementeringsgruppen  
Vicedirektør Herlev Gentofte Hospital

# 1 Evalueringens hovedbudskaber

## Positivt og meningsfuldt

- De interviewede borgeres oplevelser af at modtage intravenøs (IV)-behandling i hjemmet er overvejende positive. Borgerne giver udtryk for at føle sig trygge ved at modtage behandlingen uden for hospitalet.
- Sundhedsprofessionelle fra både hospitaler og kommuner udtrykker i interviewene, at de oplever IV-aftalen som hensigtsmæssig og meningsfuld. Særligt fremhæver de, at borgerne er glade for muligheden for at komme hjem.
- I både hospitals- og kommunalt regi er det primære incitament for at anvende IV-aftalen, at borgerne er glade og tilfredse med at modtage IV-behandling i kommunalt regi.

## Stigende aktivitet, men lavere end forventet

- Registrerede data om IV-behandling i Sundhedsplatformen (SP) viser, at størstedelen af de borgere, som har modtaget IV-behandling i kommunalt regi, modtager behandlingen over en periode på en til seks dage og en gang eller tre gange i døgnet. I langt størstedelen af IV-forløbene gives antibiotika.
- Data fra SP viser, at der på tværs af regionen er sket en stigning i antallet af afsluttede IV-behandlingsforløb fra februar 2022 til maj 2024. Der er dog betydelige forskelle i antallet af afsluttede IV-forløb på tværs af hospitaler, og antallet af afsluttede IV-forløb er væsentligt lavere end forventet.
- Der ses en uoverensstemmelse mellem antal fakturerede forløb fra kommunerne og antal afsluttede forløb i SP, hvilket skyldes manglende registrering af IV-forløb i SP og uregelmæssig faktureringspraksis.

## Barrierer for anvendelse

- Den primære barriere for, at hospitalerne ikke udskrifter flere patienter til IV-behandling i kommunalt regi, er den tidskrævende udskrivelsesproces og arbejdsbyrden, som er forbundet hermed, heraf koordinering med kommunen, pakning af medicin og utensilier samt dokumentation og registrering i SP.
- Den primære barriere for anvendelsen af IV-aftalen for kommunerne er manglende kapacitet og ressourcer til at varetage IV-behandling. Både data fra SP og interviews med sundhedsprofessionelle viser dog, at henvisninger fra hospitalet sjældent afvises af kommunen.

## Tidsforbrug i kommunalt regi

- Kommunale sygeplejersker beskriver i interviewene, at opstartsfasen er den mest tidskrævende og besværlige periode i forbindelse med at give IV-behandling, da de ofte oplever fejl og mangler i forbindelse med informationer fra hospitalet eller medgivne utensilier, som er nødvendige for opstart af IV-behandling i kommunalt regi.
- Tidsstudiet i ni kommuner viser, at der i gennemsnit bruges 74 minutter pr. behandlingsgang med IV-infusion, inklusivt besøg hos borger, transport, dokumentation/registrering og eventuel kommunikation med hospitalet. Det er særligt den første behandlingsgang, der er tidskrævende.

## Opmærksomhedspunkter

- IV-adgangene mid-, PICC- eller long-line foretrækkes af kommunale sygeplejersker, da disse sidder mere stabilt, frem for et Perifært Venekateter (PVK) i håndryggen. De kommunale sygeplejersker ønsker kompetenceopbygning i forhold til genanlæggelse af PVK og varetagelse af IV-behandling generelt, især medicin-håndteringen. Usikkerhed omkring medicin-håndtering kan skabe utryghed for borgerne.
- Trods udfordringer med henvisning og opstart af IV-behandling i kommunalt regi, opleves anvendelsen af aftalen generelt som gnidningsfri herefter.

## 2 Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi

Intravenøs (IV)-behandling er et regionalt ansvarsområde, som finansieres af og foretages på hospitalet under indlæggelse eller som ambulante behandling. Som en del af Sundhedsaftalen 2019-2023 er der indgået en samarbejdsaftale<sup>1</sup> mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen om IV-behandling for borgere i kommunalt regi. Aftalen tager afsæt i Sundhedsaftalens grundlæggende principper om at vælge den behandlingsform, som er mest sikker, effektiv, og mindst indgribende i borgerens liv, samtidig med at ressourcerne udnyttes bedst muligt.

Siden oktober 2021 har det således været muligt for borgere i Region Hovedstaden at modtage IV-behandling af en kommunal sygeplejerske i hjemmet eller i andet kommunalt regi, såfremt borgerne lever op til en række kriterier. Dette kan spare borgerne for transporttid og skabe større frihed og fleksibilitet i deres hverdag. IV-behandling i kommunalt regi dækker over, at kommunen efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling administrerer den videre IV-behandling.

Ved at tilbyde IV-behandling uden for hospitalet, er det ønsket, at borgeren kan undgå hospitalsinfektioner, og særligt for ældre borgere, at bidrage til opretholdelsen af funktionsniveau og forbedre livskvalitet. Grundprincippet for samarbejdet om IV-behandling i kommunalt regi er, at ingen borgere skal opleve unødvendige overgange eller indlæggelser.

Formålet med aftalen er at

- sikre høj faglig kvalitet
- sikre patientsikkerhed
- sikre sammenhæng i patientforløb

for borgere i IV-behandling i kommunalt regi på delegation fra hospitalet.

Målgruppen for aftalen er borgere i stabile forløb, som er opstartet i IV-behandling under indlæggelse, ambulante eller af udkørende personale fra hospitalet, og som er indstillede på at fortsætte eller færdiggøre deres IV-behandling i kommunalt regi.

Lægen på hospitalet kan henvise borgere til IV-behandling i kommunalt regi, hvis borgeren er i målgruppen for aftalen og det lægefagligt vurderes, at borgeren er egnet til det. Kommunen har til enhver tid visitationsretten og skal vurdere, om de har mulighed for at varetage opgaven, herunder sikre, at de kommunale sygeplejersker har de nødvendige kompetencer.

Aftalen omfatter IV-behandling med isotone væsker og antibiotika med og uden pumpe. I særlige situationer, og når der er enighed herom, kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling, foretages.

IV-behandlingen i kommunalt regi kan foregå i et sundhedscenter, sygeplejeklinik, akutplads, midlertidig plads eller i borgerens eget hjem, herunder på plejecentre og botilbud. Hospitalet anlægger en IV-adgang på den egnede borger og skal medgive al ordineret medicin, pumpe, sygeplejeartikler og øvrigt udstyr til IV-behandlingen. Efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling administrerer kommunen den videre IV-behandling. Hospitalet har behandlingsansvaret under IV-behandlingsforløbet

<sup>1</sup> Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden, Region Hovedstaden. 2021

(<https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Rapport%20-%20IV%20Behandling%20-%20Sundhedsaftalen%20-.pdf>)

og står til rådighed døgnet rundt for spørgsmål vedrørende det igangværende IV-forløb. Der er mellem parterne aftalt en digital kommunikation via MedCom-standarderne omkring borgerens forløb.

Aftalen trådte i kraft d. 4. oktober 2021, og siden da har aktiviteten været monitoreret tæt. Sundhedssamarbejdsudvalget har i efteråret 2023 nedsat en tværsektoriel implementeringsgruppe, som har fået til opgave at understøtte implementering, monitorering og evaluering af aftalen i Region Hovedstaden. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) har stået i spidsen for gennemførelse af evalueringen i tæt samarbejde med Center for Økonomi (CØK) og Center for Sundhed (CSU). Evalueringen af aftalen er foretaget i foråret og sommeren 2024.

## 3 Formål

Det overordnede formål med evaluering af IV-aftalen er at følge op på anvendelse af aftalen, den brugeroplevede kvalitet og endelig at afdække incitament og barrierer for anvendelse af aftalen. Evalueringen vil dels være baseret på den løbende monitorering, der er foregået og dels på nye data, som er indsamlet i forbindelse med evalueringen.

På den baggrund tjener evalueringen følgende konkrete formål:

- Afdække anvendelse af aftalen, herunder
  - aktivitet; antal forløb
  - typer og hyppighed af behandling
  - længden af forløb
  - tidsforbrug pr. behandlingsgang
  - aldersfordeling af borgere der modtager IV-behandling i kommunalt regi
- Afdække den brugeroplevede kvalitet
  - blandt borgere/patienter
  - blandt sundhedsprofessionelle i kommuner og på hospitaler
- Afdække incitament og barrierer for anvendelse af aftalen
  - blandt sundhedsprofessionelle i kommuner og på hospitaler
  - fra implementeringsgruppen.

Resultaterne fra evalueringen vil munde ud i opsummerende hovedbudskaber, som man med fordel kan arbejde videre med i det fremadrettede arbejde med implementering af IV-aftalen i Region Hovedstaden.

## 4 Design og metode

Til at evaluere aftalen om IV-behandling i kommunalt regi er der anvendt både kvantitative og kvalitative metoder. Valg af evalueringsdesign og datamateriale er besluttet i samarbejde med implementeringsgruppen for IV-aftalen i Region Hovedstaden. Evalueringen er baseret på følgende dataindsamlingsmetoder:



Data om aktivitet og karakteristik af IV-forløb fra Region Hovedstaden samt data baseret på fakturering fra kommunerne



Interviews med borgere omfattet af IV-aftalen  
Interviews med sundhedsprofessionelle fra kommunal sygepleje og hospitaler  
Gruppeinterview med repræsentanter fra implementeringsgruppen



Tidsstudie om sundhedsprofessionelles anvendte tid pr. IV-behandling i kommunalt regi

Forud for dataindsamlingen blev der nedsat en følgegruppe bestående af henholdsvis tre repræsentanter fra regionen og to fra kommuner. Disse repræsentanter er på forskellig vis i berøring med IV-aftalen til hverdag. Fire af repræsentanterne er også medlemmer af implementeringsgruppen og har således kunne bringe viden og erfaring fra arbejdet i implementeringsgruppen med ind i følgegruppen. Følgegruppen har bistået med sparring omkring udvikling af interviewguides og tidsregistreringsskema. Derudover har gruppen bidraget med sparring og kvalificering af nærværende evalueringsrapport.

I det følgende beskrives de anvendte dataindsamlingsmetoder, samt hvilken viden hver metode bidrager med. I rapporten anvendes begreberne borger og patient. 'Patient' anvendes primært i hospitalsregi, og når generelle termer såsom patient-sikkerhed og patientforløb benyttes, og ellers anvendes 'borger'.

### 4.1 Dataudtræk fra Sundhedsplatformen vedrørende aktivitet og økonomi

For at skabe et godt grundlag for planlægning, evaluering og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet omkring IV-aftalen, blev det besluttet, at IV-aftalen skulle monitoreres<sup>2</sup>. Der er derfor blevet udvalgt og målt på en række indikatorer registreret i Sundhedsplatformen (SP). Det skal bemærkes, at data fra SP er behæftet med usikkerhed grundet mangelfuld registreringspraksis, og bør derfor tolkes med forbehold.

Følgende data er udtrukket fra SP i juni 2024 for perioden januar 2022 til maj 2024:

- Antal borgere med afsluttede og ikke afsluttede IV-forløb
- Antal borgere i IV-behandling fordelt på henholdsvis hospitaler, der har startet behandlingerne og kommuner, der har overtaget behandlingerne
- Andel borgere med opstartet IV-behandlingsforløb fordelt på alder

<sup>2</sup>Aftale om registrering, afregning og monitorering vedrørende intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden, d. 21. december 2021.

- Antal IV-behandlingsforløb fordelt på type IV-behandling
- Antal IV-behandlingsforløb fordelt på antal daglige behandlinger
- Antal IV-behandlingsforløb fordelt på antal dage i behandling
- Antal og andel IV-behandlingsforløb, hvor kommuner har afvist at overtage IV-behandlingen
- Antal IV-behandlingsforløb, hvor der ikke er registreret fakturering fordelt på kommuner.

## 4.2 Afregning mellem kommuner og regionen

For at understøtte data fra SP angående antallet af afsluttede IV-forløb er der suppleret med kommunale data fra fremsendte fakturaer. Der er dog udfordringer ved at anvende fakturaer og afregning som datakilde. For det første er der en forsinkelse i fremsendelsen af fakturaer. Der er flere kommuner, som endnu ikke har fremsendt fakturaer til regionen på trods af, at der, ifølge SP, har været IV-forløb. Derudover er det ikke muligt at aflæse på fakturaen hvilket hospital, der har igangsat behandlingen. Endelig er der via stikprøvekontroller fundet fejl i en del fakturaer. Data angående afregning skal derfor tilgås med det forbehold, at datakvaliteten generelt set ikke er tilfredsstillende. Der arbejdes på at udbedre dette.

## 4.3 Interviews med sundhedsprofessionelle fra kommunal sygepleje og hospitaler

Der er foretaget kvalitative interviews med sundhedsprofessionelle fra den kommunale sygepleje og hospitaler for at opnå viden om, hvordan aftalen anvendes i praksis samt for at afdække de sundhedsprofessionelles oplevelser med aftalen. Interviewundersøgelsen blev gennemført i perioden fra d. 23. maj til d. 28. juni 2024.

Rekruttering af informanter fra kommuner skete via kommunale kontaktpersoner leveret gennem Kommune Kontaktrådet (KKR). I alt deltog 12 sygeplejersker fra den kommunale sygepleje. Informanterne kom fra Ballerup Kommune, Fredensborg Kommune, Helsingør Kommune, Høje Taastrup Kommune og Københavns Kommune. Blandt de 12 kommunale informanter kom otte fra et akutteam og fire fra hjemmesygeplejen. Blandt informanterne fra akutteams var sygeplejersker, som varetager IV-behandling i flere kommuner, hvorfor praksis i Albertslund, Glostrup, Vallensbæk, Herlev og Furesø Kommune også er repræsenteret. På denne måde er praksis for IV-behandling af borgere i kommunalt regi repræsenteret for i alt ti kommuner.

Rekruttering af informanter fra hospitaler skete via CSU, og i alt deltog ti sundhedsprofessionelle fra hospitaler; tre læger og syv sygeplejersker. Informanterne fra hospitaler kom fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Nordsjællands Hospital, Amager og Hvidovre Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital. Fem informanter kom fra Lunge- og Infektionsmedicinske Afdelinger, to fra Ortopædkirurgisk Afdeling, én fra Kardiologisk, Nefrologisk og Endokrinologisk Afdeling, én fra Medicinsk Afdeling og én fra Akutmodtagelsen.

Interviewene med sundhedsprofessionelle var baseret på semistrukturerede interviewguides med det formål at få viden om:

- anvendelse og organisering af aftalen
- udbytte og oplevelse af det tværsektorielle samarbejde
- barrierer og ressourcer for anvendelse af aftalen
- aftalens indvirkning på behandlingskvalitet og sammenhæng i patientforløb.

15 interviews blev afholdt fysisk og syv via telefon eller online på Teams. Interviewene varede 20-30 minutter, blev optaget på diktafon og efterfølgende meningstransskribet.

## 4.4 Interviews med borgere

For at forstå, hvilken betydning det har for borgere at kunne modtage IV-behandling uden for hospitalet, blev der gennemført kvalitative interviews med borgere, som har modtaget IV-behandling i kommunalt regi. Informanterne blev rekrutteret via de kommunale kontaktpersoner eller sundhedsprofessionelle, som havde kendskab til relevante borgere. I alt blev syv borgere interviewet i perioden fra d. 16. maj til d. 1. juli 2024. Alle interviews var baseret på en semistruktureret interviewguide og blev afholdt enten fysisk (n=2) eller via telefon (n=5) afhængigt af borgernes præferencer og muligheder. Interviewenes længde var 15-30 minutter, blev optaget på diktafon og efterfølgende meningstranskriberet.

Formålet med interviewene var at opnå viden om borgernes oplevelser af:

- tryghed ved sektorovergang og IV-behandling i kommunalt regi
- beslutningsprocessen i forhold til tilbud om IV-behandling i kommunalt regi
- behandlingskvalitet ved IV-behandling i kommunalt regi
- fordele og udfordringer ved IV-behandling i kommunalt regi.

## 4.5 Gruppeinterview med repræsentanter fra implementeringsgruppen

Der er foretaget ét gruppeinterview med fire repræsentanter fra implementeringsgruppen med det formål at få perspektiver fra de personer, som har været helt tæt på både udviklings- og implementeringsprocessen for aftalen på tværs af sundhedsklynger i regionen. Medlemmerne af implementeringsgruppen har overvejende sundhedsfaglige baggrunde og besidder indgående viden om aftalens betydning i praksis og om det arbejde, der er udført for at få aftalen i drift. Informanterne, som skulle medvirke i interviewet, blev udpeget af formandskabet (som er delt mellem hospital og kommuner). Interviewet blev afholdt online, varede 60 minutter, blev optaget på diktafon og meningstranskriberet.

Formålet med gruppeinterviewet var at opnå viden om repræsentanternes syn på:

- udfordringer og facilitatorer for implementeringen og anvendelse af aftalen
- modtagelse og anvendelse af aftalen blandt sundhedsprofessionelle
- aftalens nuværende implementeringsniveau
- forbedringsforslag og læringspunkter fra implementeringsprocessen.

I Tabel 1 ses en opsummering af antal udførte interviews:

**Tabel 1.** Oversigt over antal udførte interviews.

Informanter	Borgere	Kommunale sygeplejersker		Sygeplejersker på hospitalet	Læger på hospitalet	Implementeringsgruppe	I alt
		Akutteam	Hjemmesygepleje				
Udførte interviews	7	8	4	7	3	1	28

Interviewguides kan rekvireres ved henvendelse til rapportens forfattere.

## 4.6 Tidsstudie af kommunale sundhedsprofessionelles anvendte tid pr. IV-behandling

For at få viden om, hvor meget tid der anvendes pr. IV-behandling i kommunalt regi, er der gennemført et tidsstudie i ni kommuner på tværs af fire sundhedsklynger. I den forbindelse blev der udarbejdet et tidsregistreringsskema (se Bilag 1). Kommunale sygeplejersker, der varetager IV-behandling hos borgere i kommunalt regi, har over en periode på en til to måneder udfyldt tidsregistreringsskemaet ved besøg hos borgere, hvor der er givet IV-behandling. Da mange borgere modtager IV-behandling flere gange i døgnnet, er registreringerne ikke udtryk for antal af borgere i IV-behandling, men alene den tid, der anvendes på hver enkelt behandlingsgang, inklusiv tid hos borger, transport, dokumentation og registrering samt eventuel kommunikation med udskrivende afdeling.

Tidsstudiet blev gennemført i perioden fra d. 8. maj til d. 19. august 2024 i ni kommuner (Tabel 2).

**Tabel 2.** Oversigt over kommuner, som har deltaget i tidsstudiet.

Klynge	Nord	Midt	Syd	Byen
Kommune	Fredensborg Helsingør	Ballerup Herlev	Albertslund Glostrup Høje-Taastrup Vallensbæk	København

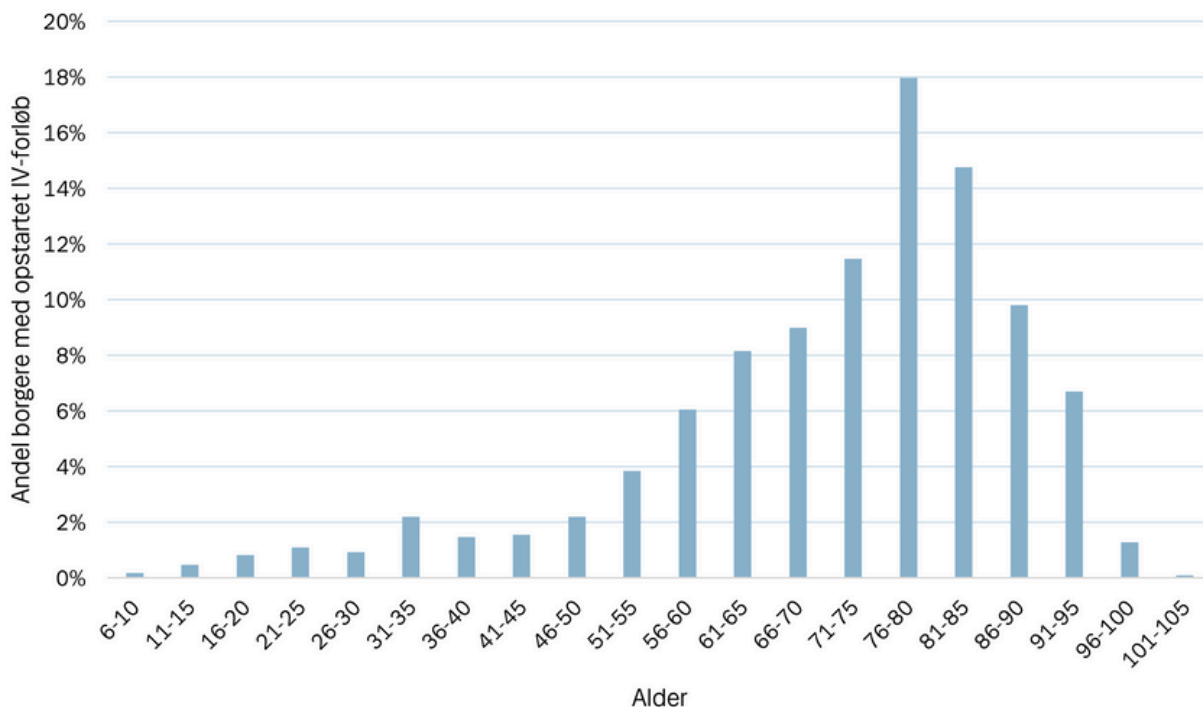
Kontaktpersoner i de udvalgte kommuner har udpeget relevante sygeplejersker til at udfylde tidsregistreringen. Antallet af registreringer i hver kommune varierer i forhold til kommunernes størrelse, ressourcer og antal borgere i IV-behandling.

## 5 Resultater

I følgende afsnit præsenteres evalueringens resultater baseret på analyser af de indsamlede data beskrevet ovenfor. Først beskrives karakteristika af borgere omfattet af aftalen og deres IV-behandlingsforløb. Herefter følger resultater om borgernes perspektiver på aftalen, efterfulgt af de sundhedsprofessionelles erfaringer med at anvende aftalen i praksis. Endeligt opsummeres incitamenter og barrierer for anvendelsen af aftalen.

### 5.1 Karakteristik af borgere omfattet af aftalen og deres IV-behandlingsforløb

Informationer fra borgerinterviews og data fra SP kan tilsammen beskrive karakteristika af borgere, der modtager IV-behandling i kommunalt regi samt belyse fordelingen af behandlingstyper og længde på forløb.



**Figur 1.** Andel borgere, der har opstartet et IV-behandlingsforløb i kommunalt regi, fordelt på aldersintervaller (feb. 2022 – maj 2024).

Det fremgår af Figur 1, at 71% af borgerne, der modtog IV-behandling i kommunalt regi fra februar 2022 til maj 2024, var over 65 år, og at størstedelen (33%) var mellem 76 og 85 år. Det fremgår dermed også, at 29% af borgerne, der fik IV-behandling, var 65 år eller derunder, og det må formodes, at en stor andel af disse borgere er erhvervsaktive. De syv interviewede borgere fordeler sig på fem kvinder og to mænd i alderen 44 til 83 år. Fire borgere bor med en partner eller ven, mens tre borgere bor alene. En borger er i arbejde, mens de resterende er pensionerede.

Borgere, der egner sig til at få IV-behandling i kommunalt regi, beskrives overordnet af sundhedsprofessionelle som stabile og selvhjulpne, og med et bredt aldersspænd, dog hovedsageligt ældre:

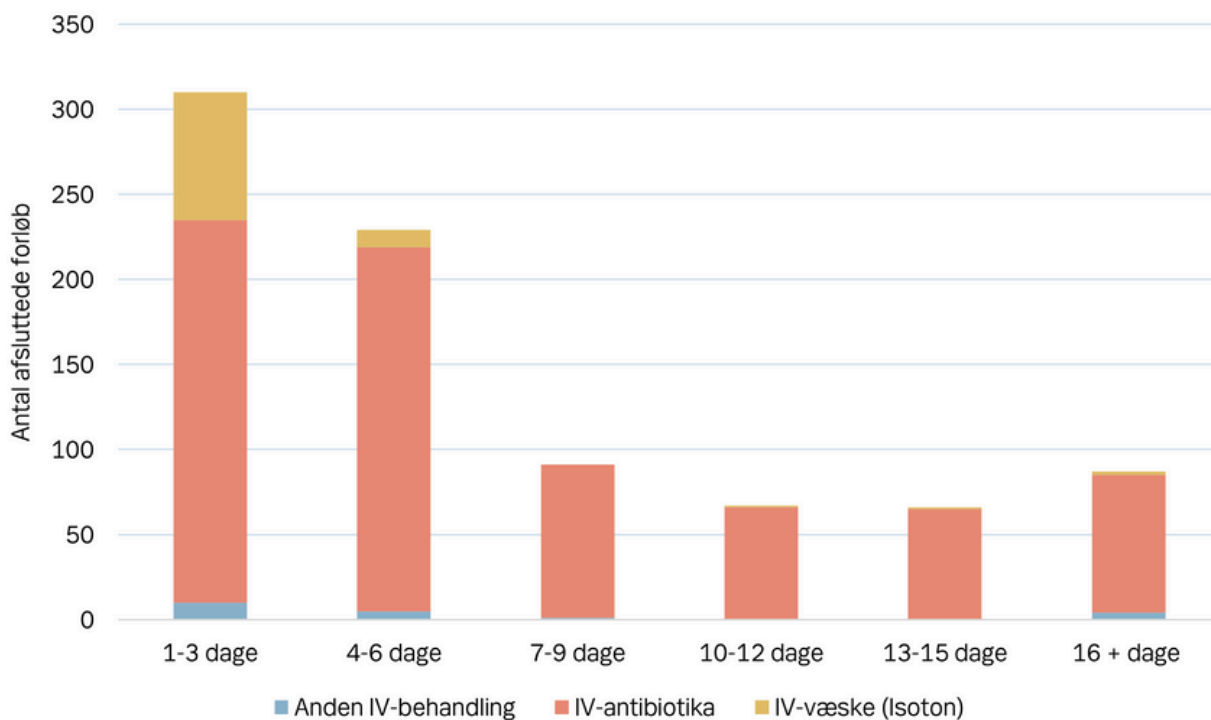


Det er jo infektioner i forbindelse med, at de har fået lavet en protese, altså et nyt knæ, ny hofte eller patienter, som er amputerede. Og de kan godt være lidt yngre patienter, men det kan også være den 87-årige dame eller mand. Så aldersmæssigt spænder vi faktisk vidt.

- Hospitalssygeplejerske

To ud af syv interviewede borgere havde afsluttet deres IV-behandling få dage, før interviewet fandt sted. En enkelt borger havde modtaget IV-behandlingen ca. et år forud for interviewet. De resterende borgere havde modtaget IV-behandling i hjemmet mellem nogle uger og seks måneder inden interviewet.

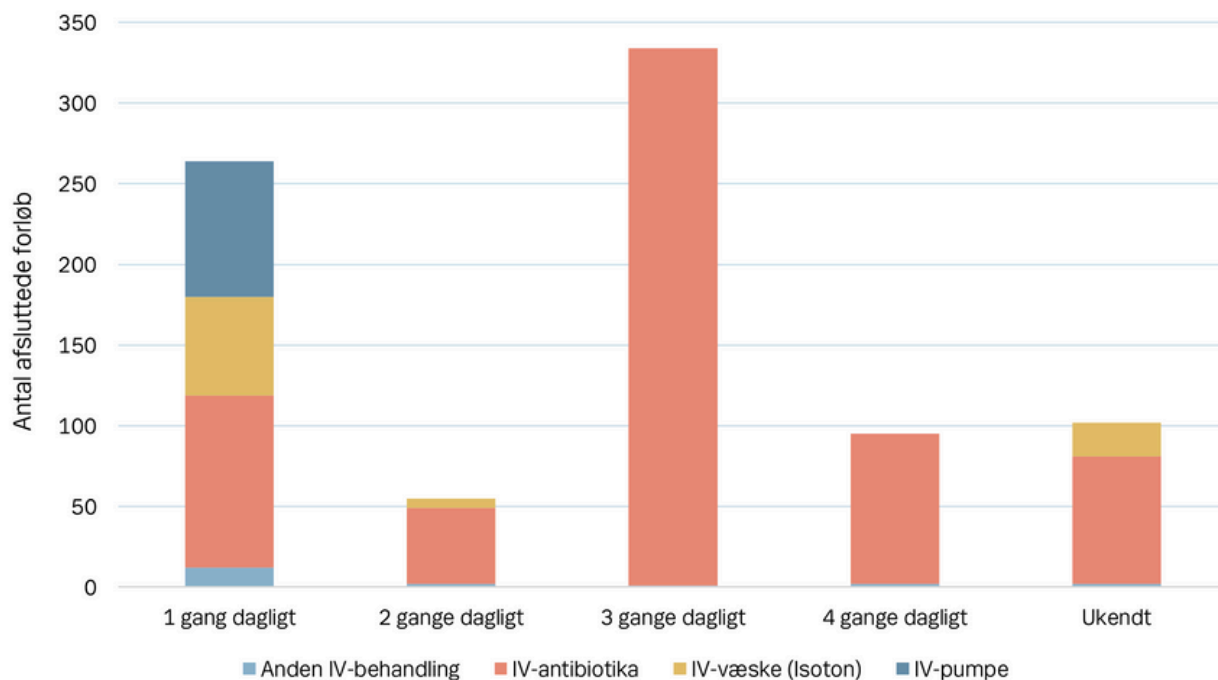
Alle interviewede borgere modtog IV-behandlingen i eget hjem og størstedelen efter længere hospitalsindlæggelser. Seks borgere modtog antibiotikabehandling mod infektioner, mens en borger modtog forebyggende antibiotika. I interviewene beskriver borgerne, at deres IV-behandlingsforløb i hjemmet varede mellem ti dage og to måneder. Dataudtræk fra SP viser dog, at størstedelen af borgere modtager IV-behandling i en periode mellem en til seks dage (se Figur 2).



Figur 2. Antal afsluttede IV-forløb i kommunalt regi fordelt på type og længde af IV-behandling (feb. 2022 – maj 2024).

Af Figur 2 fremgår det ligeledes, at der i langt størstedelen af IV-forløbene gives antibiotika, mens der i færre tilfælde anvendes isotone væsker. Endeligt anvendes anden IV-behandling i sjældne tilfælde.

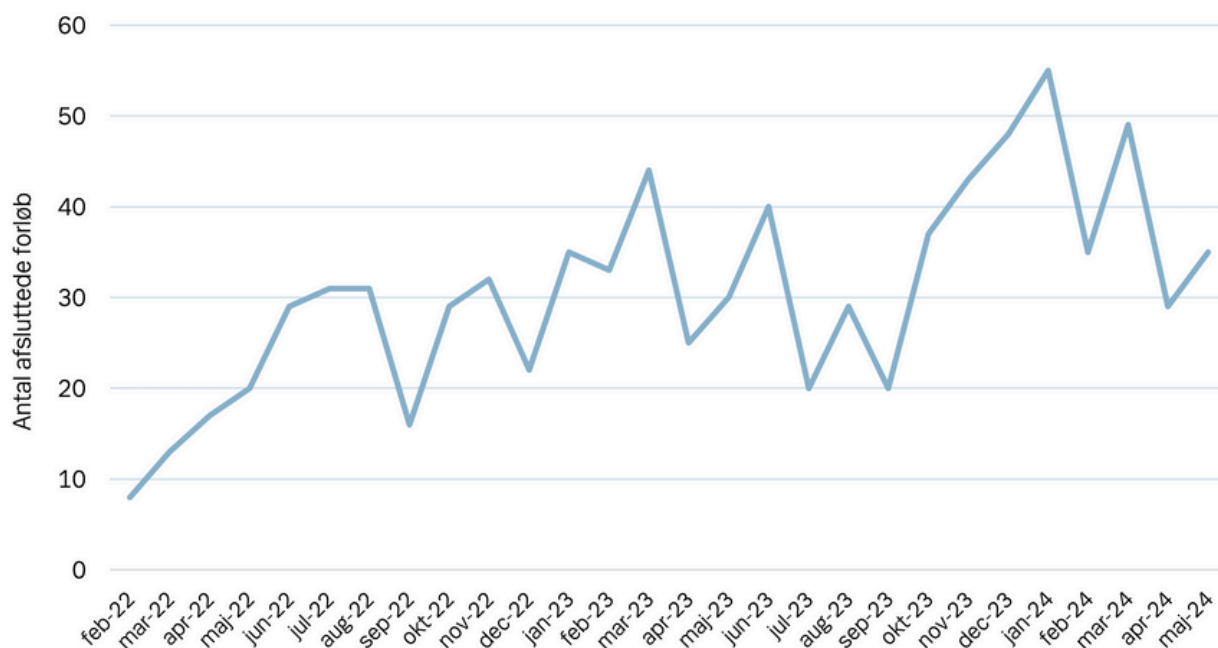
Fem af de interviewede borgere modtog IV-behandling en gang i døgnet, en borger modtog IV-behandling to gange i døgnet, og en borger modtog IV-behandling fire gange i døgnet. Data fra SP viser, at størstedelen af borgere i IV-behandling modtager behandlingen en eller tre gange i døgnet (se Figur 3).



**Figur 3.** Antal afsluttede IV-behandlingsforløb i kommunalt regi fordelt på type IV-behandling og antal daglige behandlinger (feb. 2022 - maj 2024).

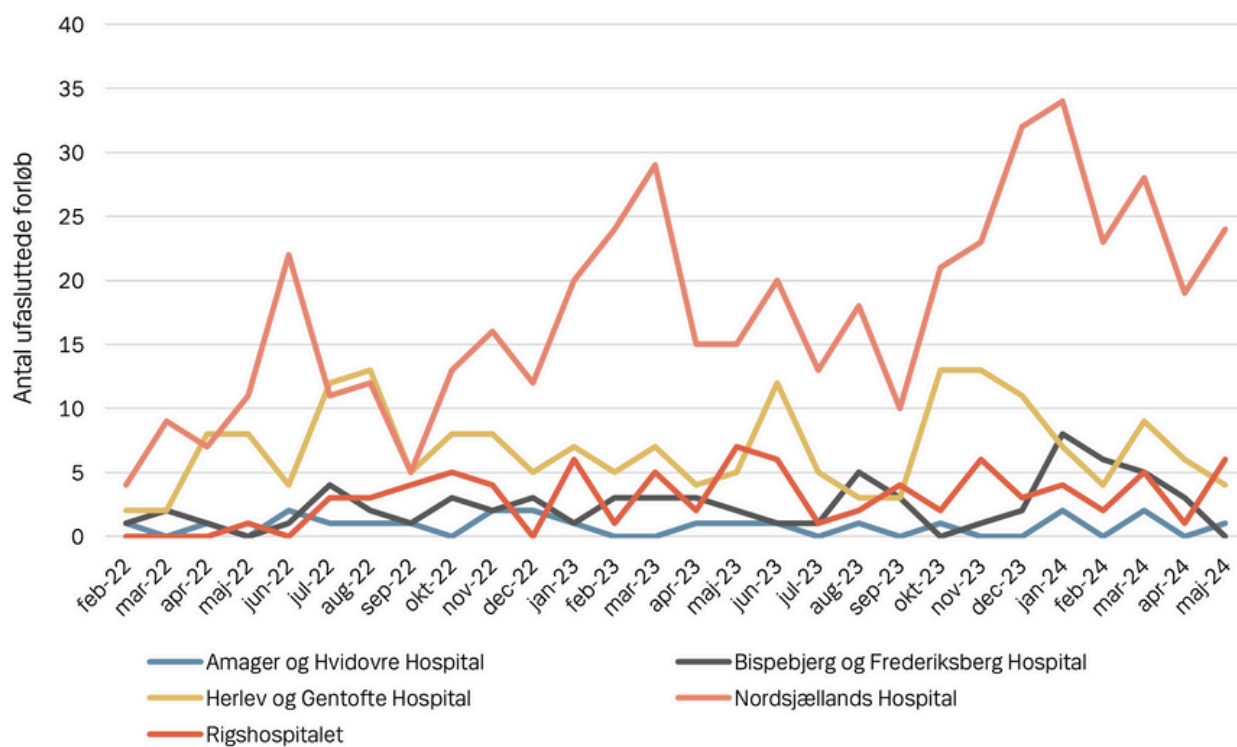
Figur 3 viser desuden en fordeling over anvendt IV-type og brugen af IV-pumpe. De kvalitative interviews med sundhedsprofessionelle giver indblik i, at brugen af IV-pumpe er mindre udbredt end normal IV-infusion. På tidspunktet for indsamling af data fandtes der kun mulighed for IV-pumper med Piperacillin/Tazobactam, som er bredspektret. Fra d. 1. juni 2024 har det dog været muligt også at behandle med Benzylpenicillin, der er smalspektret, via IV-pumpe.

Data fra SP viser en stigning i det samlede antal afsluttede IV-behandlingsforløb i perioden februar 2022 til maj 2024 i Region Hovedstaden (se Figur 4).



**Figur 4.** Udvikling i samlet antal afsluttede IV-behandlingsforløb i kommunalt regi i Region Hovedstaden registreret i SP (feb. 2022 - maj 2024).

Figuren nedenfor viser, at der er betydelige forskelle i antallet af afsluttede IV-forløb på tværs af hospitaler (Figur 5). Data bag Figur 5 ses i Bilag 2, Tabel 7.

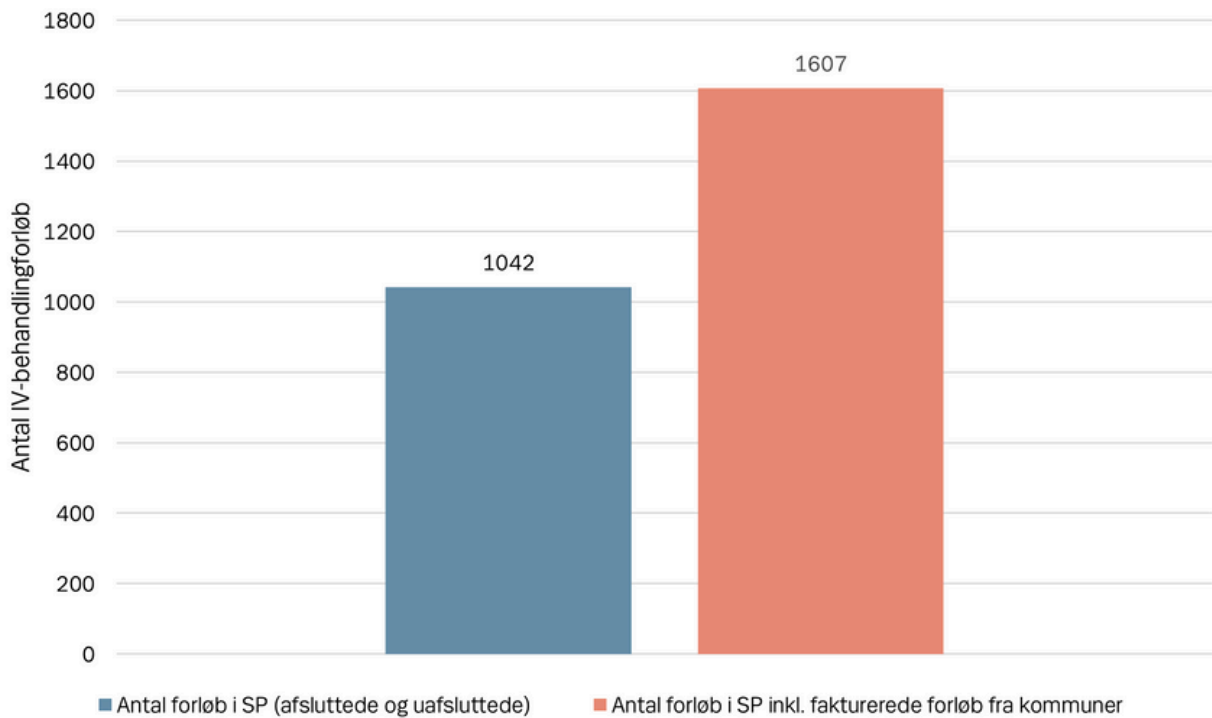


Figur 5. Antal afsluttede IV-behandlingsforløb i SP fordelt på hospitaler (feb. 2022 - maj 2024).

Ud fra data fra SP ses det, at Nordsjællands Hospital har det højeste antal afsluttede forløb for perioden. Erfaringerne fra interviewene viser, at samarbejdet mellem kommunerne og Nordsjællands Hospital, som blandt andet foregår gennem det Tværsektorielle Team, fungerer særligt godt, hvilket må antages at bidrage til effektiv henvisning og visitering af borgere til IV-behandling i kommunalt regi. På trods af, at Nordsjællands Hospital har sat arbejdet med at henvise patienter til IV-behandling i system, og gør det oftere end andre hospitaler, påpeger sundhedsprofessionelle derfra, at det stadig er en tidskrævende praksis med mange involverede parter.

Amager og Hvidovre Hospital har ifølge SP-data det laveste antal afsluttede forløb. Sundhedsprofessionelle fra disse hospitaler og tilstødende kommuner beskriver i interviewene, at flytningen af Glostrups medicinske afdelinger til Hvidovre Hospital kan have bremset henvisning af borgere til IV-behandling i hjemmet.

Data fra SP viser, at der er relativt få registreringer af borgere med et IV-forløb. Faktureringsdata fra kommunerne viser dog, at der er et mørketal i de registrerede IV-forløb i SP. Totalen af afsluttede og uafsluttede forløb for perioden januar 2022 til maj 2024 giver i alt 1042 antal registrerede IV-behandlingsforløb i SP. Når data fra SP suppleres med data fra faktureringer af IV-forløb fra kommunerne, viser det sig, at der har været 1607 forløb i samme periode (se Figur 6).



**Figur 6.** Antal IV-behandlingsforløb i alt fordelt på data fra SP (afsluttede og uafsluttede) og faktureringsdata (fakturerede og ikke fakturerede forløb) (feb. 2022 - maj 2024).

Der skal tages forbehold for, at der også ses fejl i faktureringsdata, og der arbejdes løbende på at kvalitetssikre det.

Det fremgår af aftaledokumentet 'Aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden' fra 2021, at det var forventningen, at der i Region Hovedstaden ville være ca. 5.700 årlige IV-behandlingsforløb i kommunalt regi, når aftalen var fuldt implementeret. Ifølge faktureringsdata har der været 1607 forløb på 2,5 år. Der er altså en væsentlig forskel mellem det forventede årlige antal IV-behandlingsforløb og det faktiske antal forløb.

## 5.2 Borgernes oplevelser af at modtage IV-behandling i hjemmet

Helt overordnet beskriver alle de interviewede borgere, at de er meget tilfredse med at have modtaget IV-behandling i eget hjem.

Af interviewene fremgår det, at borgerne får besked fra hospitalslægen om, at de skal udskrives til IV-behandling i hjemmet eller andet kommunalt regi, og at de oftest ikke inddrages i denne beslutningsproces. Dog vil borgerne som regel meget gerne hjem, da de ofte har været indlagt på hospitalet i en længere periode, inden de vurderes egnede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi:



Det var noget, som 'nu skal du hjem', men jeg var også med på det og synes, at det var en god idé. Jeg var med på at prøve det. Det var ikke noget, jeg var tvunget til, eller der var mod min vilje.

- Borger 6, mand

To informanter spurgte selv hospitalspersonalet, om ikke det var muligt at komme hjem. En borger udtaler:

” Da jeg [på hospitalet] fik at vide, at nu skulle jeg på endnu en antibiotikakur i så og så mange dage, så var jeg ved at bryde helt sammen, for jeg orkede det ikke. Nu havde jeg ligget så meget på hospitalet. Så jeg magtede ikke mere at ligge på hospitalet. Jeg spurgte, “Er der ikke mulighed for at få det hjemme?”. Så gik de [hospitalet] i gang med at undersøge det (...) Jeg syntes, det var fantastisk. Jeg blev udskrevet onsdagen over middag, og kl. 18-18.30 står der en sygeplejerske herude klar til at give mig medicin. Det, syntes jeg, var storartet.  
- Borger 5, kvinde

Flere af borgerne beskriver, at det er positivt at komme hjem i trygge rammer med mulighed for at sove i egen seng og spise den mad, de gerne vil. Flere borgere beskriver ligeledes, hvordan det at modtage IV-behandlingen uden for hospitalet gør, at de føler sig mindre syge, samt at det er positivt, at de undgår at blive smittet med hospitalsinfektioner. En borger beskriver, hvordan behandlingen derhjemme muliggør at opretholde en normal dagligdag:

” Jeg kunne gå i haven, tage på planteskole. (...) Det er jo, at jeg kan føre et normalt liv. Det er det, der er det væsentlige. At jeg kan føre et normalt liv frem for at ligge i en sygeseng for at få to sprøjter om dagen.  
- Borger 4, kvinde

Denne beskrivelse af at kunne bevare en normal hverdag afhænger dog af, hvor mange gange om dagen, borgeren skal modtage IV-behandling. Jo flere gange en borger skal have behandling dagligt, desto større indgriben i hverdagen udgør behandlingen. En borger, som modtog IV-behandling fire gange i døgnet, beskriver det således:

” Hmm, det er næsten som at blive indlagt. Forstår du, at man næsten venter på næste sygeplejerske. Selvfølgelig gik jeg ud på café, men det er lidt som at være indlagt. Jeg gør, hvad jeg plejer at gøre, men det er lidt sådan, at man venter på næste gang med næste sygeplejerske. (...) Selvom man kan opfatte det som at være indlagt, så er det bedre at være i sit hjem end indlagt på hospitalet. Jeg synes, det er en god mulighed.  
- Borger 6, mand

Idet alle interviewede borgere havde modtaget IV-behandling i eget hjem, fremgår erfaringer med at modtage IV-behandling øvrige steder, på eksempelvis sygeplejeklinikker, ikke af denne evaluering.

De adspurgte borgere er generelt tilfredse med den behandling, der blev udført i hjemmet. Nogle har haft oplevelsen af, at der er mere tid til behandlingen i hjemmet sammenlignet med på hospitalet, hvor de oplever, at de sundhedsprofessionelle typisk har mere travlt:

” Jeg har følt mig meget, meget tryk [ved at få behandlingen derhjemme]. For man kan sige, at der var mere ro, ikke? For oppe op på hospitalet kommer de jo bare og sætter den der ind, og så skal man ligge der i 20-30 minutter. Men nogle gange kunne man ligge der i 1,5 time med den stang [dropstativ], du ved. (...) Fordi de ikke havde tid til at komme og løsne det fra den. Så derfor synes jeg, det var meget mere behageligt at komme hjem.  
- Borger 1, kvinde

Borgerne oplevede at være blevet informerede omkring længden af deres behandlingsforløb, og var som regel klar over, at hospitalet havde behandlingsansvaret for dem i den periode, de modtog IV-behandling i hjemmet.

Generelt følte de, at det var trygt, og at der var styr på tingene. Dog er der også borgere, der beskriver, at det kan være forvirrende med de mange forskellige sygeplejersker, som kommer i hjemmet for at udføre IV-behandlingen, og at det kan opleves utrygt, hvis de får fornemmelsen af, at den sundhedsprofessionelle udviser usikkerhed i forhold til at skulle udføre behandlingen:

” Jeg var lidt sådan, uden at være for kritisk, så var det noget nyt for sygeplejerskerne. De sagde, det var noget nyt for dem. De skulle lære at gøre det. Det var lidt utrygt. Selvfølgelig fik jeg medicinen, men det var lidt bøvet. Jeg synes, de skal få et kursus i, hvordan de skal gøre. Det er ligesom, at de ikke har kendskab nok til det. Som om de ikke kendte til systemet for at blande medicinen. De gjorde det lidt forskelligt.  
- Borger 6, mand

Alt i alt oplever borgerne muligheden for at modtage IV-behandling i hjemmet meget positivt, de foretrækker at være hjemme fremfor at være indlagt, og de føler sig trygge ved at modtage behandlingen uden for hospitalet.

### 5.3 Sundhedsprofessionelles overordnede oplevelser af aftalen

Stort set alle interviewede sundhedsprofessionelle fra både hospitaler og kommuner udtrykker en positiv holdning til IV-aftalen og synes, den er meningsfuld. Særligt lægger de sundhedsprofessionelle vægt på den værdi, de oplever, at aftalen har for borgerne:

” Borgerne er meget glade for det, er min umiddelbare oplevelse. De synes, det er rart at komme hjem og få den her frihed og få sovet ordentligt og få den mad, de gerne vil have. Og at de ikke føler sig syge mere. De kommer lidt ud af den patientrolle.  
- Kommunal sygeplejerske i akutteam

Blandt positive effekter af IV-aftalen fremhæves, at borgernes funktionsniveau ofte forbedres, når de kommer hjem, da der er bedre muligheder for at bevæge sig rundt i hjemmet end på hospitalet, at de ikke optager en sengeplads på hospitalet blot for at skulle modtage IV-behandling et par gange om dagen, og at risikoen for hospitalserhvervede infektioner reduceres. Disse positive effekter nævnes også i interviewet med repræsentanterne for implementeringsgruppen, der ligeledes vurderer, at aftalen opleves som meningsfuld blandt sundhedsprofessionelle i begge sektorer, at borgerne ønsker at komme hjem, og at det også er sundhedsfagligt bedst for patienten at komme hjem. Ydermere fremhæver repræsentanter fra implementeringsgruppen, at det, for de meget syge borgere, er værdifuldt, at de kan få mulighed for at tilbringe deres sidste tid i eget hjem fremfor på hospitalet.

Udover at IV-aftalen opleves som positiv for borgerne, nævner flere sundhedsprofessionelle, at de anser det som en fordel, at der er en skriftlig aftale mellem sektorerne, der klart definerer deres respektive ansvarsområder på tværs af sektorer:

” Fordelen er, at der er en skrevet aftale, som gælder begge lejre. Vi har på papir, at det er det her, vi skal kunne sammen for at hjælpe denne her patient.  
- Hospitalslæge

” Meget positivt. Jeg synes, at de tværsektorielle aftaler er nødvendige for at rammesætte ansvaret og skabe det trygge forløb på tværs af sektorer, og så vi også har noget af forholde os til i forhold til ansvar. Så mere af det.  
- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

Alle de adspurgte sundhedsprofessionelle synes, det giver mening, at hospitalet har behandlingsansvaret i den periode, IV-behandlingen finder sted i kommunalt regi:

” Det synes jeg er korrekt. Trygt, korrekt og den måde, det bør være.  
- Hospitalslæge

” Det tænker jeg er rigtig fint. Hvis det skal til at være egen læge, det tror jeg vil være svært. Det er godt, at det er dem, der har igangsat behandling, som afslutter det.  
- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

Flere kommunale sygeplejersker fortæller i interviewene, at de synes, det er en spændende opgave at give IV-behandling til borgere i kommunalt regi. Dette understøttes også af repræsentanter for implementeringsgruppen. Det er en opgave, som kræver, at kommunale sygeplejersker opbygger og/eller vedligeholder sygeplejefaglige kompetencer, hvor de "holder sig i gang":

” Det øger faglighed i kommunerne, at nogle af de svære opgaver også kan klares i kommunerne.  
- Kommunal sygeplejerske i akutteam

Til trods for de mange positive holdninger til aftalen, er der også udfordringer forbundet hermed. Disse udfordringer, samt sundhedsprofessionelles øvrige oplevelser med anvendelsen af IV-aftalen, beskrives i de følgende afsnit.

## 5.4 Identifikation af målgruppe, henvisning og overdragelse til kommunalt regi

### 5.4.1 Kriterier for identifikation af målgruppe

På tværs af interviews med hospitalspersonale går det igen, at sygeplejersker forsøger at gøre lægerne opmærksomme på hvilke patienter, der kunne være egnede til at få IV-behandling i kommunalt regi. I nogle specialer afholdes tavlemøder eller konferencer, hvor personalet dagligt eller ugentlig vurderer, hvilke patienter der kunne være egnede. Der er dog en række kriterier, der skal være på plads, før hospitalspersonalet kan vurdere, om en patient er egnet til at være omfattet af aftalen.

Erfaringerne fra interviewene viser, at hvis patienten skal have antibiotikabehandling, skal det sikres, at præparatet kan leveres færdigblandet eller blive blandet i et lukket system<sup>3</sup> i kommunen, da kommunen ikke har mulighed for at blande infusionsvæsken ude hos borgeren.

Nogle hospitalsafdelinger henviser ugentligt en patient til IV-behandling i kommunalt regi, mens andre fortæller, at det er flere måneder siden, at de sidst har anvendt IV-aftalen. Generelt påpeger flere hospitalsansatte, at de sjældent henviser patienter til IV-behandling i kommunalt regi. Dette skyldes både, at der kan være få patienter, som lever op til henvisningskriterierne, at muligheden for at henvise patienter bliver glemt eller ikke prioriteret i en travl hverdag men også, at det opfattes som besværligt og tidskrævende at henvise patienter til IV-behandling i kommunalt regi. Både repræsentanter for implementeringsgruppen og alle de adspurgte sundhedsprofessionelle på hospitaler fortæller, at der er en stor arbejdsbyrde forbundet med at henvise patienter til IV-behandling i kommunalt regi, hvor de skal ringe og koordinere med kommunen for at få en aftale på plads, registrere i SP og pakke utensilier:

<sup>3</sup> Et lukket system sikrer, dels at medicinen ikke kan slippe ud til omgivelserne og indåndes af personen, som blander den, og dels at risikoen for kontaminering af medicinen under blanding reduceres.

” Hvis jeg sagde, at vi skulle sende x antal hjem med hjemme-IV, kunne det godt udløse et lille suk. 'Puhh, har jeg nu tid til det?'.  
- Hospitalslæge

De sundhedsprofessionelle på hospitalerne giver udtryk for, at fordi de sjældent henviser patienter til IV-behandling i kommunalt regi, tager det tid at sætte sig ind i at gøre det hver gang, da henvisningsproceduren er en ny arbejdsgang, som ikke forekommer hyppigt nok til at være vanlig og give fortrolighed med proceduren. Nogle hospitalsafdelinger vurderer, at den arbejdsbyrde, der er forbundet med aftalen, først opvejes, hvis IV-behandlingsforløbet i kommunalt regi varer mindst en til to uger:

” Vi sætter ikke hele det her set-up i gang for for eksempel tre dages IV-behandling i eget hjem. Der er simpelthen for meget arbejde forbundet med at skulle sætte det hele i værk for så kort behandling. Vi har faktisk skrevet i vores instruks, at det skal være mindst syv dage. Det kan vi godt gå lidt på kompromis med, men det er vores tanke, at det skal være noget, der batter noget.  
- Hospitalssygeplejerske

Andre sundhedsprofessionelle vurderer, at hospitalet bør henvise egnede patienter uanset arbejdsbyrden:

” Der ligger dårlige patienter, der venter på at komme op [på sengeafsnittet], så vi kan ikke holde patienter, fordi det er en arbejdsbyrde.  
- Hospitalssygeplejerske

#### 5.4.2 Henvisning – accept eller afvisning fra kommunen

Fundene fra interviewene viser, at når en patient er vurderet egnet af den behandlingsansvarlige læge til at kunne modtage IV-behandling i kommunalt regi, kontaktes den pågældende kommune for at undersøge, om de kan varetage opgaven. Arbejdsgangen i forbindelse med at kontakte og koordinere med kommunen beskrives af flere sundhedsprofessionelle på hospitaler som forvirrende. Det har været op til den enkelte kommune at beslutte, hvor opgaven med IV-behandling skulle placeres. Som udgangspunkt skal hospitalet altid kontakte visitationen i kommunerne, men i nogle tilfælde kontakter de et akutteam direkte. Mens nogle kommuner har ét nummer, som hospitalerne skal ringe til for at koordinere IV-behandling, har andre kommuner flere numre. I både interviewet med repræsentanter fra implementeringsgruppen og i enkelte interviews med sundhedsprofessionelle fra hospitaler gives der udtryk for, at det kan opleves som uklart, besværligt og tidskrævende at finde ud af, hvem de skal kontakte for at få en aftale på plads med kommunen:

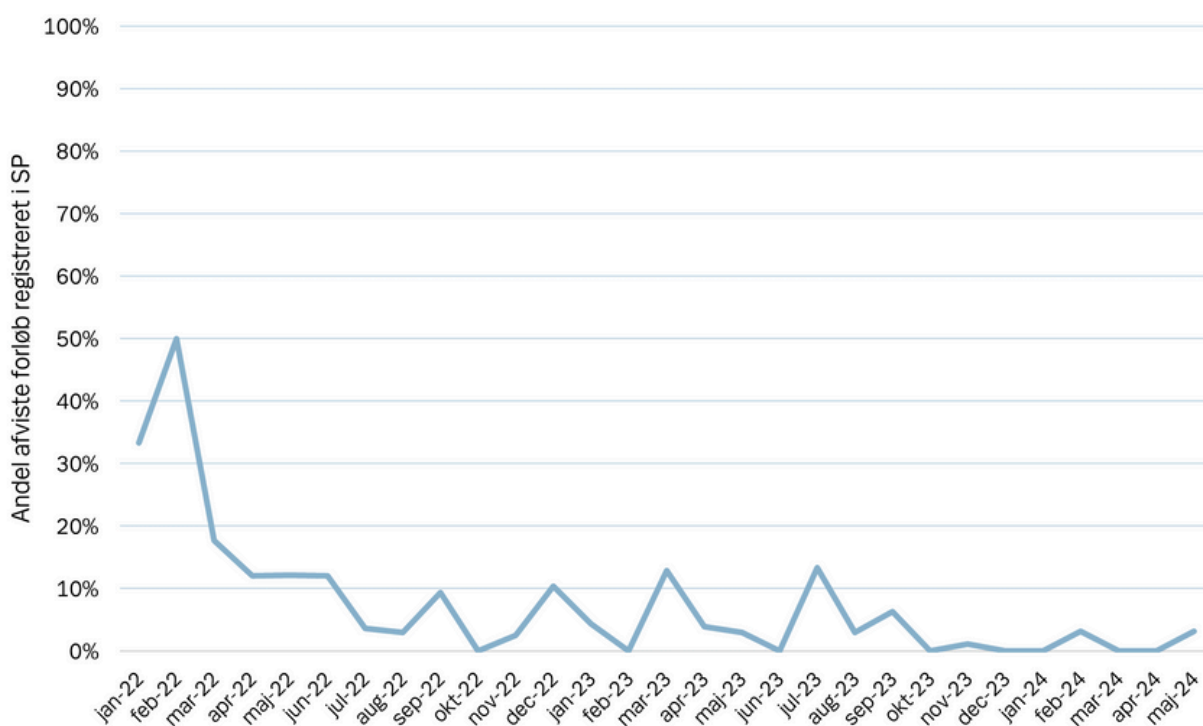
” Det er administrativt bøvlet. Tit er det bare lettere at lade være. Det, der er bøvlet, er for det første, at det kan være svært at få aftalen i hus med kommunerne, fordi de kan være udfordrede af forskellige årsager. Så er det noget med, hvem man skal ringe til. Der er fine retningslinjer, men i praksis er det ikke altid lige så simpelt, som det er på papiret. Der er noget med erfaring, eller vi er ikke rutinerede nok.  
- Hospitalslæge

Indsigter fra interviewene viser, at kommunerne oftest accepterer henvisninger om at varetage et IV-behandlingsforløb. Generelt udtrykker de, at det er en opgave, de ønsker og finder meningsfuld at varetage. I visse situationer er kommunerne dog nødt til at afvise en henvisning. Sundhedsprofessionelle fra hospitaler giver udtryk for, at der var flere afvisninger i starten af IV-aftalens implementering, men at henvisninger nu sjældent afvises:



Jeg tror, det handlede om, at man ikke ville have for mange, og så blev det lidt uoverskueligt. Men det er længe siden, jeg har oplevet, at nogle har sagt nej.  
- Hospitalssygeplejerske

Dette stemmer overens med nedenstående Figur 7, der viser udviklingen i andelen af afviste IV-forløb baseret på data fra SP (se data bag figuren i Bilag 2, Tabel 5, og fordelt på kommuner i Bilag 2, Tabel 6). Ud fra data, der var til rådighed, har det ikke været muligt at afgøre, hvad et afvist forløb registreret i SP præcist dækker over. Derfor er et afvist forløb i nærværende evalueringsrapport et forløb, hvor den sundhedsprofessionelle, som har forsøgt at igangsætte et IV-behandlingsforløb i kommunalt regi, har fortolket kommunens respons som et afvist forløb. Både fund fra interviewene og data fra SP viser et fald i andelen af afviste forløb fra starten af IV-aftalens implementering til nu.



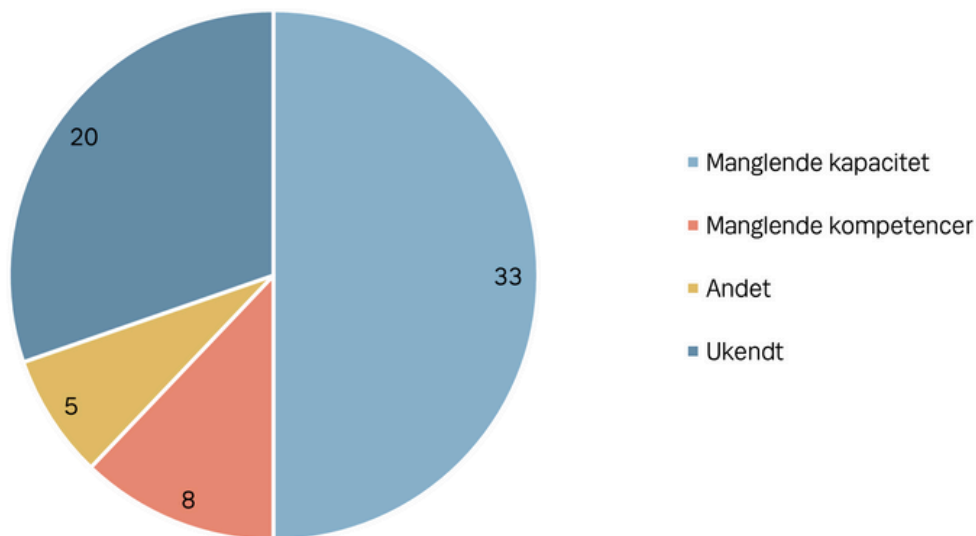
Figur 7. Andelen af afviste forløb registreret i SP (jan. 2022 - maj 2024).

Erfaringerne fra interviewene viser, at årsager til afvisning af IV-forløb primært er manglende kapacitet i kommunen til at kunne varetage borgerens IV-behandling:



En sjælden gang må vi afvise, hvis det for eksempel er særligt kompliceret, eller hvis vi har for mange. Hvis nu vi har én, hvor det er gange fire, og så har vi en anden én, hvor det er gange to eller tre, og vi er jo også et akutteam, så vi skal også have plads til akutte opgaver, og vi er kun én i aftenvagt og nogle gange kun én i dagvagt i weekenden. Vi skal også have tid til de akutte ting. Vi skal ikke være helt låst af IV-forløb. Så det er en balancegang hele tiden. Men det er ikke ofte [at vi afviser forløb].  
- Kommunal sygeplejerske i akutteam

Der er kun meget få registreringer af årsager til afviste forløb i SP (n=66), hvorfor resultatet skal fortolkes med forbehold. Nedenstående Figur 8 bekræfter fund fra interviewene om, at manglende kapacitet er registreret som hovedårsagen til afviste forløb.



Figur 8. Årsager til afviste forløb registreret i SP (n=66) (jan. 2022 - maj 2024).

Flere kommunale sygeplejersker fortæller, at de som udgangspunkt kan varetage et bestemt antal borgere ad gangen, der skal modtage IV-behandling i kommunalt regi, for eksempel to borgere ad gangen. Antallet af borgere med IV-behandling, der kan varetages af kommunen, vurderes dog ud fra, hvilke ressourcer de har i kommunen, heraf bemanning, arbejdstider og kompetencer samt antal gange i døgnet, IV-behandlingen skal gives. Informanter fra nogle kommuner fortæller, at de på deres arbejdsplads har vurderet, at de højst kan give IV-behandling tre gange i døgnet. Det må derfor vurderes af den behandlingsansvarlige læge på hospitalet, om det er forsvarligt at give IV-behandlingen på disse vilkår for patienter, der ellers skal modtage IV-behandling fire gange i døgnet.

I interviews med både sundhedsprofessionelle og repræsentanter for implementeringsgruppen nævnes det, at det kan have en betydning, hvornår på ugen hospitalet forsøger at få en aftale med kommunen. Flere nævner, at det indimellem kan være vanskeligt at få en patient visiteret til behandling i kommunalt regi i weekenden. Dette kan skyldes, at kommunerne ikke har samme kapacitet og ressourcer i weekenden grundet bemanning. Det kan medvirke til en oplevelse af, at det er nemmere at beholde patienterne på hospitalet.

### 5.4.3 Forberedelse af udskrivelse og overdragelse til kommunalt regi

#### Overvejelser om IV-adgang

Interviewene belyser, at når en patient skal udskrives til IV-behandling i kommunalt regi, bliver der gjort overvejelser om hvilken IV-adgang, der er mest hensigtsmæssig at anlægge.

Sundhedsprofessionelle på både hospitaler og i kommuner nævner, at et Perifært Venekateter (PVK) anlagt i håndryggen ikke vil være at foretrække i de længere forløb, da det nemt kan blive beskadiget eller falde ud. Hvis et PVK falder ud, skal det genanlægges. I tilfælde af, at kommunen ikke kan anlægge nyt PVK, skal borgeren tilbage på hospitalet for at få anlagt et nyt, hvilket ikke er optimalt for hverken borgeren, hospitalet eller kommunen at bruge tid og ressourcer på.

I stedet for et PVK i håndryggen anvendes også en mid-, PICC- eller long-line i borgerens overarm, som sidder mere stabilt.

### Pakning af medicin og utensilier

Interviewene giver indsigt i, at det typisk er sygeplejerskernes opgave at pakke medicin og utensilier, og at denne opgave beskrives som meget tidskrævende med risiko for fejl.



Vi skal have tid til at pakke remedier, og så mangler vi antibiotika, og vi ved ikke hvor længe, og hvad med blodprøver. Altså det er sådan nogle små fejl, der gør, at det bliver stort på den anden side af behandlingen [i kommunen].

- Hospitalssygeplejerske

Flere informanter fra hospitaler påpeger desuden, at det tilmed er en omfattende opgave at fortsætte med at pakke og sende utensilier og medicin ud til borgeren løbende under hele behandlingsforløbet. Udover at det er tidskrævende at pakke, stiller flere sundhedsprofessionelle fra hospitalerne spørgsmålstegn ved, om det er de rette remedier, der sendes med hjem i forhold til, hvad kommunen har brug for:



Vi skal pakke utensilier ud til hjemmesygeplejen, og det, jeg tror ofte sker, er, at vi får pakket mere, end hvad behovet er. I princippet skal vi stille handsker, sprøjter og alt muligt til rådighed, men mange gange har de noget af det selv. Det fylder også rigtig meget, når patienten skal have det med hjem.

- Hospitalssygeplejerske

Det beskrives i interviewene, at der ofte bliver sendt for meget udstyr med til borgerens behandling i kommunalt regi, hvilket både fylder i borgerens hjem, og er u hensigtsmæssigt i forhold til ressourcospild. Det er et gennemgående ønske blandt de interviewede hospitalssygeplejersker, at apoteket kan varetage opgaven med at pakke til IV-behandling i kommunalt regi. Apoteket har for-pakkede kits med utensilier, som alle hospitaler kan bestille med henblik på IV-behandling i kommunalt regi. Indhold af disse utensilie-kits er for nuværende til evaluering.

### Dokumentation og registrering

Når en borger udskrives til IV-behandling i kommunalt regi, følger en række dokumentation og registrering i SP og FMK for at kunne overdrage patientens behandling til kommunen. Flere sundhedsprofessionelle fra hospitaler italesætter, at denne opgave bidrager til, at henvisning af patienter til IV-behandling i kommunalt regi opleves som en stor arbejdsbyrde:



Så skal der sendes plejeforløbsplan til kommunen, en udskrivesrapport og en korrespondancemeddelelse, hvor der beskrives, hvad der ønskes hjælp til, hvad er hospitalsafdelingens telefonnummer, hvordan kan kommunen få fat på dem. Derefter skal der koordineres hvor og hvor ofte, der skal tages blodprøver, og hvordan de kommer til og fra blodprøvestedet. Der skal formuleres og koordineres en masse, så det fungerer, når patienten udskrives, men også så de er sikre på, hvad de skal gøre ude i kommunen. (...) Og det her med korrespondancemeddelelser, det er ikke noget, vi normalt bruger i vores arbejde, så man pålægger os også, at vi skal ud i nogle helt andre arbejdsgange, og når man ikke bruger dem så tit, er det også en frustration: Hvor er det nu, det ligger henne, og hvad er det, jeg skal trykke på? Så det ender med at tage rigtig lang tid.

- Hospitalssygeplejerske

Læger og sygeplejersker på hospitaler beskriver, at det er hele denne opstartsfasen med at identificere, koordinere, planlægge, dokumentere og pakke, der er den største barriere og arbejdsbyrde i forhold til at gøre brug af aftalen. Sundhedsprofessionelle fra hospitaler oplever, at forløbene oftest går godt, når først aftalen er på plads:



Når man først har lavet aftalen [med kommunen og forberedt udskrivelsen], så går det altså gnidningsfrit. De har ringet enkelte gange, men det er ikke noget, der fylder. Kommunikation fungerer fint. Hvis de har spørgsmål, så har de et nummer, de kan ringe tilbage til.

- Hospitalslæge

Det vil blive uddybet, hvordan IV-behandlingen i kommunalt regi foregår i praksis i det følgende.

## 5.5 IV-behandling i praksis i kommunalt regi

### 5.5.1 Opstart af IV-behandling

Når aftalen om at henvise en borger til IV-behandling i kommunalt regi er indgået mellem hospitalet og kommunen, kan IV-behandlingen i kommunen begynde. En sygeplejerske beskriver sin arbejdsgang i borgerens hjem således:



Jeg ved jo, at afdelingen har sørget for alt; propper, spritservietter, slanger. Det er alt. Jeg tager mig selv med. Der er ikke noget specielt. Alt er der allerede. Pumpe er meget nemt. Der skifter man infusions-slangen hver anden dag. Og det andet [IV-infusion], der skal vi være der, mens fusionen løber ind. (...) Hvor lang tid, jeg er der, afhænger af hvilket stof. Ved infusionerne skal der som minimum gå de 15-20 minutter. (...) så vi er der bare for at sikre, at infusionshastigheden ikke stiger.

- Kommunal sygeplejerske i akutteam

Oftentimes vil der dog være en del forarbejde for kommunen, inden behandlingen kan gå i gang, i forhold til at registrere i det kommunale omsorgssystem, planlægge behandlingsforløbet i forhold til tidspunkter for besøg hos borgeren, samt sikre, at der er de rigtige informationer, remedier og medicin, der skal bruges til at give behandlingen. Mange af de interviewede kommunale sygeplejersker oplever, at der ofte er fejl og mangler i de informationer, de modtager fra hospitalet, når de skal påbegynde et IV-behandlingsforløb. En kommunal sygeplejerske fortæller, at der ofte er problemer med, at medicinen ikke er afstemt i FMK, der mangler korrespondancemeddelelser eller en udskrivelsesrapport:



Så jeg oplever ikke, at det er tilstrækkeligt med den kommunikation, vi får derfra. Jeg oplever, at vi meget ofte skal ringe dem op og bede om noget. Og jeg tænker, at det handler om, at de ikke ved, hvad vores... hvad det er, vi har behov for af oplysninger.

- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

Når der er fejl og mangler, kan det skabe tvivl og usikkerhed blandt de kommunale sygeplejersker, som derved påvirker borgeren:



Det kræver retningslinjer og ordinationer, som bliver fulgt til punkt og prikke. Så der ikke er nogen tvivl. Og det skaber bare en usikkerhed, og hvis vi er usikre, er borgeren usikker. Det skaber ikke et trygt forløb, og det skal det.

- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

Hvis de kommunale sygeplejersker opdager fejl og mangler i forbindelse med henvisningen, ringer de til den udskrivende afdeling for at få løst problematikken. De kommunale sygeplejersker beskriver i interviewene, at de oplever, at hospitalet er venlige og gode til at hjælpe, når de ringer for at afklare problemstillinger.

Flere oplever desuden, at der mangler forskellige remedier som slanger, propper til PVK, de kanyler, som de skal bruge til at blande medicinen i et lukket system, dropstativ eller at selve medicinen mangler. Mange kommunale sygeplejersker udtrykker særligt frustration over, at der ikke er en klar aftale omkring, hvem der leverer dropstativer. Flere kommunale sygeplejersker beskriver, at de oftest selv må medbringe et dropstativ, hvor posen med IV-væske kan hænge eller finde på andre måder, hvorpå de kan hænge væsken op, for eksempel på en tøjbjølle.

På tværs af interviewene med kommunale sygeplejersker opleves der ofte udfordringer i forhold til blanding af medicin i borgerens hjem. For at kunne blande væsken forsvarligt er det vigtigt, at der er de rigtige remedier medgivet, og det leveres i nogle tilfælde i færdigpakkede sæt. Anvendelse af disse færdigpakkede sæt beskrives dog som en udfordring. En kommunal sygeplejerske uddyber, at der på hospitalet er en manglende forståelse for, hvilken betydning det har for kommunen, hvis ikke de rigtige remedier er medgivet:

” Vi har haft lidt udfordringer med de der færdigpakkede sæt, de er begyndt at sende med hjem. Mangler der noget? Ja, der mangler noget, og så er der nogle ting, de ikke har taget højde for i forhold til, hvordan man blander medicin, som gør det udfordrende og tidskrævende for os. Det er noget med de lukkede systemer i forhold til, hvor meget væske det skal blandes op med og den måde, det løber ned i de her dropsæt. Så kommer tingene ikke til at passe sammen. Så det har vi brugt meget energi på, meget mere end vi normalt ville have gjort. Vi prøver at snakke med afdelingerne, men de er lidt uforstående, for de bruger ikke de sæt selv, så de har ikke den store erfaring med det. Så der er sådan lidt i forhold til, at vi ikke helt taler samme sprog, kan man sige.  
- Kommunal sygeplejerske i akutteam

Interviewpersoner fra både hospital og kommune påpeger, at en af udfordringerne ved brug af IV-aftalen i praksis er, at de ikke kender til hinandens arbejdsgange. Det påpeges, at hospitalet ikke præcis ved, hvilke muligheder der er i kommunen for eksempel for at blande medicin, og hvad de kommunale sygeplejersker kan varetage af opgaver:

” Fra lægernes side kan der være en manglende forståelse for, hvordan vi arbejder i kommunen. (...) Jeg oplever heller ikke altid, at lægerne har en forståelse for, at vi altså ikke kan varetage noget uden, at vi har en skriftlig ordination på det.  
- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

På trods af udfordringer i forbindelse med opstart af IV-behandling i kommunalt regi, udtrykker flere, som også de hospitalsansatte påpegede, at IV-behandlingsforløbet og den tværsektorielle kommunikation som regel går godt, når først alt det praktiske er på plads, og behandlingen er påbegyndt.

## 5.5.2 Erfaringer og kompetencer

Interviewene giver indsigt i, at afhængigt af, hvor opgaven ligger i kommunen, det vil sige, om det er hjemmesygeplejen eller et akutteam, der varetager opgaven, kan der være forskel på sygeplejerskernes kompetencer. I hjemmesygeplejen kan der være sygeplejersker, som er mindre erfarne og trykke ved at give IV-behandling og de opgaver, dette indebærer, som for eksempel genanlæggelse af PVK samt håndtering af medicinen. Da kommunale sygeplejersker og særligt hjemmesygeplejen sjældent anlægger et PVK, kan de være usikre på at gøre det i situationer, hvor et PVK skal genanlægges:



Vi lægger ikke så tit PVK. Så kan det gøre, at vi skal ringe til det udkørende team, fordi vi ikke har kompetencerne til det.

- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

Akutteams består af mindre grupper sundhedsprofessionelle, som, udover deres akutte opgaver, også har opbygget god erfaring med at give IV-behandling og føler sig sikre i den opgave. For disse akutteams er det ikke et spørgsmål om manglende kompetencer, men i stedet om der er tid og bemanning til at kunne varetage både de akutte opgaver og IV-behandling.

Da den første behandlingsgang ofte er tidskrævende og besværlig, varetages IV-behandlingen i nogle kommuner til en start af akutteamet og overgår senere til hjemmesygeplejen. Her ligger et arbejde i at overlevere opgaven fra akutteamet til hjemmesygeplejen. Andre steder startes behandlingen op af hjemmesygeplejen, hvor der kan være variation i kompetencerne. En sygeplejerske i hjemmesygeplejen udtaler:



Det er ikke alle, der har kompetencerne. Vi sideoplærer også, men spørgsmålet er, om det er tilstrækkeligt, for det har en kompleksitet i forhold til de komplikationer, der kan opstå ved et kateter. Man skal være opmærksom på, at man står med en indgang til de store kar. Der er bare en forhøjet infektionsrisiko.

- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

En kommunal sygeplejerske i et akutteam supplerer ligeledes:



Jeg kan jo kun udtale mig om vores eget [akut]team. Jeg kan være mere i tvivl, når det er hjemmesygeplejen. Der kommer ofte vikarer. Der kan jeg godt tvivle lidt på patientsikkerheden. Det er også den tilbagemelding, vi får fra borgerne. Det kan være utrygt, at der kommer så mange forskellige mennesker, som ikke altid virker til at have styr på det.

- Kommunal sygeplejerske i akutteam

Mange sygeplejersker i kommunen efterspørger kompetenceopbygning i forhold til at kunne genanlægge et PVK. De kommunale sygeplejersker udtrykker generelt, at deres kompetencer i forhold til at kunne give IV-behandling i hjemmet med fordel kan styrkes:



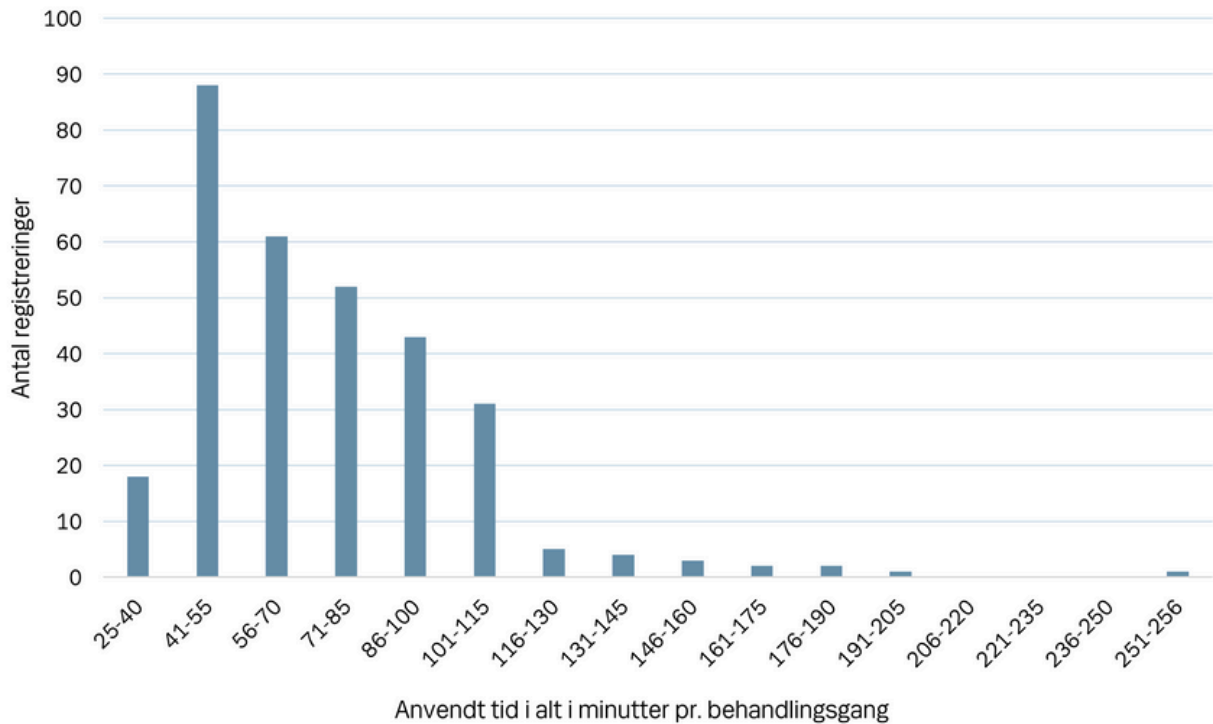
Jeg synes, vi skal lave noget oplæring i kommunen. Det skal være målrettet sygepleje i kommunen. Det er en anden kompleksitet, for selve opgaven er ikke svær, men der er så mange andre ting. Og så skal kompetencerne være der, for det er jo ikke en opgave, vi har hele tiden.

- Kommunal sygeplejerske i hjemmesygeplejen

### 5.5.3 Tidsforbrug for IV-behandling

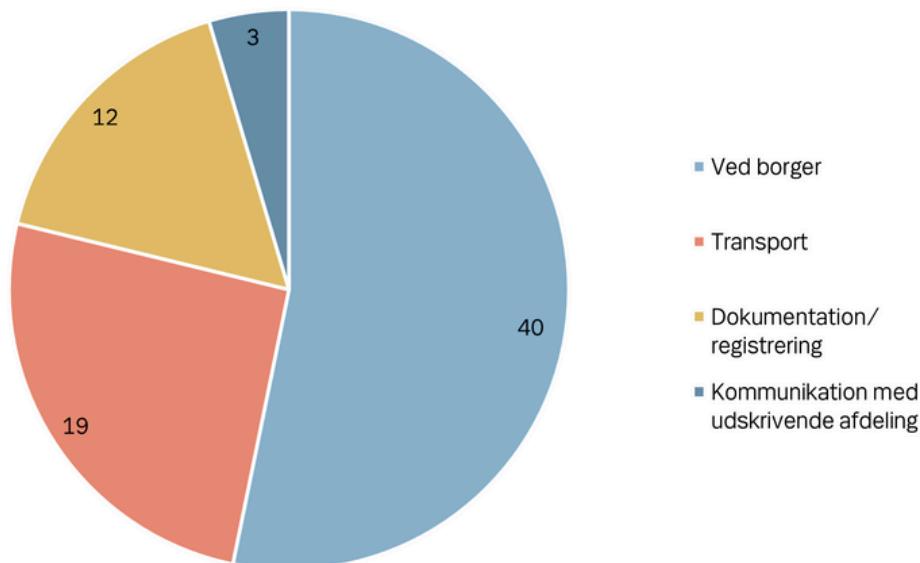
Tidsstudiet, der er foretaget i ni kommuner, har resulteret i 311 unikke tidsregistreringer, og ud fra disse data kan der identificeres nogle tendenser for tidsforbruget i kommunerne. Resultaterne fra tidsstudiet viser, at der er stor variation i, hvor lang tid der bruges pr. behandlingsgang. Der bruges i gennemsnit 74 minutter pr. behandlingsgang, men det mest hyppige tidsforbrug er 41-55 minutter i alt pr. behandlingsgang (se Figur 9), medregnet tid til besøg hos borger, transport, dokumentation og eventuel kommunikation med den udskrivende afdeling. Den korteste registrerede tid er 25 minutter, og den længste registrerede tid er 256 minutter.

Bilag 1 - Evaluering af IV-afdelingen i Region Hovedstaden\_081024



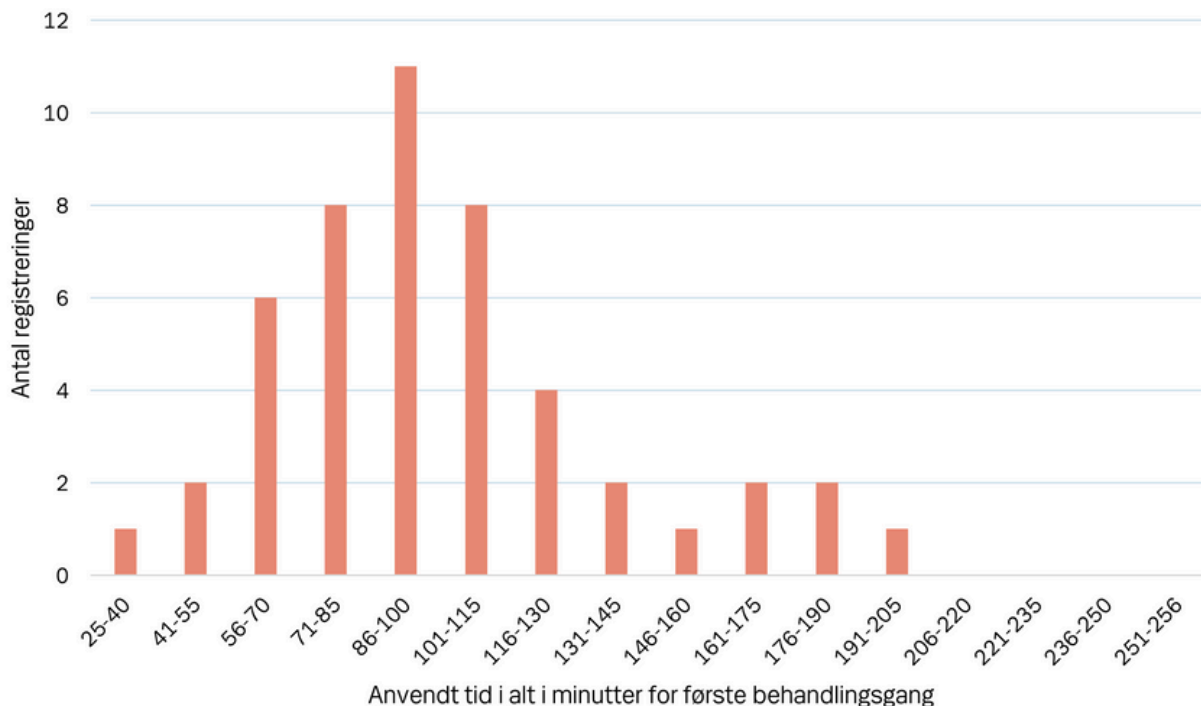
Figur 9. Hyppigheden af anvendt tid i alt på en IV-behandlingsgang. Fra tidsstudiet i ni kommuner.

Der bruges i gennemsnit flest minutter på selve besøget hos borgeren (40 min.), efterfulgt af transport til og fra borger (19 min.), dokumentation og registrering (12 min.) og færrest minutter på kommunikation med den udskrivende afdeling (3 min.). Fordelingen af tid brugt på forskellige aktiviteter pr. behandlingsgang ses i Figur 10. Mange sygeplejersker i kommunen efterspørger kompetenceopbygning i forhold til at kunne genanlægge et PVK. De kommunale sygeplejersker udtrykker generelt, at deres kompetencer i forhold til at kunne give IV-behandling i hjemmet med fordel kan styrkes:



Figur 10. Gennemsnitligt tidsforbrug i antal minutter pr. IV-behandlingsgang, fordelt på aktiviteter. Fra tidsstudiet i ni kommuner

Registreringer fra tidsstudiet underbygger fundene fra interviewene om, at det ofte er den første behandlingsgang, som er mest tidskrævende (se Figur 11).



Figur 11. Anvendt tid i alt i minutter for første behandlingsgang. Fra tidsstudiet i ni kommuner.

Der bruges i gennemsnit 34 minutter mere på den første behandlingsgang (103 min.) sammenlignet med de efterfølgende behandlingsgange (69 min.). Tidsstudiet bekræfter desuden, at dokumentation og registrering samt kommunikation med den udskrivende afdeling er særlig tidskrævende ved den første behandlingsgang.

Størst tidsforbrug ses, når IV-adgangen er via et PVK i hånddryggen (83 min.) og mindst tidsforbrug ses ved brug af PICC-line (60 min.), CVK (69 min.) og mid-line (74 min.). Dette understøtter fundene fra interviewene, hvor det beskrives, at disse adgange er mere stabile.

Der bruges færrest minutter på behandlingsgange, hvor der gives antibiotika med pumpe (65 min.), sammenlignet med antibiotika uden pumpe (76 min.). I interviewene rapporterer sundhedsprofessionelle tilmed, at der foretrækkes antibiotika med pumpe, da de blot skal påfylde væsken én gang dagligt og ikke behøver at overvære infusionen, hvilket sparer dem tid ved borgeren. Der var for få registreringer med isotone væsker (n=4) til at konkludere den anvendte tid på dette.

Blandt størstedelen af tidsregistreringerne skulle pulver blandes med infusionsvæske inden indgift (89%), og i de resterende registreringer blev IV-behandlingen leveret færdigblandet. Data peger på, at der bruges mindre tid, når IV-behandlingen leveres færdigblandet (68 min.) sammenlignet med, når pulver skal blandes med infusionsvæske inden indgift (75 min.). Det underbygger fundene fra interviewene, hvor det kan opleves mere besværligt og tidskrævende at blande medicinen i det lukkede system.

I langt størstedelen af registreringerne forløber behandlingsgangene som planlagt (89%). Når der opleves udfordringer, peger data på, at behandlingsgangen tager længere tid (100 min.) sammenlignet med, når behandlingen forløber som planlagt (71 min.). Behandlingsgangen tager i gennemsnit samme antal minutter, uanset om de kommunale sygeplejersker selv har kunne løse udfordringen eller har haft brug for hjælp.

Når der er behov for at kontakte den udskrivende afdeling, tager behandlingsgangen i gennemsnit 104 minutter og dermed 36 minutter længere tid, sammenlignet med når der ikke tages kontakt til udskrivende afdeling (68 min.).

Der har været flest registreringer med behandlingsgange, hvor borgere bor i eget hjem (76%). Data peger på, at der i gennemsnit bruges flest minutter ved behandlingsgange, hvor borgeren bor på plejecenter/botilbud (90 min.) og eget hjem (79 min.), og færrest minutter når borgeren får IV-behandling på en sygeplejeklinik (44 min.) eller opholder sig på en akutplads/midlertidig plads (50 min.). Det skyldes primært, at mindre eller ingen tid går til transport til og fra borger, når de opholder sig på en akutplads/midlertidig plads eller besøger en sygeplejeklinik, hvor det er borgeren, der skal transportere sig.

Karakteristik af lange og korte behandlingsgange er opsummeret i Tabel 3.

**Tabel 3.** Karakteristik af lange og korte behandlingsgange. Fra tidsstudiet i ni kommuner.

Længere behandlingsgange	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Første behandlingsgang</li> <li>• Når borgeren bor på plejecenter/botilbud og eget hjem</li> <li>• PVK som IV-adgang</li> <li>• Ved behandling med antibiotika uden pumpe</li> <li>• Når pulver skal blandes med infusionsvæske inden indgift</li> <li>• Når der er udfordringer</li> <li>• Når udskrivende afdeling skal kontaktes</li> </ul>
Kortere behandlingsgange	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Når første behandlingsgang er overstået</li> <li>• Når borgeren opholder sig på en akutplads/midlertidig plads eller besøger en sygeplejeklinik</li> <li>• CVK, mid- eller PICC-line som IV-adgang</li> <li>• Ved behandling med antibiotika med pumpe</li> <li>• Når IV-behandling leveres færdigblandet</li> <li>• Når forløbet går som planlagt</li> </ul>

## 5.6 Afslutning på forløb og fakturering

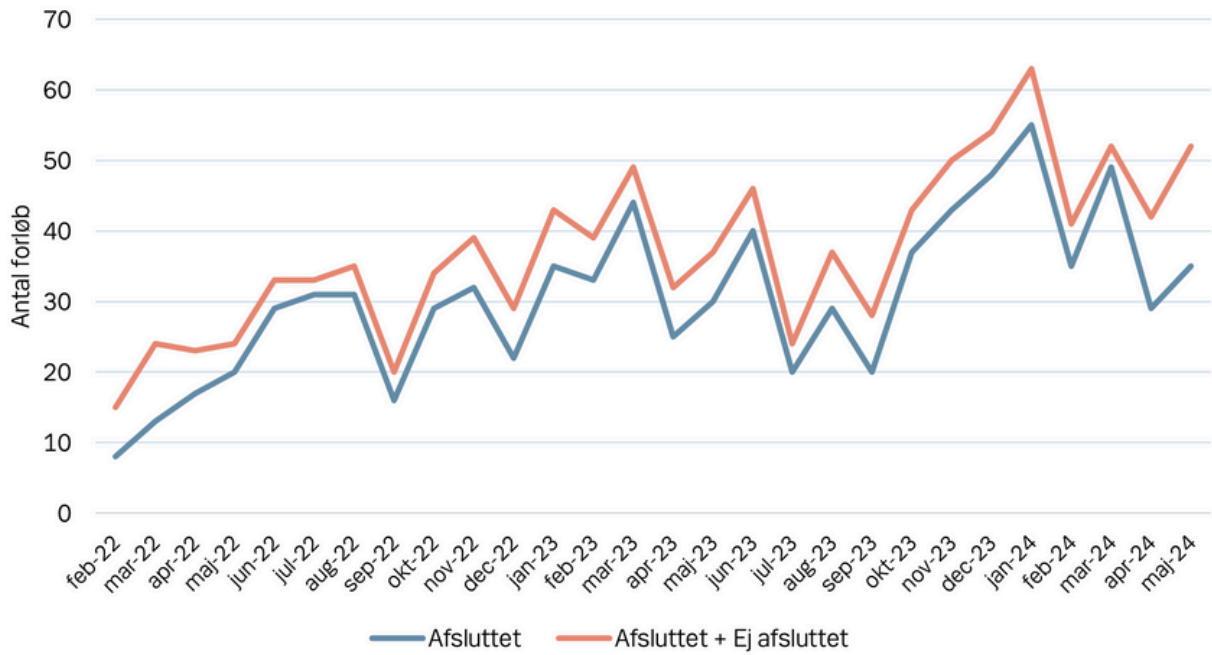
Overordnet oplever de interviewede sundhedsprofessionelle, at afslutningen på IV-forløbene foregår uproblematisk. De kommunale sygeplejersker seponerer oftest IV-adgangen, og ellers kan det gøres på hospitalet, hvis for eksempel borgerne skal til opfølgende kontroller og blodprøver. Herefter ophører behandlingen, eller borgeren overgår til tabletbehandling.

” Så får de sidste gang, og så siger vi farvel og tak. Så er der ikke mere i det for os. Vi spørger altid [hospitalet], om der er opfølgning. Det er sjældent, vi hører om nogle, der skal have IV igen eller bliver forlænget. De fleste overgår til tabletter.

- Kommunal sygeplejerske i akutteam

I de tilfælde, hvor der bruges genanvendelige IV-pumper (CADD pumper), udtrykker hospitalspersonale i interviewene, at der mangler en arbejdsgang i forhold til, hvordan de kan få pumperne retur efter endt behandling.

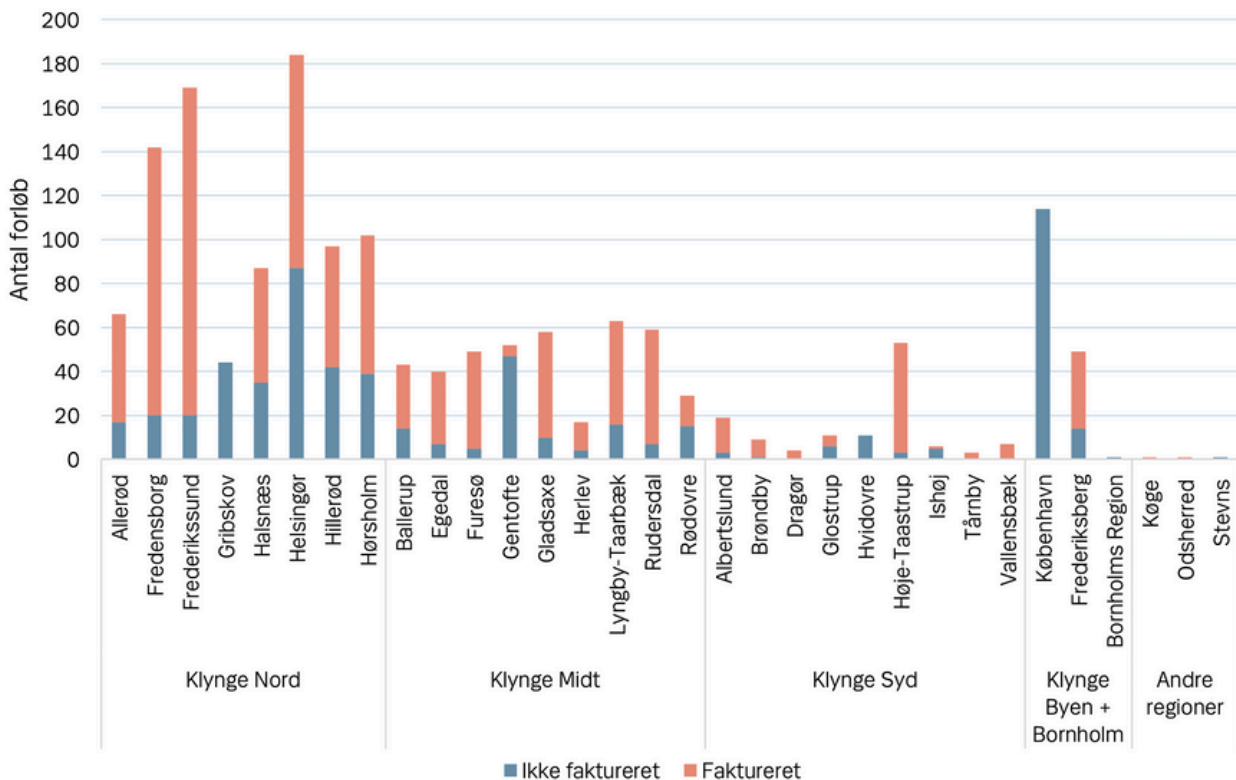
Afslutning af et IV-forløb i kommunalt regi sker ikke automatisk, men hospitalspersonale skal aktivt gå ind i SP og registrere forløbet som afsluttet, hvilket markerer afslutningen på hospitalets behandlingsansvar. Det betyder, at en del forløb ikke registreres som afsluttet i SP, selvom de reelt er afsluttet (se Figur 12). Det er usandsynligt, at IV-forløb strækker sig over flere år, og det antages derfor, at der er flere afsluttede forløb i praksis, end hvad figuren viser. Dette tyder på udfordringer i forhold til registreringspraksis angående afslutning af forløbene i SP, og at dette sommetider kan glemmes i en travl klinisk hverdag.



Figur 12. Antal afsluttede forløb og antal ikke afsluttede forløb i SP (feb. 2022 - maj 2024).

Da data fra SP blev trukket i juni 2024, antages det, at nogle forløb fra april og maj stadig var i gang, hvilket forklarer stigningen i antallet af uafsluttede forløb mod slutningen af perioden. Opgørelserne af afsluttede og uafsluttede forløb fordelt på hospitaler samt afsluttede forløb fordelt på kommuner kan ses i Bilag 2, henholdsvis Tabel 7-9.

I faktureringsdata kan det gøres op hvor mange forløb, der er fakturerede og ikke fakturerede fordelt på kommuner. Dette ses i nedenstående Figur 13 (og i Bilag 2, Tabel 10).



Figur 13. Antal afsluttede forløb i SP og fakturerede forløb fra kommuner fordelt på kommuner og klynger (feb. 2022 - maj 2024).

Figur 13 viser, at der har været flest IV-forløb i Fredensborg, Frederikssund og Helsingør Kommune i perioden januar 2022 til maj 2024. Dette er i overensstemmelse med, at disse kommuner hører under Nordsjælland Hospitals optageområde (Klynge Nord), og at Nordsjællands Hospital har de fleste afsluttede forløb jf. Figur 5.

I flere kommuner er der blevet faktureret for størstedelen af forløbene, for eksempel i Furesø, Rudersdal og Høje-Taastrup Kommune. Derimod ses det på figuren, er der ikke registreret ret mange faktureringer fra andre kommuner, for eksempel i Gentofte, Gribskov og Københavns Kommune. Gribskov og Københavns Kommune har dog begge fremsendt fakturaer, som er i gang med at blive kontrolleret og godkendt.

Der er en vis forsinkelse i fremsendelsen af fakturaer, og nogle kommuner fakturerer ikke så ofte, for eksempel årligt eller halvårligt i stedet for, som aftalt, hvert kvartal. Dette kan forklare de manglende antal fakturerede forløb.

### 5.7 Opsummering: Barrierer og incitamenter for anvendelse af aftalen

Baseret på interviewene foretaget med sundhedsprofessionelle i kommuner og på hospitaler samt med repræsentanter fra implementeringsgruppen, er der afdækket barrierer og incitamenter for at anvende IV-aftalen for begge sektorer. Disse barrierer og incitamenter opsummeres i Tabel 4.

**Tabel 4.** Oversigt over barrierer og incitamenter for anvendelse af IV-aftalen.

	Barrierer	Incitamenter
Hospitalet henviser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stor arbejdsbyrde - opleves besværligt og tidskrævende med både kontakt og koordineringsarbejde med kommunen, registreringer i SP og pakke utensilier</li> <li>• Uklart hvem de skal kontakte fra kommunen</li> <li>• Mange patienter er for svækkede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi</li> <li>• Arbejdsgangene er ikke vanlige, og IV-aftalen kan blive glemt/ikke prioriteret</li> <li>• Korte forløb - nemmere at beholde på hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningsfuldt for patienten</li> <li>• Patienter ønsker at komme hjem</li> <li>• Mindre risiko for hospitalserhvervede infektioner</li> <li>• Skriftlig aftale</li> <li>• Frigiver sengepladser</li> </ul>
Kommunen visiterer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglende kapacitet (max antal borgere ad gangen)</li> <li>• Manglende ressourcer (ikke nattevagter, max antal gange IV i døgnnet)</li> <li>• Manglende kompetencer (ikke alle kan anlægge PVK og give IV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningsfuldt for borgeren</li> <li>• Mere tid til pleje og behandling</li> <li>• Spændende sygeplejefaglig opgave – ønske om at styrke kompetencer</li> <li>• Skriftlig aftale</li> </ul>

## 6 Tidligere evalueringer af IV-aftalen

Forud for nærværende evaluering er der foretaget evalueringer af IV-aftalen i henholdsvis Region Midtjylland<sup>4</sup> og Region Nordjylland<sup>5</sup>. Denne evaluering er blevet sammenlignet med resultaterne fra disse tidligere evalueringer for at undersøge, om resultaterne er enslydende på tværs af regionerne, eller om der findes relevante forskelle.

I Region Midtjyllands evaluering er der et specifikt fokus på den borgeroplevede kvalitet af IV-behandling i hjemmet, afdækket ved hjælp af 46 spørgeskemabesvarelser samt seks interviews med borgere. På denne måde er datagrundlaget for den borgeroplevede kvalitet i evalueringen fra Region Midtjylland bredere end datagrundlaget i nærværende evaluering. I Region Nordjylland er der ikke foretaget nogen systematisk evaluering af borgerperspektivet på aftalen blandt borgere. Den borgeroplevede kvalitet af aftalen er afdækket ved få interviews og spørgsmål via mails fra borgere, der har modtaget IV-behandling i kommunalt regi. Trods de forskellige datagrundlag i de tre evalueringer er konklusionerne hovedsageligt de samme på tværs af de tre regioner: at borgerne er glade for muligheden for at modtage behandlingen i kommunalt regi. Nogle af de væsentligste fordele, som borgere på tværs af evalueringerne nævner, er blandt andet muligheden for at undgå indlæggelse, at være i hjemlige vante omgivelser samt at kunne opretholde en nærmest normal hverdag.

I nærværende evaluering blev der, bortset fra en enkelt borger, alene interviewet borgere, som havde forladt arbejdsmarkedet. De positive udtalelser om muligheden for at opretholde en normal hverdag kan derfor være præget af, at størstedelen af de borgere, der blev interviewet, ikke har et arbejde, de skal passe. Yngre borgere med arbejde eller studier kan tænkes at have sværere ved at opretholde en normal hverdag, hvis de skal modtage IV-behandling flere gange dagligt. Resultater fra evalueringen i Region Midtjylland peger dog netop på, at borgere, som skulle passe enten studier eller arbejde ved siden af hjemmebehandlingen, også vurderer, at aftalen muliggør fastholdelse af en mere normal hverdag.

I nærværende evaluering indgår alene interviews med borgere, som har modtaget IV-behandling i hjemmet. På denne baggrund har det ikke været muligt at opnå viden om eventuelle problemer i forhold til borgernes transport til og fra for eksempel en sygeplejeklinik i nærområdet. Evalueringen fra Region Midtjylland beskriver, at få borgere har oplevet ulemper i forhold til transport i forbindelse med behandlingen.

På tværs af evalueringerne ses det, at både hospitaler og kommuner overordnet set har et godt samarbejde og en god kommunikation ved brug af aftalen, og at patientforløbene generelt opleves gode og vellykkede. En generel betragtning beskrevet i evalueringen fra Region Nordjylland, som bakker op om resultaterne fra nærværende evaluering, er, at det ved udskrivning af patienter kan opleves, at der skal bruges en del tid og ressourcer på at sikre fyldestgørende information, når borgerne efterfølgende skal modtage kommunale ydelser.

En generel betragtning beskrevet i evalueringen fra Region Nordjylland, som bakker op om resultaterne fra nærværende evaluering, er, at det ved udskrivning af patienter kan opleves, at der skal bruges en del tid og ressourcer på at sikre fyldestgørende information, når borgerne efterfølgende skal modtage kommunale ydelser. Ligeledes beskrives det, hvordan

<sup>4</sup> Wermuth AK, Rasmussen L, Evaluering af borgeroplevet kvalitet ved IV-behandling i nærområdet Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022 (<https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=1206&pageId=1338369>)

<sup>5</sup> Evaluering af samarbejdsaftale om IV-behandling i kommunalt regi - forår 2023, Region Nordjylland ([https://rn.dk/-/media/Rn\\_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftalen/Den-Tvaersektorielle-Grundaftale/IV-behandling-i-kommunalt-regi/Dokumenter/TG-Evaluering-af-IV-aftalen-foraar-2023.pdf](https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftalen/Den-Tvaersektorielle-Grundaftale/IV-behandling-i-kommunalt-regi/Dokumenter/TG-Evaluering-af-IV-aftalen-foraar-2023.pdf))

kommuner oplever, at der i overleveringen kan mangle relevante oplysninger om borgeren og IV-behandlingen, blandt andet information i forhold til opdatering af FMK, oplysninger om varighed af forløb og seponering af IV-adgang.

Alt i alt er resultaterne af de tre evalueringer overensstemmende og i overvejende grad positive i forhold til aftalen om IV-behandling i kommunalt regi og dens anvendelse i praksis.

## 7 Konklusion

Evalueringen af aftalen om IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden viser, at både borgere og sundhedsprofessionelle generelt har positive holdninger til aftalen. Borgerne foretrækker at modtage behandlingen i egne hjemlige rammer, hvor de føler sig trygge, frem for at være på hospitalet, og de oplever, at sundhedspersonalet har mere tid til at varetage behandlingen i hjemmet end på hospitalet. De sundhedsprofessionelles positive holdning til aftalen er særligt knyttet til den frihed og tryghed, det giver borgerne at modtage behandlingen hjemme i vante omgivelser, der muliggør en mere normal dagligdag. Denne værdi for borgerne fungerer som et incitament til anvendelsen af aftalen.

Data fra SP viser, at størstedelen af de borgere, som har modtaget IV-behandling i kommunalt regi, modtager behandlingen over en periode på 1-6 dage, enten én eller tre gange i døgnet, hvor antibiotika er den mest almindelige behandling.

Data fra SP viser, at der på tværs af regionen er sket en stigning i antallet af afsluttede IV-forløb fra februar 2022 til maj 2024. Antallet af IV-forløb er dog væsentligt lavere end forventet. Faktureringsdata fra kommunerne viser, at der i flere kommuner er blevet faktureret for størstedelen af forløbene, mens der i nogle kommuner ikke er registreret eller modtaget ret mange faktureringer. Overordnet viser det, at der er et væsentligt mørketal i data fra SP med 1607 forløb baseret på faktureringsdata og 1042 forløb baseret på data registreret i SP.

I interviewene med sundhedsprofessionelle fremgår det, at der er flere barrierer for anvendelsen af aftalen, hvilket resulterer i, at relativt få borgere har modtaget IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden. Det opleves som tidskrævende og besværligt for hospitalerne at henvise patienter til IV-behandling i kommunalt regi, forberede udskrivelse, pakke de nødvendige utensilier og løbende sørge for medicin under behandlingsforløbet. Arbejdsbyrden kan betyde, at det opleves nemmere at beholde patienterne på hospitalet.

Data fra SP og interviews med sundhedsprofessionelle viser, at der i opstartsfasen af implementeringen var flere afviste forløb, men at denne mængde efterfølgende er faldet. Den primære årsag til afvisningerne er ifølge både SP-data og interviews med sundhedsprofessionelle manglende kapacitet i kommunerne. En yderligere barriere, for at visitere borgere til IV-behandling i kommunerne, er desuden begrænsede ressourcer og kapacitet, hvoraf aftalen om at give IV-behandling fire gange i døgnet ofte ikke kan lade sig gøre.

Udfordringerne ved anvendelsen af aftalen inkluderer, at kommunale sygeplejersker finder det tidskrævende at opstarte et IV-forløb, samt at der er fejl og mangler i udskrivelsen. Kommunerne kan også opleve at mangle nødvendige utensilier såsom dropstativer og må finde på alternative løsninger. I gennemsnit bruges der 74 minutter pr. behandlingsgang medregnet tid til besøg hos borger, transport, dokumentation og registrering og eventuel kommunikation med hospitalet. Den første behandlingsgang kræver i gennemsnit 34 minutter mere end de efterfølgende behandlingsgange, hvoraf der bruges ekstra tid på dokumentation og registrering samt kommunikation med den udskrivende afdeling.

Kommunale sygeplejersker vurderer opgaven som spændende og ønsker at styrke deres kompetencer på området. Erfaringerne fra interviewene viser, at der opleves manglende kompetencer til for eksempel at genanlægge et PVK og administrere IV-behandling i kommunalt regi, især hvad angår medicin håndteringen. Usikkerhed omkring medicin håndtering kan skabe utryghed for borgerne, og hvis der mangler kompetencer til at genanlægge et PVK, kan det medføre, at borgeren må sendes tilbage på

hospitalet. IV-adgangene mid-, PICC- eller long-line foretrækkes af kommunale sygeplejersker, da disse sidder mere stabilt end et PVK i håndryggen.

En væsentlig udfordring ved den tværsektorielle overdragelse af patienten/borgerens behandlingsforløb er, at de sundhedsprofessionelle ofte ikke kender eller forstår hinandens praksis på tværs af sektorer. Der er en mangel på klarhed om, hvad de forskellige sektorer kan og ikke kan, hvilket skaber barrierer for det tværsektorielle samarbejde. Uden en fælles forståelse af hinandens arbejdsmetoder og systemer kan det være svært at koordinere indsatsen og sikre en smidig overgang mellem hospital og behandling i kommunalt regi.

Trods udfordringer med henvisning og opstart af IV-behandling i kommunalt regi, opleves anvendelsen af aftalen generelt som gnidningsfri herefter.

På baggrund af evalueringen kan følgende områder med fordel styrkes for at optimere anvendelsen af aftalen:

- udbrede kendskabet til aftalen
- smidiggøre arbejdsgangen for visitation til aftalen
- lette arbejdsgangen på hospitalet for udskrivelse til aftalen
- tydeligere aftaler for utensilier og remedier som dropstativ
- arbejde henimod flere færdigblandede præparater samt behandling på døgndækkende pumpe
- styrke tværsektorielt kendskab til hinandens arbejdsgange og -vilkår
- kompetenceudvikling af kommunale sygeplejersker.

Der er således et potentiale for flere IV-behandlingsforløb i Region Hovedstaden samt en opbakning fra sundhedsprofessionelle til at anvende aftalen i højere grad, særligt hvis arbejdsbyrden i forbindelse med opstarten af forløb lettes.



## Bilag 2

**Table 5.** Udviklingen i antal patienter, hvor der er ansøgt om, at kommunerne overtager IV-behandling - fordelt på om kommunerne har accepteret eller afvist overdragelsen af opgaven, samt andel afviste forløb registreret i SP (jan. 2022 - maj 2024)

	2022												2023												2024					I alt
	jan.	feb.	mar.	apr.	maj	jun.	jul.	aug.	sep.	okt.	nov.	dec.	jan.	feb.	mar.	apr.	maj	jun.	jul.	aug.	sep.	okt.	nov.	dec.	jan.	feb.	mar.	apr.	maj	
Afviste forløb	1	15	6	3	4	6	1	1	3	0	1	3	2	0	5	1	1	0	4	1	2	0	1	0	0	3	0	0	2	66
Accepterede forløb	2	15	28	22	29	44	27	33	29	29	39	26	44	47	34	25	33	43	26	33	30	53	88	50	71	92	48	43	62	1.145
<b>i alt</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>33</b>	<b>50</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>40</b>	<b>29</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>39</b>	<b>26</b>	<b>34</b>	<b>43</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>53</b>	<b>89</b>	<b>50</b>	<b>71</b>	<b>95</b>	<b>48</b>	<b>43</b>	<b>64</b>	<b>1.211</b>
Andel afviste	33,3%	50%	17,6%	12%	12,1%	12%	3,6%	2,9%	9,4%	0%	2,5%	10,3%	4,3%	0%	12,8%	3,8%	2,9%	0%	13,3%	2,9%	6,3%	0%	1,1%	0%	0%	3,2%	0%	0%	3,1%	

**Table 6.** Antal patienter, hvor der er ansøgt om, at kommunerne overtager IV-behandling - fordelt på om kommunerne har accepteret eller afvist overdragelsen af opgaven, samt andel afviste forløb registreret i SP, fordelt på kommuner (jan. 2022 - maj 2024)

Kommune	Antal accepteret	Antal afvist	Andel afvist
Tårnby	2	1	33,3%
Gribskov	45	13	22,4%
Hillerød	66	16	19,5%
Helsingør	153	20	11,6%
Albertslund	13	1	7,1%
Allerød	42	2	4,5%
København	125	5	3,8%
Gladsaxe	31	1	3,1%
Frederiksberg	32	1	3,0%
Halsnæs	69	2	2,8%
Fredensborg	95	2	2,1%
Frederikssund	110	2	1,8%
Hvidovre	11		0,0%
Lyngby-Taarbæk	44		0,0%
Furesø	23		0,0%
Egedal	29		0,0%
Gentofte	50		0,0%
Rødovre	23		0,0%
Vallensbæk	2		0,0%
Høje-Taastrup	14		0,0%
Hørsholm	69		0,0%
Ishøj	7		0,0%
Dragør	5		0,0%
Brøndby	4		0,0%
Rudersdal	32		0,0%
Andre regioner	7		0,0%
Bornholm	1		0,0%
Herlev	10		0,0%
Ballerup	30		0,0%
Glostrup	8		0,0%
<b>I alt</b>	<b>1.152</b>	<b>66</b>	<b>5,4%</b>



# Bilag 9 - Evaluering af IV-afslættet i Region Hovedstaden\_081024

**Tabel 9.** Udviklingen i antal afsluttede IV-forløb fordelt på hospitaler registreret i SP (feb. 2022 - maj 2024)

Kommune	2022												2023												2024					I alt
	feb.	mar.	apr.	maj	jun.	jul.	aug.	sep.	okt.	nov.	dec.	jan.	feb.	mar.	apr.	maj	jun.	jul.	aug.	sep.	okt.	nov.	dec.	jan.	feb.	mar.	apr.	maj		
Albertslund											1	1	1	1		1	1					2						8		
Allerød	1	1	1		2						2	1	2	4	1		1	2		1	1	3	2	1	2	1	2	31		
Ballerup					1	3			1				1			2	2	2	1	1		1	2			2		19		
Brøndby			1																								1	2		
Dragør							1			1	1																	3		
Egedal		1				1		1					2	3			1					2		1		1	2	15		
Fredensborg			1	2	3	3	2		1	2		2	4	3	2	2	3	3	1	2			4	5	4	3	2	5	59	
Frederiksberg		1		1		2	1		1		1	1	1			2	1	1		1			2	3	4	1		3	27	
Frederikssund	3	2		2	5	5	4		4	2	3	2	4	4	4	6	10	1	3	1	6	3	4	3	2	5	3	3	94	
Furesø				1	1	2			1		1					1	1			1	1	1	2			2		15		
Gentofte			1	3	1	1	6	1	1	3	1		2	2		1	1		1		4	3	3	1	2	1	1	2	42	
Gladsaxe	1		1	1	1	2	1		2			2	1	1		1	2			1	1	2			1			21		
Glostrup					1						1				2													4		
Gribskov						1		2		1		1	2	2	2	1	3			1	2	4	5	3	1	2	4	37		
Halsnæs		5	2	2	2	2	2	1		3	2	4	3	8	1		1	1		1	2	2	4	3	1	4	1	2	59	
Helsingør				1	2	2	1	2	2	6	2	8	7	4	6	3	3		7	5	9	10	6	8	7	12	8	2	123	
Herlev			1				2	1					1							1								6		
Hillerød			2	2	4	2	1		3	1		1	1	2		1	2		3		2	3	4	6	5	1	2	4	52	
Hvidovre	1				1	1			1							1					1					1		7		
Høje-Taastrup								1		1		2		1				1		2			1					9		
Hørsholm		1	1	2	3				2	2	1	2		2		1	2	5	2	1	2	2	5	2			3	41		
Ishøj						1	1				1			1			1											1	6	
København	1	1	1	1	1	4	2	4	4	5	2	3	2	5	4	3	2	1	7	5	2	3	2	11	4	9	3	2	94	
Lyngby-Tårnby				1		1	2	1	2	3	2	3		2		2	2	1	2	1		1	1	1	1	3		31		
Rudersdal		1	1			1	2	1	2	2	2	1		1	2	1	1			2	1	3			2	1	1	28		
Rødovre	1		3	1												1	1				4		1		2			14		
Tårnby			1		1																							2		
Vallensbæk																1												1		

**Tabel 10.** Antal IV-forløb fordelt på kommuner og på registrering af faktureringer i SP (jan. 2022 - maj 2024)

Kommune	Antal forløb uden modtaget/ registrering af fakturering i SP	Antal forløb med modtaget/ registrerede fakturering fra kommuner
Albertslund	3	16
Allerød	17	49
Ballerup	14	29
Bornholms Region	1	0
Brøndby	1	8
Dragør	0	4
Egedal	7	33
Fredensborg	20	122
Frederiksberg	14	35
Frederikssund	20	149
Furesø	5	44
Gentofte	47	5
Gladsaxe	10	48
Glostrup	6	5
Greve	0	0
Gribskov	44	0
Halsnæs	35	52
Helsingør	87	97
Herlev	4	13
Hillerød	42	55
Hvidovre	11	0
Høje-Taastrup	3	50
Hørsholm	39	63
Ishøj	5	1
København	114	0
Køge	0	1
Lyngby-Taarbæk	16	47
Odsherred	0	1
Rudersdal	7	52
Rødovre	15	14
Sorø	0	0
Stevns	1	0
Tårnby	0	3
Vallensbæk	0	7
I alt	588	1003



**Sektion for Tværsektoriel Forskning**  
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse  
Region Hovedstaden  
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital  
Nordre Fasanvej 57, Hovedvejen  
indgang 5, 3. sal  
2000 Frederiksberg



**Region  
Hovedstaden**

# **Regional Psykiatriplan 2025 og frem**

## **Høringsudkast til regional psykiatriplan**

# Forord

## Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	3
1. Indledning.....	4
2. En regional psykiatriplan med den nationale aftale om en 10-årsplan som ramme.....	5
3. Sådan er den regionale psykiatriplan opbygget – og sådan skal den læses.....	6
4. Sådan har vi arbejdet med planen.....	7
5. Den regionale psykiatriplans to fokusområder.....	8
6. Regionsrådets otte overordnede anbefalinger for svær psykisk sygdom og børn og unge.....	9
7. Svær psykisk sygdom – tilgangen i Region Hovedstaden.....	10
8. Børn og unge – tilgangen i Region Hovedstaden.....	15
9. Næste skridt.....	20

## 1. Indledning

Sundhedsvæsenet i Danmark står overfor store forandringer. Det er derfor vigtigt at holde fokus på kerneopgaven – at give patienterne, især dem med størst behov, den bedst mulige behandling. Omkring 580.000 mennesker i Danmark har i dag en psykisk lidelse, og en nyere undersøgelse viser, at op mod 80% vil få en psykisk lidelse i løbet af deres liv. En stor del af dem bor i Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden sætter med denne regionale psykiatriplan den overordnede politiske retning for udviklingen på to områder i psykiatrien, der også er prioriteret højt i den nationale aftale om en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed. De to områder er:

- Behandling af svær psykisk sygdom hos voksne
- Behandling af børn og unges psykiske sygdom

Anbefalingerne i psykiatriplanen er ambitiøse. Planen for psykiatrien har det lange lys på, og forbedringer vil skulle ske over en længere årrække.

Der er en række forudsætninger, der skal være til stede for at skabe de nødvendige forbedringer. Det kræver blandt andet en stærk ledelse, der har fokus på, at medarbejderne tilbyder patienterne evidensbaseret behandling af høj kvalitet i moderne og tidssvarende fysiske rammer. Ledelsen skal sikre en kultur præget af høj faglighed og understøtte, at medarbejderne uddannes løbende i takt med, at behandlingen udvikles. Det gavner patienterne, og det udvikler medarbejderne. Den høje faglighed handler bl.a. om at sikre god faglig og patientoplevet kvalitet, have øje for forbyggende indsatser samt videreudvikle en medmenneskelig og recovery-orienteret tilgang til patienterne, herunder mindske brugen af tvang.

## 2. En regional psykiatriplan med den nationale aftale om en 10-årsplan som ramme

### Prioriterede områder i aftale om national 10-årsplan for psykiatrien

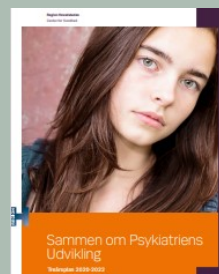
1. Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse
2. Styrkede indsatser for mennesker med svære psykiske lidelser og her-og-nu kapacitetspakke til den regionale psykiatri
3. Oplysnings- og afstigmatiseringsindsatser
4. Styrkede tværfaglige og evidensbaserede miljøer
5. Bedre rammer for forskning i forebyggelse og behandling af psykiske lidelser

Den brede politiske nationale aftale om en 10- årsplan for psykiatrien udgør rammen for den regionale psykiatriplan. Indsatserne i den nationale 10-årsplan forventes at blive prioriteret over årene, så der løbende kan komme flere områder til. Som vist i figuren nedenfor, så er den regionale psykiatriplan, inden for rammen af den nationale psykiatriplan, den samlende paraply, der udpeger retningen for psykiatriområdet i Region Hovedstaden. Under paraplyen indgår blandt andet regionens allerede eksisterende politiske markeringer, som fx rapporterne "Fremtidssikring af Børne- og Ungdomspsykiatrien", "Handleplan for sikkerhed og tryghed i psykiatrien" og tidligere regionale psykiatriplaner mm.

Aftale om en  
**10-årsplan for  
psykiatrien og  
mental sundhed**

Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed som ramme

### Den regionale psykiatriplan



Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed som ramme

### 3. Sådan er den regionale psykiatriplan opbygget – og sådan skal planen læses

I psykiatrien oplever mange medarbejdere, at der er mange nye krav og store forandringer. Den regionale psykiatriplan skal ses i lyset af den store forandringsproces, som psykiatrien i disse år gennemgår. Den regionale psykiatriplan sætter ambitiøse mål og sætter den overordnede politiske retning for psykiatrien. Planen er relevant uanset kommende forandringer, også den nyligt vedtagne sundhedsreform – fordi den sætter fokus på patienten og de tilbud, som patienterne møder.

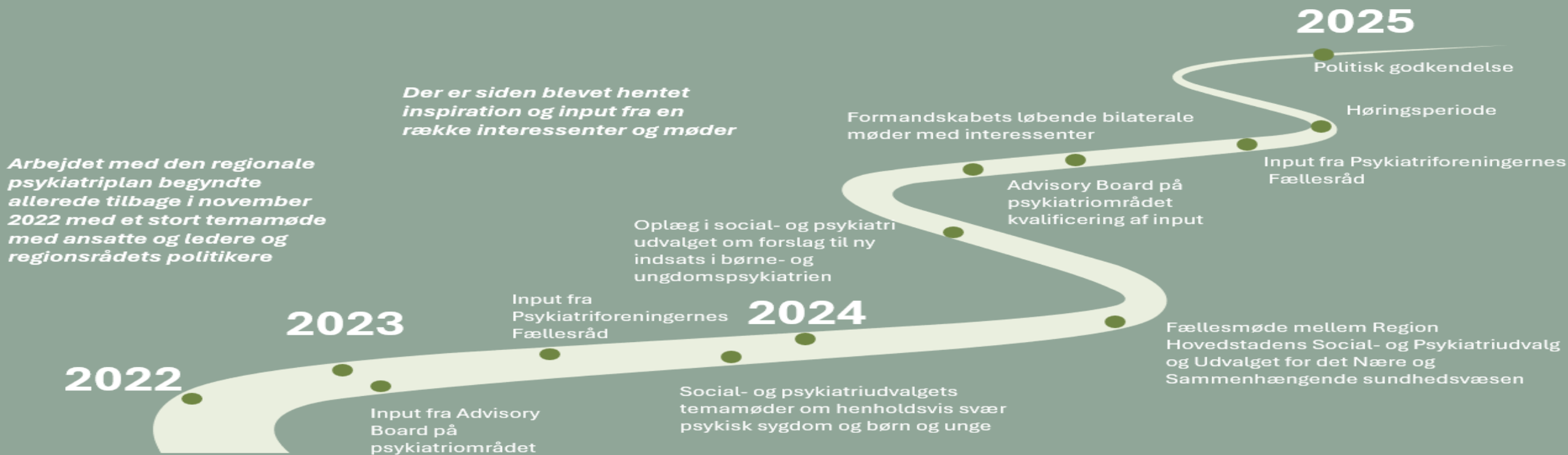
De to prioriterede områder *svær psykisk sygdom* samt *børn og unge* har hver tilknyttet 4 udvalgte politiske anbefalinger. Hver anbefaling har tilknyttet et fastsat mål og delmål.

Anbefalingerne skal ses som pejlemærker for udviklingen af psykiatrien fra 2025 og frem, målene er indikatorer for anbefalingerne og delmålene er trædesten på vejen for at imødekomme målene.

Planen vil skulle opdateres og justeres i takt med, at der kommer nye behov og krav, fx med den nationale 10-årsplan, men også i takt med at de regionale behov og politiske prioriteringer ændres. Den regionale psykiatriplan er på den måde dynamisk.

## 4. Sådan har vi arbejdet med planen

Det konkrete arbejde med den regionale psykiatriplan startede i august 2023 og undervejs har der været inddragelse af mange interessenter og aktører. Nedenstående figur viser processen:



Der har været nedsat et Advisory Board for psykiatriområdet bestående af blandt andet patient-/brugerrepræsentanter, politikere, faglige selskaber, faglige organisationer, frivillige organisationer samt repræsentanter fra kommunerne og Region Hovedstadens Psykiatri. Regionsrådsformanden var formand for boardet. Derudover var formændene for Region Hovedstadens social- og psykiatriudvalg samt udvalg for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen medlemmer af boardet. Gennem Advisory Board har regionen modtaget input og kvalificeret sparring. Der har desuden været holdt dialogmøder med Psykiatريفoreningernes Fællesråd og en række bilaterale møder med aktører på området, som alle har bidraget med vigtige perspektiver til psykiatriplanen. Regionens social- og psykiatriudvalg har været tæt involveret i udarbejdelse af den regionale psykiatriplan.

## 5. Den regionale psykiatriplans to fokusområder

Fokus i den regionale psykiatriplan er *svær psykisk sygdom* og *børn og unge*. Det er områder, hvor der er overlap. Der er fx børn og unge med svær psykisk sygdom, og der er både i forhold til mennesker med svær psykisk sygdom og børn og unge behov for flere kvalificerede medarbejdere til at udrede og behandle, ligesom der er behov for udvidelse og styrkelse af den ambulante kapacitet. Samtidigt har de to områder også deres særlige unikke udfordringer.

### ***Svær psykisk sygdom***

Sværhedsgraden for psykisk sygdom varierer. Behandlingsmulighederne er blevet bedre, og der er stort fokus på recovery – overbevisningen om, at de fleste kan komme sig helt eller delvist efter psykisk sygdom.

En væsentlig problemstilling er, at mennesker med de sværeste psykiske lidelser i gennemsnit lever 15-20 år kortere end andre. Gruppen af mennesker med svær psykisk sygdom har oftere samtidig rusmiddelproblematik, udsættes oftere for tvang, når de er indlagte og forsøger oftere at tage deres eget liv. Derudover er der behov for særlig opmærksomhed på retspsykiatriske patienter. Der er i de senere år sket en stigning i antallet af mennesker, der får en dom til behandling.

Svær psykisk sygdom kan blandt andet vise sig hos mennesker med depression, skizofreni, bipolar lidelse samt personlighedsforstyrrelser af borderline-typen. Det er også disse sygdomme, hvor konsekvensen er flest tabte leveår, flest kontakter til almen praksis og sygehusvæsen. Denne gruppe borgere har også et højere sygefravær og tildes oftere førtidspension. Graden af svær psykisk sygdom afhænger af sygdommens sværhedsgrad og den enkelte borgers funktionsniveau.

### ***Børn og unge***

Der ses i disse år et markant stigende antal børn og unge, der mistrives, ligesom flere børn og unge henvises til børne- og ungdomspsykiatrien med mistanke om egentlig psykisk sygdom. Der har været mere end en fordobling i antallet af henvisninger til psykiatrien siden 2014. Det gør det vanskeligt for personalet at følge med, og det bliver en stadigt større udfordring at fortsætte med at levere behandling af god kvalitet til tiden.

Indsatsen for børn og unge med psykisk sygdom skal derfor robustgøres og nytænkes. Dette gælder både inden for hospitalspsykiatrien, i det tværsektorielle samarbejde med gode samarbejdspartnere i kommuner og praksis samt i forhold til forskning og viden. Dette kræver et stort arbejde i forhold til at sikre den rigtige og tilstrækkelige behandling og sikre en langsigtet tilpasning af kapaciteten.

En rettidig og effektiv indsats er nødvendig – både for at kunne styrke børn, unge og deres familier i hverdagen, men også for at forbygge alvorlig mistrivsel og psykisk sygdom for børn og unge senere i deres voksenliv. <sup>70/130</sup>

## 6. Regionsrådets otte overordnede anbefalinger for svær psykisk sygdom og børn og unge

Den regionale psykiatriplan indeholder fire anbefalinger inden for hvert af områderne svær psykisk sygdom samt børn og unge. Der er i valget af forslag til anbefalinger taget udgangspunkt i de mange input, der er indsamlet i løbet af den inddragende proces med de centrale aktører i psykiatrien.

### Svær psykisk sygdom:

Anbefaling 1 – Mere kvalitet i behandlingen

Anbefaling 2 – Udbygge og styrke den ambulante kapacitet

Anbefaling 3 – Styrke kernefagligheden

Anbefaling 4 – Understøtte forebyggende og opfølgende indsatser i kommunerne til voksne

### Børn og unge:

Anbefaling 1 – Mere kvalitet i behandlingen

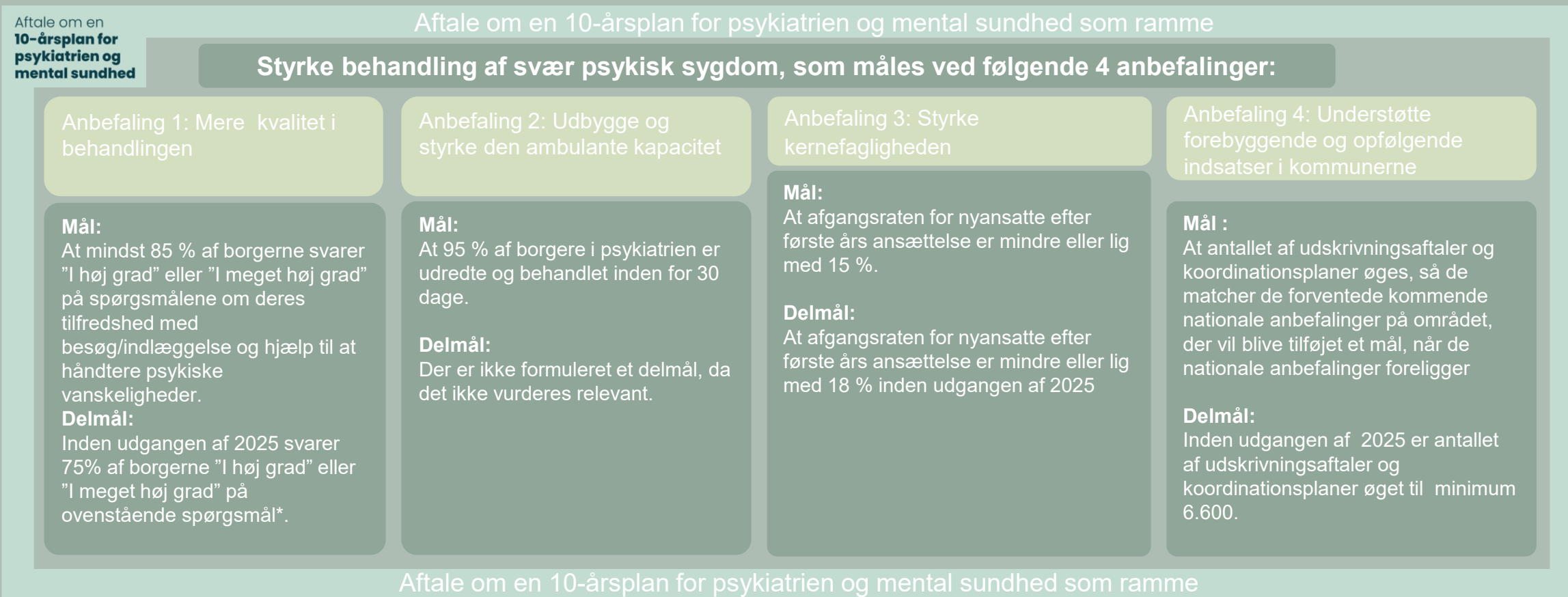
Anbefaling 2 – Udbygge og styrke af den ambulante kapacitet

Anbefaling 3 – Nytænkning af patientforløb

Anbefaling 4 – Øget samarbejde mhp. at styrke den tværsektorielle indsats

## 7. Svær psykisk sygdom – tilgangen i Region Hovedstaden

Regionsrådet vil arbejde for at styrke behandlingen af svær psykisk sygdom med fokus på fire nedenstående anbefalinger. Der vil blive arbejdet med anbefalingerne på både den korte og den lange bane, hvor der for hver anbefaling er et mål og et delmål. Målene vil løbende blive justeret, da der er tale om dynamisk plan. I nedenstående figur ses sammenhængen mellem anbefalinger, mål og delmål. I teksten under figuren er der en uddybende beskrivelse af anbefalinger og mål:



\*Spørgsmålene handler om øget patienttilfredshed og hentes fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP).

## **Anbefaling 1 - Mere kvalitet i behandlingen**

Region Hovedstaden vil arbejde for behandling af høj kvalitet i alle dele af behandlingsforløbet. Kvalitet defineres her som, at der er et tilgængeligt tilbud med et tilstrækkeligt antal medarbejdere og ledere med de rette tværfaglige og specialiserede kompetencer, som patienterne får god gavn af. Behandlingen skal bygge på den nyeste forskning, leve op til forløbsbeskrivelser og kvalitetsstandarder samt sikre lighed i behandlingen – også i forhold til svær psykisk sygdom. Det gode samarbejde mellem psykiatri og somatik er vigtigt og afgørende for, at mennesker med psykiske lidelser får samme kvalitetsniveau, som mennesker uden psykiske lidelser. Region Hovedstaden vil derfor arbejde for at sikre en vedvarende og systematisk somatisk opsporing og behandling.

### *Mål og delmål for anbefaling 1*

Ved systematisk at følge udviklingen i borgernes tilfredshed med behandlingen kan vi sikre, at behandlingen på både kort og lang sigt hjælper mennesker med psykisk sygdom til at få det bedre. I 2023 svarede 74,5 % af de voksne patienter i psykiatrien, at de ”i høj grad” eller ”i meget høj grad” var tilfredse med deres besøg/indlæggelse, og 59,8% at de ”i høj grad” eller ”i meget høj grad” oplevede at få hjælp til at håndtere deres psykiske vanskeligheder. En bedre forståelse af borgernes oplevelser hjælper os med at prioritere vores ressourcer bedre, og det kan føre til hurtigere og mere målrettet behandling. Når borgere føler sig hørt, øges deres tilfredshed, og det betyder noget, at deres oplevelser og feedback indgår i arbejdet med at forbedre behandlingstilbuddene.

*Mål for anbefaling 1:* At mindst 85 % af borgerne svarer ”I høj grad” eller ”I meget høj grad” på spørgsmålene om deres tilfredshed med besøg/indlæggelse og hjælp til at håndtere psykiske vanskeligheder.

*Delmål for anbefaling 1:* Inden udgangen af 2025 svarer 75 % af borgerne ”I høj grad” eller ”I meget høj grad” på ovenstående spørgsmål.

## **Anbefaling 2 – Udbygge og styrke den ambulante kapacitet**

Region Hovedstaden vil arbejde for indsatser, der sikrer, at mennesker med psykisk sygdom får en god udredning og behandling, når der er brug for det, og det kræver at kapaciteten er tilstrækkelig, hvilket også vil komme patienter med svær psykisk sygdom til gavn. Vores opgave er at tilpasse ressourcerne bedst muligt, så vi kan hjælpe både de mennesker, vi har i behandling, og dem der står på venteliste. Region Hovedstaden har gode erfaringer med F-ACT og OPUS og botilbudsteams, som har dokumenteret effekt. Både de mennesker der er i behandlingsforløb, medarbejdere og samarbejdspartnere er glade for indsatserne. Det er afgørende, at borgere kan blive udredt og få behandling hurtigt og effektivt, så deres sygdom ikke udvikler sig. En øget ambulant kapacitet kan være med til at reducere ventetider og forbedre tilgængeligheden af behandling.

### *Mål og delmål for anbefaling 2*

Status på overholdelse af udredningsretten i 3. kvartal 2024 var, at 97 % af de voksne borgere blev udredt inden for 30 dage og 92 % blev behandlet indenfor 30 dage.

*Mål for anbefaling 2: At 95 % af borgere i psykiatrien er udredte og behandlet inden for 30 dage.*

*Delmål for anbefaling 2: Der er ikke formuleret et delmål, da det ikke vurderes relevant.*

### **Anbefaling 3 – Styrke kernefagligheden**

Region Hovedstaden vil arbejde for at styrke tilknytning og tiltrækning af erfarne medarbejdere ved at arbejde for stærke faglige miljøer med fokus på at styrke kernefaglighed, evidens i behandlingen og det tværfaglige samarbejde. Ligeledes er der fokus på løbende kompetenceudvikling og alsidighed i faglige vurderinger og indsatser. Moderne tidssvarende fysiske rammer og ikke mindst sikkerhed og tryghed er et fundament for al aktivitet indenfor psykiatrien. Med mere attraktive rammer for personalet vil der være bedre muligheder for at tiltrække og tilknytte mere erfarent personale. Det vil styrke kvaliteten af medarbejdernes kompetencer og dermed løfte behandlingen indenfor psykiatrien som helhed og specifikt indenfor svær psykisk sygdom.

#### *Mål og delmål for anbefaling 3*

Når medarbejdere i psykiatrien trives, skaber det et godt arbejdsmiljø, der også smitter af på borgerne, som oplever en mere stabil og kontinuerlig behandling og pleje. Glade og tilfredse medarbejdere har lavere sygefravær og er mere tilbøjelige til at blive i deres job.

*Mål for anbefaling 3: At afgangsraten for nyansatte efter første års ansættelse er mindre eller lig med 15 %.*

*Delmål for anbefaling 3: At afgangsraten for nyansatte efter første års ansættelse er mindre eller lig med 18 % inden udgangen af 2025.*

## **Anbefaling 4 - Understøtte forebyggende og opfølgende indsatser i kommunerne**

Region Hovedstaden vil arbejde for at understøtte kommunerne og praktiserende lægers forebyggende og opfølgende indsatser for mennesker med svær psykisk sygdom. Det tværsektorielle samarbejde om psykisk syge borgere er essentielt. Der er behov for, at forløb til borgere med svær psykisk sygdom koordineres mellem mange forskellige offentlige myndigheder. Her er gode kommunikationskanaler, struktureret koordination og forpligtende samarbejde afgørende og er samtidigt med til at forebygge genindlæggelser.

### *Mål og delmål for anbefaling 4*

Folketinget vedtog i 2019 en ændring af psykiatriloven. Formålet med lovændringen var at øge antallet af udskrivningsaftaler for at sikre sårbare borgere en bedre sammenhæng mellem indsatser i regioner og kommuner i forbindelse med udskrivning. Formålet med aftalerne er at forebygge, at de mest udsatte patienter falder ud af behandlingssystemet og får alvorlige tilbagefald. For at lykkes med dette er det vigtigt med et tæt samarbejde mellem den regionale psykiatri og kommunerne.

*Mål for anbefaling 4:* At antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner øges, så de matcher de forventede kommende nationale anbefalinger på området, der vil blive tilføjet et mål, når de nationale anbefalinger foreligger.

*Delmål for anbefaling 4:* Inden udgangen af 2025 skal antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner øges til minimum 6.600.

## 8. Børn og Unge – tilgangen i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden vil arbejde for at styrke børne- og ungdomspsykiatrien og fokus i arbejdet vil være fire nedenstående anbefalinger på både den korte og den lange bane. Det er regionsrådets ambition at tilføje relevante anbefalinger, mål og delmål løbende.

I nedenstående figur fremgår sammenhængen mellem anbefalinger, mål og delmål. I teksten under figuren er der en uddybende beskrivelse af anbefalinger og mål:



## **Anbefaling 1 – Mere kvalitet i behandlingen**

Region Hovedstaden vil kontinuerligt styrke kvaliteten, så børn og unge med deres familier oplever at blive hjulpet til bedring. Som led i at styrke kvaliteten er det blandt andet centralt at have fokus på forebyggende indsatser og en recovery-orienteret tilgang, der skal være med til at nedbringe anvendelse af tvang. Kvaliteten skal løftes både inden for ambulant behandling, akut behandling, og når der er behov for en intensiv indlæggelse. En væsentlig faktor i indsatsen med at løfte kvaliteten er at lytte mere til børnenes, de unges og deres familiers oplevelser med behandlingen. Det skal hjælpe med til at prioritere ressourcerne bedre og understøtte hurtigere forløb.

### **Mål og delmål for anbefaling 1**

Ved systematisk at følge udviklingen i børnenes, de unges og deres forældres tilfredshed med behandlingen kan vi følge om behandlingen på både kort og lang sigt hjælper gruppen til at få det bedre. I 2023 svarede 61 % af målgruppen i børne- og ungdomspsykiatrien, at de ”i høj grad” eller ”i meget høj grad” var tilfredse med deres besøg/indlæggelse, og 60 % af børn og unge tilknyttet et ambulant afsnit svarede, at de ”i høj grad” eller ”i meget høj grad” oplevede at få hjælp til at håndtere deres sygdom, mens dette var tilfældet ved 34 % af de børn og unge, der var tilknyttet et døgnafsnit.

*Mål for anbefaling 1:* At mindst 85 % af børn og unge og forældre svarer ”I høj grad” eller ”I meget høj grad” på spørgsmålene om deres tilfredshed med besøg/indlæggelse og hjælp til at håndtere psykiske vanskeligheder.

*Delmål for anbefaling 1:* Inden udgangen af 2025 skal 75 % af børn og unge og forældre svarer ”I høj grad” eller ”I meget høj grad” på ovenstående spørgsmål.

## **Anbefaling 2 – Udbygge og styrke den ambulante kapacitet**

Region Hovedstaden vil arbejde for at øge den intensive ambulante behandlingskapacitet i form af fleksible indsatser af høj kvalitet for børn og unge med psykisk sygdom. Indsatsen skal ske i et tværsektorielt samarbejde så tæt på barnets eller den unges nærmiljø som muligt. Miljøet skal være kendetegnet ved høj faglighed og recovery-orienteret behandling i tidssvarende rammer. Regionen har stor succes med F-ACT for unge, OPUS YOUNG, og døgninstitutionsbetjeningen. Det er afgørende, at der er tryghed om, at børn og unge kan blive udredt og få behandling hurtigt og effektivt, så deres sygdom ikke udvikler sig. En øget ambulant kapacitet kan være med til at reducere ventetider og forbedre tilgængeligheden af behandling.

### **Mål og delmål for anbefaling 2**

Opgaven er at tilpasse ressourcerne bedst muligt, så de børn og unge, der er i behandling, og dem der står på venteliste, får de bedste forløb. Status på overholdelse af udredningsretten i 3. kvartal 2024 var, at 11 % børn og unge blev udredt inden for 30 dage, og 61 % blev behandlet indenfor 30 dage.

*Mål for anbefaling 2:* At 95% af målgruppen af børn og unge i Børne- og Ungdomspsykiatrien være udredt og behandlet inden for 30 dage.

*Delmål for anbefaling 2:* Inden udgangen af 2025 skal 25 % af målgruppen af børn og unge i Børne- og Ungdomspsykiatrien være udredt inden for 30 dage, og 95 % skal være behandlet inden for 30 dage.

### **Anbefaling 3 - Nytænkning af patientforløb**

Region Hovedstaden vil arbejde for at igangsætte indsatser, der styrker nytænkning i forhold til behandling af børn og unge med psykisk sygdom. Fordi der kommer mange nye børn og unge til, som henvises til psykiatrisk vurdering, er der behov for nye løsninger til hurtig udredning og behandling og nytænkning af patientforløb, herunder nye samarbejdsformer med kommuner og praksissektor, fast track ordninger og tidlig opsporing. Det vil forbedre forløbene for børnene, de unge og deres forældre.

Kapaciteten i børne- og ungdomspsykiatrien er knap. Både i Region Hovedstaden og i resten af landet. Det udfordrer blandt andet, at børn og unge får tilbudt udredning og behandling i tråd med deres ret til hurtig indsats. Region Hovedstadens rapport "Fremtidssikring af børne- og ungdomspsykiatrien" indeholder en række initiativer til at styrke kapaciteten i forhold til behandling af børn og unge med psykisk sygdom. Det er essentielt, at forløb i endnu højere grad kan blive skræddersyet efter det enkelte barn eller unges individuelle behov.

#### **Mål og delmål for anbefaling 3**

I 2023 var der 54.173 aflysninger i børne- og ungdomspsykiatrien svarende til 31,7 % af alle aftaler. I foråret 2024 blev der nedsat Task Force i børne- og ungdomspsykiatrien, der har peget på potentialet i at reducere antallet af aflysninger gennem en mere fleksibel tilrettelæggelse af patientforløbene. Det skal generelt være lettere for børnene, de unge og deres forældre at ændre/omlægge aftaler herunder omlægge fremmøde til telefon- eller videomøder for at undgå unødvendige aflysninger. Aflysninger medfører spildte tider, som kunne have kommet andre til gode. Derfor er der blevet fastsat et mål for en reduktion i antallet af aflysninger

*Mål for anbefaling 3: At antallet af aflysninger reduceres med 5 procentpoint svarende til 2700 samtaler .*

*Delmål for anbefaling 3: Inden udgangen af 2025 skal antallet af aflysninger reduceres med 2 procentpoint svarende til 1080 samtaler.*

#### **Anbefaling 4 – Øget samarbejde mhp. at styrke den tværsektorielle indsats**

Region Hovedstaden vil arbejde for at styrke det tværsektorielle samarbejde om børn og unge endnu mere. Fokus skal fortsat være på at understøtte /udbygge eksisterende tilbud og etablering af lettilgængelige tilbud, hvor der i regi af arbejdet med den nationale 10-årsplan er udarbejdet en faglig ramme for et kommunalt behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. I den forbindelse vil regionen fortsætte dialogen med kommunerne om at understøtte fuld udrulning af STIME i samtlige kommuner. Regionen vil fortsætte det gode samarbejde med kommunerne om samarbejdsmodellen Koordineret Indsats på Tværs (KIT), herunder drøfte med kommunerne, hvordan regionen bedst understøtter kommunerne i arbejdet med at tilvejebringe lettilgængelige tilbud.

#### **Mål og delmål for anbefaling 4**

Koordineret Indsats på Tværs sætter rammen for en praksis, hvor kommuner og Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden arbejder tæt og smidigt sammen, når børn og unge med psykiske vanskeligheder har brug for en indsats fra både kommune og psykiatri. Koordineret Indsats på Tværs understøtter sammenhængende og koordinerede forløb, hvor familierne kan være trygge og få tilbudt rettidig og relevant hjælp. Foreløbigt (efteråret 2024) er Koordineret Indsats på Tværs implementeret i 9 af Region Hovedstadens 29 kommuner.

*Mål for anbefaling 4: At regionen gør det attraktivt for kommunerne at igangsætte/fortsætte implementeringen af den fulde Koordineret Indsats på Tværs forløbs-pakke.*

*Delmål for anbefaling 4: At fortsætte dialogen med 5 nye interesserede kommuner om at understøtte dem i at påbegynde et Koordineret Indsats på Tværs forløbs-pakke inden udgangen af 2025.*

## 9. Næste skridt

Med den regionale psykiatriplan har vi lavet en vejviser for udviklingen af psykiatrien fra 2025 og frem for mennesker med psykisk sygdom, pårørende, medarbejdere, ledere og politikere. Den skal løbende justeres i takt med, at der opstår nye behov. Vi har ambitioner om at fortsætte en målrettet indsats for at styrke vores tilbud til mennesker med psykisk sygdom, for det mener vi, er nødvendigt.

Hvis planen skal realiseres, kræver det en målrettet indsats for alle sider. Det kræver stærkt politisk fokus herunder økonomisk prioritering både nationalt og på tværs af sektorer. Det kræver ikke mindst en stærk ledelse og en stærk kultur med fokus på en medmenneskelig og recovery-orienteret tilgang til patienterne og med øje for at skabe resultater, der giver bedst mulig effekt. Med denne plan tager vi et skridt til en stærkere psykiatri med styrket kvalitet og behandling af rette patienter på rette niveau.

## **Høringsliste:**

### **Regional psykiatriplan 2025 og frem**

#### **Patienter og pårørende**

Patientinddragelsesudvalget

Regionshandikaprådet

Psykiatريفoreningernes Fællesråd

Udsatterådet i Region Hovedstaden

Depressionsforeningen

SAND – De hjemløses landsorganisation

Landsforeningen for Selvskade

Børns Vilkår

Stemmehøretnetværket i Danmark

Regionsældrerrådet

#### **Hospitaler, centre, virksomheder og udvalg**

Region Hovedstadens Psykiatri

Amager og Hvidovre Hospital

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Herlev og Gentofte Hospital

Nordsjællands Hospital

Rigshospitalet

Bornholms Hospital

Den Sociale Virksomhed

### **Sundhedsfaglige**

VMU Region Hovedstadens Psykiatri

SFR Psykiatri

SFR Børne- og Ungdomspsykiatri

Mentorer ansat i Region Hovedstadens Psykiatri

### **Myndigheder og samarbejdspartnere**

Samtlige 29 kommuner i Region Hovedstaden

Samtlige regioner

Politiet

Advisory board på psykiatriområdet

### **Praksissektoren, fagforeninger og faglige selskaber**

Dansk Psykiatrisk Selskab

Ungdomspsykiatrisk Selskab

Samarbejdsudvalget for Psykologhjælp

Samarbejdsudvalget vedr. speciallægehjælp

Samarbejdsudvalget vedr. almen praksis

Samarbejdsudvalget vedr. fysioterapi

FAPS (Foreningen af Praktiserende Speciallæger)

Dansk Sygeplejeråd

Lægeforeningen

PLO (Praktiserende Lægers Organisation)

Foreningen af yngre læger

FAS (Foreningen af speciallæger)

## Bilag 2 - Bilag 2 høeringsliste

Dansk Psykologforening

Danske Fysioterapeuter

Ergoterapeutforeningen

FOA

Dansk Socialrådgiverforening

Socialpædagogernes Landsforbund

Landsforeningen for Socialpædagoger

**Center for Sundhed**  
Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen

**REGION**

# Lægedæknings- undersøgelsen for 2025

Lægedækningsundersøgelsen for 2025

**1. Indhold**

2.	Introduktion.....	2
	Læsevejledning .....	2
	Hovedresultater.....	2
	Information til lægerne i forbindelse med besvarelse af årets lægehøring.....	3
	Anvendelse af besvarelser.....	3
	Behandling af data fra lægehøringen i 2024 vedrørende lægernes ønsker til antal sikrede .....	3
3.	Baggrundsinformation om almen praksis i Region Hovedstaden .....	4
	Udvikling i antal kapaciteter .....	5
	Udvikling i antal sikrede pr. kapacitet .....	7
	Befolkningsprognosen .....	8
4.	Resultater for Lægehøringen for 2024 .....	8
	Ønsker til antal sikrede tilknyttet praksis.....	9
	Kapacitet i almen praksis på baggrund af lægehøringen i 2024 .....	10
	Praksis vurdering af optimalt patienttal for praksis .....	11
	Praksis der er åbnet som følge af dette års lægehøring .....	11
	Praksis der ønsker at udvide kapaciteten.....	13
	Praksis der ønsker at flytte .....	15
	Anvendelse af sundhed.dk (SOFT-portal).....	16
5.	Konklusion .....	18

## 2. Introduktion

Regionen vurderer og fastsætter hvert år kapaciteten i almen praksis for at sikre lægedækning til alle regionens borgere det kommende år. Som udgangspunkt for denne fastsættelse skal regionen jf. Overenskomst for almen praksis § 2, foretage en høring af alle almen praksis i regionen.

I høringen skal de enkelte praksis bl.a. tilkendegive ønsker til antallet af sikrede<sup>1</sup>.

Udover spørgsmål til ønsker om antal sikrede indeholder høringen bl.a. spørgsmål til ønsker om udvidelse og flytning, lægernes ophørsplaner, samt forhold omkring kommunalt samarbejde.

Regionen har gennemført denne høring (Lægehøringen 2024) som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse.

Spørgeskemaundersøgelsen er sendt til alle almen praksis i regionen med mulighed for at afgive ét samlet svar pr. praksis. Undersøgelsen blev gennemført i perioden 20. august til 11. september 2024. Det anvendte spørgeskema er vedlagt som bilag til denne rapport.

Høringen blev udsendt til de 573 praksis, som var aktive pr. 20. august 2024. Praksisklinikken på Bornholm er en regionsklinik og har ikke indgået i Lægehøringen. I alt besvarede 434 praksis i år lægehøringen svarende til 75% af alle praksis, heraf har 7 praksis ikke besvaret hele spørgeskemaet i Lægehøringen, men besvaret dele af høringens elementer.

### Læsevejledning

I denne rapport præsenteres resultaterne for Lægehøringen 2024. Først beskriver rapporten den baggrundsinformation om almen praksis i Region Hovedstaden, der er relevant for planlægning af kapacitet: Udvikling i antal sikrede, antallet af kapaciteter og befolkningsprognosen frem til 2029.

Den efterfølgende del beskriver selve resultaterne af Lægehøringen 2024. Her beskrives først lægernes ønsker til antal sikrede tilknyttet praksis. Herefter beskrives Region Hovedstadens samlede kapacitet for almen praksis og dernæst opgøres praksis, der er åbnet som følge af dette års lægehøring.

Sidste del af rapporten beskriver resultaterne af en række yderligere spørgsmål fra lægehøringen; Hvor mange læger, der ønsker at udvide kapaciteten, hvor mange, der ønsker at flytte samt andelen af praksis, der anvender sundhed.dk.

### Hovedresultater

75 % af praksis i Region Hovedstaden har svaret på lægehøringen 2024. 128 praksisser har i år ønsket at få åbnet for tilgang. Det har givet 11.133 yderligere patientpladser. Antallet af sikrede pr. kapacitet er steget med 2,4 % fra 1.722 sikrede til 1.765 sikrede. Det ønskede gennemsnitlige patienttal i år er 1.801 i gennemsnit for regionen.

Med de nuværende kapaciteter kan der betjenes 2.002.712 sikrede, hvilket overstiger det forventede antal sikrede i 2025 på 1.918.365.

---

<sup>1</sup>Med sikrede menes gruppe 1- sikrede borgere, som er tilmeldt en bestemt læge og skal have henvisning til speciallæger.

### **Information til lægerne i forbindelse med besvarelse af årets lægehøring**

Erfaringer fra tidligere høringer har vist, at der er et behov ude i praksis for et bedre kendskab til begreberne 'lukkegrænse' og 'åbnegrænse', samt overenskomstens regler om antal sikrede. Ligesom sidste år er høringen i år derfor understøttet af en informationsindsats, som har haft til formål at give de praktiserende læger større viden om åbne- og lukkegrænser, samt betydningen af disse med henblik på at forbedre lægedækningsundersøgelsen som planlægningsværktøj.

### **Anvendelse af besvarelser**

Rammerne for anvendelsen af besvarelserne i lægehøringen er aftalt mellem PLO-Hovedstaden, Det Fælleskommunale Sundhedssekretariat og Region Hovedstaden.

Besvarelserne vedrørende praksis' angivelse af maksimum og minimum antal sikrede tilknyttet praksis er, som ved de seneste års undersøgelser, forpligtende for praksis. Det vil sige, at regionen, efter aftale med PLO-Hovedstaden, ændrer praksis' åbne- og lukkegrænser i overensstemmelse med lægernes svar. Det betyder også, at der for en given praksis, hvor det som følge af høringen er relevant, kan åbnes eller lukkes for tilgang af yderligere borgere. Som følge af svarene i Lægehøringen blev 128 praksis den 4. oktober åbnet for tilgang af sikrede, hvilket svarer til 11.133 yderligere patientpladser (jf. bilag 1.b).

### **Behandling af data fra Lægehøringen i 2024 vedrørende lægernes ønsker til antal sikrede**

Før 2021 vurderede regionen den samlede kapacitet i almen praksis på baggrund af lægernes tilkendegivne ønsker til maksimalt antal sikrede pr. kapacitet (dvs. lukkegrænsen). Siden 2021 estimeres i stedet et patientantal, hvor der forventes at være optimale vilkår for praksisdriften. Estimatet udregnes som et gennemsnit mellem praksis angivne åbne- og lukkegrænser. Ved denne metode søges at undgå potentiel overestimering af kapaciteten, som der kan være risiko for, når kapaciteten alene beregnes på baggrund af lægernes ønsker til maksimalt antal sikrede i praksis (lukkegrænsen).

Siden 2022 er der, med henblik på at optimere grundlaget for at lave nøjagtige kapacitetsvurderinger, ændret på estimatet for praksis, der ikke har besvaret lægehøringen. Jf. faktaboks 1.

**Faktaboks 1:** Forklaring af estimat for ikke-besvarende praksis:

I Lægehøringen for 2021 blev estimatet for ikke besvarende praksis udregnet som et gennemsnit mellem praksis aktuelle antal borgere og den mindst mulige åbnegrænse inden for overenskomstens rammer, som er 1.550 sikrede pr. kapacitet.

Estimatet for praksis, der ikke har besvaret lægehøringen blev i 2022 revurderet med henblik på at optimere grundlaget for udarbejdelsen af kapacitetsvurderinger.

På den baggrund er estimatet for ikke-besvarende praksis i år, baseret på et gennemsnit mellem praksis *aktuelle* åbne- og lukkegrænser.

I tilfælde hvor praksis ikke har besvaret spørgsmålet om åbne- og lukkegrænser og samtidig har det overenskomstbestemte minimum for åbnegrænser (1.550 borgere pr. kapacitet) og det overenskomstbestemte maksimum for lukkegrænser (2.700 pr. kapacitet) indsættes praksis aktuelle antal borgere. Dette skyldes, at et sådan spænd kan indikere, at praksis ikke har taget stilling til praksis' åbne og lukkegrænser, hvorfor det ikke vurderes at være et udtryk for, hvor mange sikrede praksis reelt kan varetage. Hvis disse praksis samtidig har et antal borgere, som er uden for overenskomstens rammer, uden at have tilladelse fra Samarbejdsudvalget til dette, vil estimatet blive sat til gennemsnittet mellem den mindst mulige åbne og lukkegrænse iht. overenskomsten (1.575 borgere pr. kapacitet). Dette kunne eksempelvis være en nyåbnet praksis, som endnu ikke har opnået det ønskede antal sikrede.

Når der fremadrettet i rapporten refereres til praksis' middelværdi mellem den angivne åbne- og lukkegrænse inkl. estimaterne for ikke besvarende praksis, betegnes opgørelsen "Hørings svar 2024 (inkl. estimat)". Når der i rapporten refereres til praksis' middelværdi mellem den angivne åbne- og lukkegrænse, uden indregnet estimat for praksis, som ikke har besvaret undersøgelsen, vil det fremgå med betegnelsen "Hørings svar 2024".

### 3. Baggrundsinformation om almen praksis i Region Hovedstaden

Generelt er udviklingen i antal sikrede tilmeldt almen praksis i Region Hovedstaden steget fra 2020 til 2024. I perioden fra 2023 til 2024 er antallet af sikrede steget med 18.332, svarende til 1 procent. Der er i perioden sket en stigning i alle regionens planområder på nær planområde Bornholm, hvor der ses et mindre fald. Den største stigning ses i planområde Syd, som er steget med 7.763 sikrede svarende til 1,4 procent.

**Tablet 1:** Antal tilmeldte sikrede fordelt på planområder i perioden 2020-2024

Planområde	Antal tilmeldte 2020	Antal tilmeldte 2021	Antal tilmeldte 2022	Antal tilmeldte 2023	Antal tilmeldte 2024	Difference 2023-2024

## Bilag 1 - BILAG 1 Lægedækningsrapport - Lægedækningsundersøgelsen for 2025 (1)

Bornholm	39.479	39.471	39.609	39.373	39.060	-313	-0,8%
Byen	486.163	485.420	491.439	497.698	501.595	3.897	0,8%
Midt	483.721	484.240	489.414	492.065	496.813	4.748	1,0%
Nord	322.233	324.587	327.315	328.434	330.671	2.237	0,7%
Syd	525.154	531.199	541.199	549.073	556.836	7.763	1,4%
<b>Hovedtotal</b>	<b>1.856.750</b>	<b>1.864.917</b>	<b>1.888.976</b>	<b>1.906.643</b>	<b>1.924.975</b>	<b>18.332</b>	<b>1,0%</b>

Note: LUNA adm. pr. 04.09.2024

### Udvikling i antal kapaciteter

I perioden 2020 til 2024 har Region Hovedstaden samlet udvidet med 35 nye kapaciteter. I 2024 blev der ikke udmøntet nogen nye kapaciteter ved den årlige fastsættelse af kapaciteten på baggrund af Lægehøringen i 2023. I 2023 blev der udvidet med 3 nye kapaciteter ved den årlige fastsættelse af kapacitet. Tabel 2 viser udvidelsen med nye kapaciteter år for år fra 2020-2024.

**Tabel 2:** Årlig udvidelse af kapaciteten i Region Hovedstaden i perioden 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024	Hovedtal
Nye kapaciteter	9	2	10	3	0	35

Note: Opgjort pr. 27.09.2024

### Aktive kapaciteter

Antallet af kapaciteter svarer som udgangspunkt til det antal læger, der kan arbejde fuld tid i praksis. En aktiv kapacitet er en kapacitet, der er tildelt en praksis, som behandler sikrede. Der var pr. 4. september 2024 1.112 aktive kapaciteter i almen praksis i Region Hovedstaden, og dermed er antallet af aktive kapaciteter steget med fem sammenlignet med 2023. Der ses den største stigning i aktive kapaciteter i planområde Midt.

**Tabel 3:** Antal aktive kapaciteter fordelt på planområder i perioden 2020-2024

Planområde	Aktive kapaciteter 2020	Aktive kapaciteter 2021	Aktive kapaciteter 2022	Aktive kapaciteter 2023	Aktive kapaciteter 2024	Difference 2023-2024	
Bornholm	28	27	27	27	28	1	3,6%

## Bilag 1 - BILAG 1 Lægedækningsrapport - Lægedækningsundersøgelsen for 2025 (1)

Byen	272	274	271	275	276	1	0,4%
Midt	283	285	284	285	287	2	0,7%
Nord	202	202	201	200	200	0	0,0%
Syd	308	315	316	320	321	1	0,3%
<b>Hovedtotal</b>	<b>1.093</b>	<b>1.103</b>	<b>1.099</b>	<b>1.107</b>	<b>1.112</b>	<b>5</b>	<b>0,4%</b>

Note: LUNA adm. pr. 04.09.2024

### Ubesatte kapaciteter

Når en praksis køber en kapacitet af en anden praksis, eller ansøger regionen om en ledig kapacitet og får den tildelt, kan den pågældende praksis vælge straks at modtage sikrede, svarende til den ny erhvervede kapacitet, hvormed kapaciteten aktiveres. Såfremt praksis ikke har tilknyttet en navngiven læge i form af en kompagnon eller en ansat læge til at varetage det ekstra antal sikrede, der følger med kapaciteten, er der tale om en aktiv men 'ubesat' kapacitet. 46 kapaciteter ud af de 1.112 aktive kapaciteter var pr. 4. september 2024 ubesatte, og er dermed ikke tilknyttet en navngiven læge. Antallet af ubesatte kapaciteter kan være et udtryk for rekrutteringsudfordringer.

**Tablet 4:** Antal ubesatte aktive kapaciteter fordelt på planområder i 2020-2024

Planområde	Ubesatte kapaciteter 2020	Ubesatte kapaciteter 2021	Ubesatte kapaciteter 2022	Ubesatte kapaciteter 2023	Ubesatte kapaciteter 2024
Bornholm	6	6	5	4	6
Byen	10	8	7	8	10
Midt	11	8	9	12	9
Nord	4	2	7	4	6
Syd	16	24	25	23	15
<b>Hovedtotal</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>53</b>	<b>51</b>	<b>46</b>

Note: LUNA adm. pr. 04.09.2024

### Kapaciteter på vej

'Kapaciteter på vej' dækker over kapaciteter som endnu ikke er aktive – det vil sige, at de endnu ikke modtager patienter. Det kan være kapaciteter, som aktuelt er, eller er på vej til at komme, i opslag. Det kan fx være nye kapaciteter, der opslås som en udvidelse af den samlede kapacitet i forbindelse med den årlige vurdering af lægedækningen eller kapaciteter, som regionen har fået tilbage, når en læge ophører uden at overdrage sin kapacitet til en anden læge. Det kan også være kapaciteter, som efter opslag er tildelt læger, men som endnu ikke har nedsat sig og derfor ikke modtager sikrede.

Foruden de ovenfor nævnte 'kapaciteter på vej' er der i Region Hovedstaden en pulje af kapaciteter, som kan anvendes ved uforudsete lægedækningsudfordringer i særlige områder. Disse medregnes ikke i den samlede inaktive kapacitet, idet udmøntning af disse kræver, at lægedækningsituationen i området er ekstraordinær og ikke kan løses med den eksisterende kapacitet.

Pr. 1. oktober 2024 var der i Region Hovedstaden 19 kapaciteter på vej. Dermed er der i alt 1.131 kapaciteter i almen praksis i Region Hovedstaden.

Antallet af kapaciteter på vej er lavere end sidste år, hvor der var 29 kapaciteter på vej. Der er flest kapaciteter på vej er i planområde Syd.

**Tabel 5:** Antal ikke-aktive kapaciteter fordelt på planområder i 2023

Planområde	Kapaciteter i opslag eller proces herom	Tildelte, ikke-aktive kapaciteter	Kapaciteter der afventer omfordeling	Puljekapaciteter	Total ikke-aktive kapaciteter (puljekapaciteter)
Bornholm	0	0	0		0
Byen	0	2	0		2
Midt	3	1	0		4
Nord	0	2	0		2
Syd	1	6	0		7
Ikke placeret	0	0	0	4	0 (+ 4)
<b>Hovedtotal</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>0</b>		<b>15 (+ 4 puljekapaciteter)</b>

Note: NOTUS Regional pr. 14.09.2023

Det kan tage op til 1 ½ år fra annoncering af en ledig kapacitet, og til kapaciteten er aktiveret og betjener sikrede. Det skyldes, at der først skal laves opslag og tildelingsproces. Herefter får lægen som hovedregel 9 måneder til at etablere sig.

#### Udvikling i antal sikrede pr. kapacitet

I perioden fra 2020 til 2024 har der været en generel stigning i det gennemsnitlige antal sikrede pr. kapacitet for Region Hovedstaden. I perioden 2023 til 2024 er der sket en stigning i det gennemsnitlige antal sikrede pr. kapacitet på 2,4 procent svarende til 43 flere sikrede pr. kapacitet jf. tabel 6. Den største stigning i det gennemsnitlige antal sikrede pr. kapacitet ses i planområde Syd, imens der ses et fald i planområde Bornholm.

**Tabel 6:** Antal sikrede pr. kapacitet fordelt på planområder i perioden 2020-2024

Planområde	Antal sikrede pr. kapacitet 2020	Antal sikrede pr. kapacitet 2021	Antal sikrede pr. kapacitet 2022	Antal sikrede pr. kapacitet 2023	Antal sikrede pr. kapacitet 2024	Difference fra 2023 til 2024	
						Antal	Procent
Bornholm	1.410	1.462	1.467	1.458	1.435	-23	-1,6%
Byen	1.787	1.772	1.813	1.810	1.816	6	0,3%
Midt	1.709	1.699	1.723	1.727	1.772	45	2,5%
Nord	1.595	1.607	1.628	1.642	1.678	36	2,1%
Syd	1.705	1.686	1.713	1.716	1.778	62	3,5%
Hovedtotal	1.699	1.691	1.719	1.722	1.765	43	2,4%

Note: LUNA adm. pr. 04.09.2024

### Befolkningsprognosen

I Tabel 7 ses det, at der i løbet af 2025-2029 forventes at være en befolkningstilvækst, som svarer til i alt 20,3 kapaciteter (Tabel 7). Beregningen af antal kapaciteter, der skal til for at varetage de nye borgere, er foretaget på baggrund af den forventede befolkningstilvækst i de enkelte områder sammenholdt med lægernes estimerede ønske til antallet sikrede i hvert af områderne (bilag 2b).

**Tabel 7:** Forventet udvikling i befolkning og kapacitetsbehov fra 2025-2029

	2025	2026	2027	2028	2029	2025-2029
Forventet befolkningsudvikling	12.441	-2.611	8.766	9.217	8.776	36.589
Forventet kapacitetsbehov pba. Befolkningsudvikling	6,9	-1,5	4,9	5,1	4,9	20,3

Note: Befolkningsprognosen for kommunerne er fra Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2024 efter kommune, køn og alder. For bydele i København er Københavns Kommunes egen prognose anvendt.

## 4. Resultater fra Lægehøringen 2024

Spørgeskemaundersøgelsen opnåede en svarprocent på 75 procent. Som det fremgår af tabel 8, er svarprocenten tæt på at være den samme som for sidste års høring.

**Tabel 8:** Svardeltagelse på årlige høringer fordelt på planområder i perioden 2020-2024

Planområde	Svarprocent høring 2020	Svarprocent høring 2021	Svarprocent høring 2022	Svarprocent høring 2023	Svarprocent høring 2024	Antal praksis der har	Praksis pr. 1.

						besvaret 2024	august 2024
Bornholm	100%	91%	90%	90%	100%	10	10
Byen	71%	77%	74%	70%	75%	119	159
Midt	73%	76%	74%	75%	72%	108	149
Nord	75%	70%	76%	80%	71%	65	91
Syd	71%	77%	78%	75%	76%	125	164
Hovedtotal	72%	76%	76%	75%	75%	427	573

### Ønsker til antal sikrede tilknyttet praksis

Tabel 9 viser dette års resultater vedr. lægernes ønsker til antal sikrede sammenholdt med resultaterne fra forrige års undersøgelser. Det ses, at det ønskede patientantal, hvor en praksis forventes at have optimale vilkår for praksisdrift i gennemsnit er 1.801 sikrede pr. kapacitet (høringssvar 2024 inkl. estimat). Det er 14 sikrede pr. kapacitet mere sammenlignet med høringen året før.

Da metoden til estimering af ønskede antal sikrede pr. kapacitet ændrede sig i 2022 kan høringssvarene fra 2019-2021 ikke sammenlignes med høringssvarene fra 2022-2024 for ønskede patienttal inkl. estimat.

**Tabel 9:** Praksis ønsker til antal sikrede pr. kapacitet fordelt på planområder i perioden 2020-2024 (høringssvar)

Plan-område	2020		2021		2022		2023		2024				
	Høringssvar		Høringssvar		Høringssvar		Høringssvar		Høringssvar		Sikrede pr. kapacitet*	Difference høringssvar og sikrede pr. kapacitet	
	(Inkl. estimat)	72%	(Inkl. estimat)	76%	(Inkl. estimat)	76%	(Inkl. estimat)	75%	(Inkl. estimat)	75%		(Inkl. estimat)	75%
Bornholm	1.400	1.400	1.474	1.536	1.457	1.500	1.467	1.539	1.371	1.371	1.435	-64	-64
Byen	1.908	1.915	1.800	1.885	1.861	1.920	1.851	1.845	1.874	1.875	1.816	58	59
Midt	1.831	1.825	1.730	1.801	1.757	1.786	1.775	1.788	1.803	1.779	1.772	31	7
Nord	1.706	1.703	1.658	1.708	1.688	1.714	1.738	1.753	1.715	1.687	1.678	37	9
Syd	1.769	1.790	1.735	1.811	1.768	1.820	1.775	1.776	1.803	1.832	1.778	25	54

Hovedt otal	1.799	1.801	1.729	1.801	1.766	1.807	1.787	1.790	1.801	1.798	1.765	36	33
----------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----	----

Note: \*Sikrede pr. kapacitet, er det faktiske antal tilmeldte sikrede pr. kapacitet i praksis pr. 04.09.2024. I opgørelsen for 'Høringsvar 2024 (75%)' er kun besvarende praksis' svar medregnet. Der er både medregnet ønsker om lavere og højere patienttal indenfor overenskomstens ramme.

### Kapacitet i almen praksis på baggrund af Lægehøringen

De praktiserende læger er forpligtet via Overenskomsten for almen praksis til at varetage minimum 1.600 sikrede pr. kapacitet. Dette svarer til en minimumskapacitet på 1.779.200 sikrede.

Ifølge undersøgelsen er det antal sikrede, som praksis estimeres at fungere optimalt ved 1.801 sikrede pr. kapacitet. Det giver, på baggrund af lægernes besvarelser i lægehøringen, i udgangspunktet en samlet estimeret kapacitet på regionsniveau på 2.002.712 sikrede.

Udover de 1.112 aktive kapaciteter er der 19 kapaciteter, som aktuelt ikke er aktive. I alt har regionen en samlet mulig kapacitet på 1.131 kapaciteter. På baggrund af tidligere erfaringer vurderes det dog kun, at 8 af de inaktive kapaciteter bliver aktiveret i 2025, hvilket giver en forventet aktiv kapacitet på 1.120 kapaciteter i 2025. Med 1.120 aktive kapaciteter vil det være muligt at varetage 2.015.512 sikrede. I denne beregning antages det som ovenfor, at de aktive kapaciteter varetager 1.801 sikrede pr. kapacitet (Høringsvar 2024 inkl. Estimat) mens de aktuelt 8 inaktive kapaciteter aktiveres og varetager 1.600 sikrede pr. kapacitet, som er den lavest mulige lukkegrænse.

Da befolkningen i regionen forventes at stige til 1.918.365 i 2025, vil der derfor overordnet set være tilstrækkelig kapacitet til at dække både det nuværende antal sikrede og den forventede tilvækst i 2024 (jf. tabel 10).

Undersøgelsen viser, at der alt andet lige er tilstrækkelig kapacitet til at dække det aktuelle antal sikrede samt den forventede befolkningstilvækst i 2025. Der vil dog være områder, hvor kapaciteten i regionen ikke kan udnyttes optimalt, da 100% af kapaciteten ikke nødvendigvis er placeret i de planlægningsområder, hvor behovet er. Dette skyldes blandt andet, at lægedækning og befolkningstilvækst varierer på tværs af planlægningsområder, og at det derfor er svært at opnå en fuldstændig dækning i planlægningsområderne.

**Tabel 10:** Samlet estimeret kapacitet i regionen i 2025

	Kapaciteter	Sikrede der kan betjenes
Nuværende aktive kapaciteter	1.112	2.002.712
Hvis der aktiveres 8 af de aktuelt inaktive kapaciteter	1.120	2.015.512
Forventet antal sikrede i regionen i 2025	1.918.365	

Note: Regionens aktive kapaciteter er opgjort pr. 04.09.2024. Antal sikrede, det vil være muligt at betjene, er beregnet som antal kapaciteter ganget med høringsvar for 2024 (inkl. estimat). De inaktive kapaciteter

er beregnet med den mindst mulige lukkegrænse inden for overenskomstens rammer på 1.600 sikrede pr. kapacitet.

### Praksis vurdering af optimalt patienttal for praksis udenfor overenskomsten

På samme måde som sidste års lægehøring indeholdte dette års undersøgelse et spørgsmål om de praktiserende lægers egen vurdering af, ved hvilket antal sikrede deres praksis fungerer optimalt, som ligger ud over overenskomstens grænser.

I gennemsnit vurderer lægerne, at deres praksis vil fungere optimalt ved 1.799 sikrede pr. kapacitet, hvis de helt frit kan vælge. Der er dog store forskelle mellem de forskellige planlægningsområder, og det er derfor vigtigt at tage højde for områdets geografi og sygdomsbyrde med videre for at få indblik i, hvornår lægerne vurderer, at deres praksis vil fungere optimalt.

#### *Praksis der vurderer optimalt patienttal uden for overenskomstens rammer*

I dette års høring har 66 praksis, der ikke aktuelt har tilladelse til nedsat patienttal angivet, at praksis vil fungere optimalt ved et antal sikrede lavere end 1.550. Praksis er fordelt i alle planområderne. Derudover har 7 praksis, der ikke har tilladelse til forhøjet patienttal angivet, at deres praksis vil fungere optimalt med flere end 2.700 sikrede pr. kapacitet. De fordeler sig i planområderne Byen og Syd.

**Tablet 11:** Oversigt over praksis, der vurderer optimalt patienttal udenfor overenskomstens rammer

Planområde	Antal praksis i alt	Antal praksis ønsker nedsat patienttal	Gennemsnitligt ønske til nedsat patienttal kapacitet pr.	Antal praksis ønsker forhøjet patienttal	Gennemsnitligt ønske til forhøjet patienttal kapacitet pr.
Bornholm	10	7	1.269	0	-
Byen	159	11	1.390	6	3.067
Midt	149	18	1.363	0	-
Nord	91	13	1.381	0	-
Syd	164	17	1.434	1	3.000
Hovedtotal	573	66	1.379	7	3.057

Svarene fra spørgsmålet om patienttal, hvor der kan svares et antal som ligger uden for overenskomsten, bliver ikke anvendt som grundlag for kapacitetsplanlægningen i regionen. Spørgsmålet kan dog hjælpe give et indblik i, hvor mange sikrede regionens praktiserende læger ønsker, hvis de kunne vælge helt frit.

### Praksis, der er åbnet som følge af dette års lægehøring

På baggrund af praksis' besvarelser af åbne- og lukkegrænser i Lægehøringen blev praksis' åbne/lukkestatus ændret pr. 4. oktober. Praksis blev åbnet for tilgang, hvis praksis havde tilkendegivet et ønske om en højere lukkegrænse end praksis' aktuelle antal tilmeldte sikrede. Dette gjaldt dog kun, hvis den pågældende praksis ikke havde fravalgt at blive åbnet for patienttilgang i spørgeskemaet.

I alt har 213 lukkede praksis angivet en ønsket lukkegrænse, der er højere end det antal sikrede, som praksis har tilmeldt. Af disse fravalgte 85 praksis at blive åbnet for patienttilgang, og heraf havde 3 enten tilladelse

til nedsat eller øget patienttal eller var selektivt åbent. Dermed blev 128 praksis åbnet den 4. oktober for tilgang af sikrede. Det svarer til 11.133 yderligere patientpladser (jf. tabel 12).

Planområde Midt, som er det planlægningsområde, der får flest nye patientpladser som følge af Lægehøringen 2024, får i alt 4.192 ekstra patientpladser fordelt på 34 praksis.

**Tabel 12:** Lukkede praksis, der ønsker at åbne for tilgang (høringssvar 2024)

Planområder	Antal praksis i alt	Antal praksis med lukket for tilgang	Antal lukkede praksis, som åbner for tilgang	Antal ekstra sikrede, praksis optager
Bornholm	10	6	0	0
Byen	159	96	35	2.116
Midt	149	97	34	4.192
Nord	91	54	21	1.242
Syd	164	120	38	3.583
Hovedtotal	573	373	128	11.133

Note: Opgjort pr. 4. september 2024. Opgørelsen indeholder udelukkende praksis, der har besvaret spørgsmålene om åbne- og lukkestatus (75%). Praksis' åbne og lukkegrænse ændres automatisk pr. 4 oktober 2024.

*Læger som ikke ønsker at blive åbnet på baggrund af Lægehøringen*

78 af de praksis, som har et aktuelt antal tilmeldte sikrede, som ligger under deres angivne ønske til lukkegrænse, har angivet, at praksis' ikke ønsker at blive åbnet for patienttilgang som følge af svarene i Lægehøringen. I tabel 13 ses en kondenseret oversigt over årsager, som praksis har angivet til, at de ikke vil åbnes for tilgang.

**Tabel 13:** Kondenseret oversigt over årsager til praksis ikke vil åbnes for patienttilgang

Note: Årsager er kondenseret fra Lægehøringen 2024

Angivne årsager til ikke at ville åbnes for patienttilgang
Travlhed/stor arbejdsmængde
Vil vente til åbnegrænsen nås
Antal sikrede er tæt på lukkegrænsen
Praksis vil selv have mulighed for at vælge hvornår der åbnes og lukkes for tilgang

Det aktuelle antal sikrede er passende
Sygdom i praksis eller i familie til ansatte i praksis
Mange svært syge borgere (multisyge, kronikere)
Ønske om selektiv eller begrænset åbning
Underbemanding/personalemangel
Læger i praksis har en høj alder
Ønsker færre sikrede
Igangværende personaleomrokering/ ansættelse af nyt personale
Overvejer salg eller flytning af praksis

*Mindsket spænd mellem praksis åbne- og lukkegrænse*

Tabel 14 viser, at det gennemsnitlige spænd mellem åbnegrænsen og lukkegrænsen er mindsket fra 145 sikrede til 116 sikrede, hvilket svarer til, at praksis i gennemsnit har mindsket spændet med 28 sikrede. Efter høringen har praksis i gennemsnit en åbnegrænse på 1.744 sikrede pr. kapacitet. Dette er 194 sikrede mere i gennemsnit end 1.550 sikrede pr. kapacitet, som er den lavest mulige åbnegrænse jf. overenskomsten.

**Tabel 14:** Spænd mellem åbnegrænse og lukkegrænse i praksis

Planområde	Antal praksis der fik tilsendt høringen	Praksis gennemsnitlige spænd mellem åbnegrænse og lukkegrænse		
		Før høring	Efter høring	Difference før og efter høring
Bornholm	10	534	208	-326
Byen	159	124	111	-12
Midt	149	143	128	-25
Nord	91	135	122	-12
Syd	164	148	102	-46
<b>Hovedtotal</b>	<b>573</b>	<b>145</b>	<b>116</b>	<b>-28</b>

**Praksis der ønsker at udvide kapaciteten**

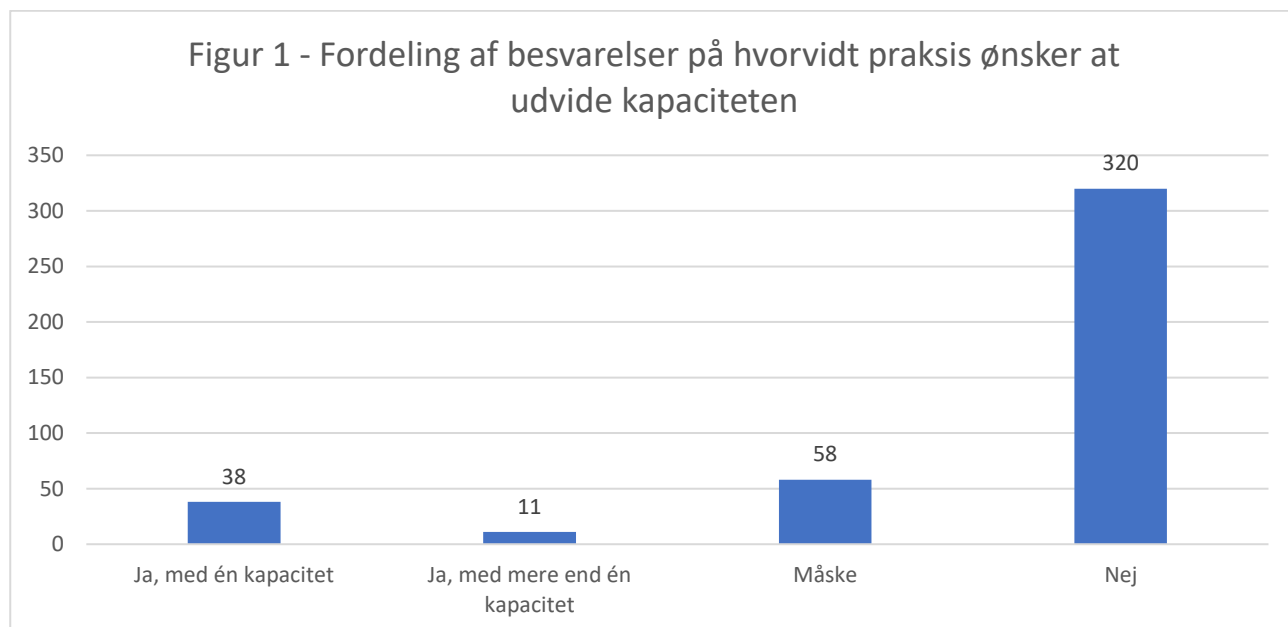
Af de 427 praksis, der har besvaret spørgsmålet om udvidelse af kapacitet, har 107 praksis (25%) enten svaret "ja" eller "måske" til, at de ønsker at udvide kapaciteten inden for det kommende år.

Planområde Syd og Nord er de planområde, hvor flest praksis ønsker at udvide med kapacitet (Tabel 15).

**Tabel 15:** Antal praksis der har angivet måske eller ja til spørgsmålet om hvorvidt de ønsker at udvide kapaciteten i praksis

Planområde	Antal praksis der ønsker at udvide kapaciteten	Andel af praksis der har besvaret med ønske om at udvide kapaciteten (%)
Bornholm	0	0%
Byen	31	26%
Midt	22	20%
Nord	22	34%
Syd	32	25%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>25%</b>

Som det fremgår af figur 1 har 38 praksis svaret, at de ønsker at udvide med én kapacitet, 11 har svaret at de ønsker at udvide med mere end én kapacitet og 58 har svaret, at de måske ønsker at udvide deres kapacitet.



Sammenlignet med Lægedækningsundersøgelsen for 2023 var der i 2024 lidt færre (19%) af praksis, der ønskede at udvide med kapacitet, men her angav 38 praksis et ønske om at udvide med mere end én kapacitet.

**Praksis der ønsker at flytte**

57 praksis ønsker at flytte eller overvejer at flytte inden for det kommende år, hvilket svarer til 13 % af 427 svar. Herunder er der hhv. 35, der har svaret "måske" og 22, der har svaret "ja". Der er i planområde Byen flest praksis, der ønsker eller overvejer at flytte (22) efterfulgt af planområde Midt (18). For planområde Bornholm har 6 ud af 7 praksis svaret "nej" til et ønske om flytning.

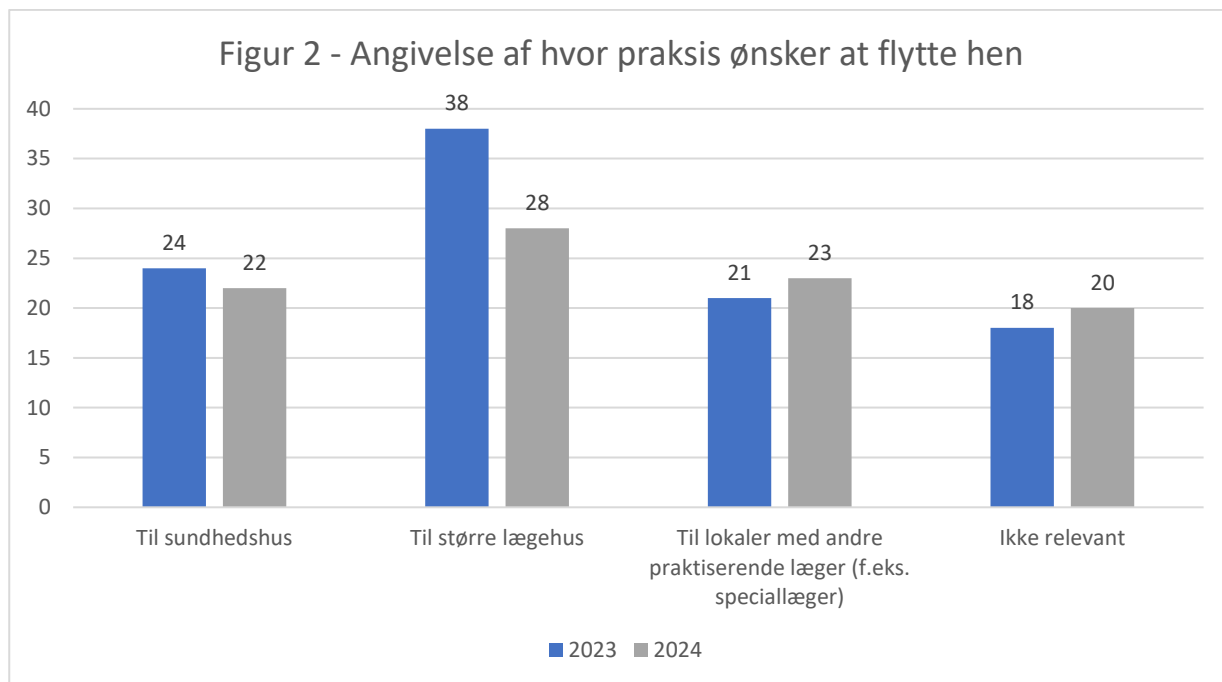
Ved Lægedækningsundersøgelsen for 2023 ønskede eller overvejede 15 % at flytte inden for det kommende år.

Tabel 16: Antal praksis, der har angivet måske eller ja til spørgsmålet "Har praksis ønske eller planer om at flytte inden for det kommende år?" fordel på planområder

Planområde	Antal praksis der ønsker eller overvejer at flytte praksis	Andel af praksis der har besvaret med ønske om flytning (%)
Bornholm	1	10%
Byen	22	18%
Midt	18	17%
Nord	4	6%
Syd	12	10%
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>13%</b>

Af de 57 praksis med ønske eller overvejelser om at flytte, angiver en stor del at ville flytte til enten et større lægehus (28), et sundhedshus (22), eller til lokaler med andre praktiserende læger (23). I bilag 2 og 3 ses fordelingen af læger med ønske om at flytte fordelt på planlægningsområder.

I figur 2 vises hvor de enkelte praksis ønsker at flytte henholdsvis i 2023 og 2024.

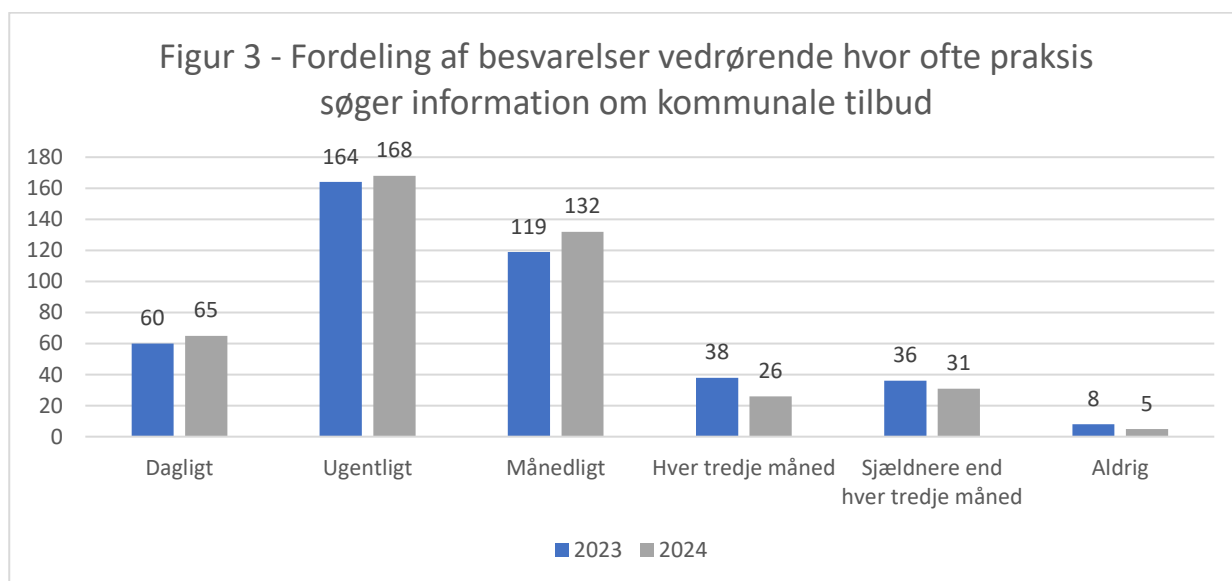


Note: Praksis kan have angivet mere end ét svar.

#### Anvendelse af sundhed.dk (SOFT-portalen)

Langt størstedelen af praksis (i alt 422) angiver at de søger informationer om kommunernes sundhedstilbud på sundhed.dk (SOFT-portalen) eller sundhedstilbud.kk.dk, hvilket svarer til en andel på 98,2 %. 1,8 % (5 praksis) af praksis har angivet, at de aldrig søger informationer om kommunernes sundhedstilbud.

I figur 3 vises hyppigheden af, hvor ofte praksis søger informationer på SOFT-portalen i henholdsvis 2023 og 2024. Samlet set søger 300 praksis informationer ugentlig og månedligt, hvilket svarer til ca. 70 % af praksis.



I tabel 17 ses fordelingen af antal praksis i de fem planområder, der hhv. aldrig, dagligt, ugentligt, månedligt, hver tredje måned eller sjældnere end hver 3. måned søger information om kommunernes sundhedstilbud på sundhed.dk (SOFT-portal). Der er samlet set flest i planområde Byen og Syd, der anvender SOFT-portal dagligt eller ugentligt.

**Tabel 17: Antal praksis der søger information om kommunernes sundhedstilbud på sundhed.dk fordelt på planområder**

Planområde	Dagligt	Ugentligt	Månedligt	Hver 3. måned	Sjældnere	Aldrig	Total
Bornholm	0	1	5	3	1	0	10
Byen	25	57	30	3	4	0	119
Midt	13	37	37	9	10	2	108
Nord	8	21	21	5	8	2	65
Syd	19	52	39	6	8	1	125
<b>Hovedtotal</b>	<b>65</b>	<b>168</b>	<b>132</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>427</b>

I tabel 18 ses opgørelse af antallet af henvisninger, som de forskellige kommuner har modtaget fra praktiserende læger til forebyggende kommunale sundhedstilbud.

**Tabel 18: Antal henvisninger til forebyggende kommunale sundhedstilbud**

Planområde	2020	2021	2022	2023	2024
Bornholm	15	144	143	116	73
Byen	1279	5877	8224	9693	6787
Midt	395	2209	2838	2678	1864
Nord	357	1910	2340	2713	2137
Syd	567	1749	1767	1983	1355
<b>Hovedtotal</b>	<b>2613</b>	<b>11889</b>	<b>15312</b>	<b>17183</b>	<b>12216*</b> Fremskrivning: 15.270

Pr. 11. 09. 2024. \*Opgørelsen for 2024 laves, når der stadig mangler ca. ¼ af året. Derfor laves en fremskrivning, hvor tallet for 2024 pr. 11. september tillægges 25%, for at det bedre kan sammenlignes med tidligere år. Ud fra fremskrivningen er det forventede antal henvisninger til forebyggende kommunale sundhedstilbud i 2024 i alt 15.270.

## 5. Konklusion

I alt besvarede 427 praksis Lægehøringen i 2024, hvilket svarer til en svarprocent på 75 procent.

Som følge af svarene i Lægehøringen åbnede 128 praksis den 4. oktober for tilgang af sikrede, hvilket svarer til 11.133 yderligere patientpladser.

Spørgsmålet om ved hvilket patienttal praksis fungerer optimalt (uden hensyntagen til overenskomstens rammer), viser at lægerne i gennemsnit vurderer, at deres praksis fungerer optimalt, når de har 1.799 sikrede pr. kapacitet.

I Lægedækningsundersøgelsen for 2024 estimeres det, at praksis har optimale muligheder for en bæredygtig praksisdrift ved 1.801 sikrede pr. kapacitet (Høringssvar 2024 inkl. estimat). Undersøgelsen viser også, at der frem mod udgangen af 2025 vil være et samlet antal sikrede i regionen på 1.918.365, og at regionen med en forventet aktiv kapacitet på 1.120 kapaciteter, vil have en estimeret kapacitet til at varetage ca. 2.015.512 sikrede i 2024.

Selvom undersøgelsen viser, at regionen som helhed bør have tilstrækkelig kapacitet til at dække behovet, kan der af flere forskellige årsager, være kapacitet som ikke kan udnyttes optimalt. Dette skyldes blandt andet, at lægedækningen og befolkningstilvæksten varierer på tværs af regionens planlægningsområder, samt at man aldrig kan ramme en fuldstændig præcis dækning i planlægningsområderne. Dermed vil kapaciteten ikke altid være placeret i de planlægningsområder, hvor behovet er. På den baggrund vurderes det, at kapaciteten for de kommende år ikke alene bør baseres på en opgørelse over regionen som helhed, men at opgørelsen bør suppleres med, at der ses nærmere på lægedækningssituationen i de enkelte planlægningsområder.

I forbindelse med lægehøringen er praksis blevet opfordret til, at praksis indsnævre spændet (afstanden) mellem deres åbnegrænser og lukkegrænser. Gennemsnitligt har praksis i denne periode mindsket forskellen mellem åbnegrænse og lukkegrænse med 28 sikrede pr. kapacitet. Denne effekt betyder samtidig, at regionen kan beregne og vurdere lægedækningen med større sikkerhed end tidligere.

**Center for Sundhed**  
Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen

**REGION**

# Bilag til lægedækningsundersøgelsen for 2025

## 1. Indhold

Bilag 1 Fordeling af potentiel ekstrakapacitet.....	2
Bilag 2 befolkningsprognose for 2025-2029.....	4
Bilag 3. Forventet kapacitetsbehov baseret på befolkningsudvikling for 2025-2029.....	6
Bilag 4 - Spørgeskema anvendt i lægehøringen for 2024.....	7
Bilag 5: praksis der ønsker at udvide med kapacitet fordelt på planlægningsområder.....	15
Bilag 6. Læger med ønske om at flytte fordelt på planlægningsområder.....	17
Bilag 7. Praksis med ønske om at flytte til lokalefællesskaber med andre behandlere fordelt på planlægningsområde.....	18
Bilag 8. Praksis der søger information om kommunernes sundhedstilbud på sundhedstilbud.kk.dk eller på sundhed.dk.....	19

**Bilag 1 Fordeling af potentiel ekstracapacitet.**

Potentiel kapacitet fra lukkede praksis – der ønsker at åbne for tilgang (høringssvar 2024)

Potentielt ledige patientpladser i praksis der åbner for tilgang, som følge af lægedækningsundersøgelsen				
Planområder og planlægningsområder	Antal praksis i alt	Antal lukkede praksis	Antal lukkede praksis, som åbner for tilgang	Antal ekstra borgere, praksis kan optage
Bornholm	10	6	0	0
Bornholms Regionskommune	10	6	0	0
Byen	159	96	35	2.116
Bispebjerg	12	6	3	181
Brønshøj-Husum	14	7	4	160
Frederiksberg Kommune	42	27	7	324
Indre By	20	13	4	309
Nørrebro	25	14	4	311
Vanløse	13	7	2	179
Østerbro	33	22	11	652
Midt	149	97	34	4.192
Ballerup Kommune	18	16	6	482
Egedal Kommune	7	6	3	127
Furesø Kommune	13	7	3	51
Gentofte Kommune	30	19	10	1.581
Gladsaxe Kommune	24	16	2	124
Herlev Kommune	8	7	0	0
Lyngby-Taarbæk Kommune	17	7	5	267
Rudersdal Kommune	22	12	3	467

Bilag 1 - BILAG 1 Lægedækningsrapport - Lægedækningsundersøgelsen for 2025 (1)

Rødovre Kommune	10	7	2	1.063
Nord	91	54	21	1.242
Allerød Kommune	8	2	1	21
Fredensborg Kommune	12	6	3	87
Frederikssund Kommune	11	8	4	424
Gribskov Kommune	7	4	1	37
Halsnæs Kommune	6	3	0	0
Helsingør Kommune	23	1	3	56
Hillerød Kommune	15	12	7	314
Hørsholm Kommune	9	6	2	303
Syd	164	120	38	3.583
Albertslund Kommune	12	9	1	11
Amager	36	23	8	746
Brøndby Kommune	11	7	4	158
Dragør Kommune	5	3	1	113
Glostrup Kommune	6	6	1	3
Hvidovre Kommune	17	15	7	427
Høje-Taastrup Kommune	16	13	2	148
Ishøj Kommune	3	2	1	496
Tårnby Kommune	16	13	2	184
Valby	16	11	4	416
Vallensbæk	5	5		
Vesterbro	21	13	7	881
Hovedtotal	573	373	128	11.133

**Bilag 2 befolkningsprognose for 2025-2029**

Forventet befolkningsudvikling for 2025-2029 i Region Hovedstaden

Forventet befolkningsudvikling						
Planområde/ Planlægningsområde	2025	2026	2027	2028	2029	2025-2029
Bornholm	-90	-381	-125	-118	-115	-829
Bornholm	-90	-381	-125	-118	-115	-829
Byen	2963	10	110	516	1440	5039
Bispebjerg	1019	581	450	271	65	2386
Brønshøj-Husum	107	150	-3	155	394	803
Frederiksberg	-202	-1377	-337	-311	-294	-2539
Indre By	677	100	52	-50	-142	637
Nørrebro	611	-403	-243	-104	161	22
Vanløse	266	-22	366	-35	-126	449
Østerbro	503	981	-175	590	1382	3281
Midt	1941	-2844	1029	1056	1050	2232
Ballerup	458	6	344	343	332	1483
Egedal	325	-60	225	222	224	936
Furesø	213	-181	134	140	143	449
Gentofte	-279	-1085	-371	-341	-321	-2397
Gladsaxe	208	-507	99	106	107	13
Herlev	152	-134	97	92	92	299
Lyngby-Taarbæk	259	-399	106	102	96	164
Rudersdal	-28	-569	-103	-88	-78	-866
Rødovre	633	85	498	480	455	2151
Nord	1248	-1577	698	710	712	1791
Allerød	-6	-182	-32	-28	-29	-277
Fredensborg	184	-232	104	105	105	266

Bilag 1 - BILAG 1 Lægedækningsrapport - Lægedækningsundersøgelsen for 2025 (1)

Frederikssund	212	-161	128	130	128	437
Gribskov	116	-266	59	67	72	48
Halsnæs	33	-220	-9	-11	-12	-219
Helsingør	200	-254	118	125	126	315
Hillerød	617	71	449	433	426	1996
Hørsholm	-108	-333	-119	-111	-104	-775
Syd	6379	2181	7054	7053	5689	28356
Albertslund	-54	-311	-80	-72	-64	-581
Amager	1649	1036	3822	2621	2591	11719
Brøndby	645	184	509	489	475	2302
Dragør	-45	-155	-60	-55	-49	-364
Glostrup	87	-183	35	32	32	3
Hvidovre	65	-386	2	14	19	-286
Høje-Taastrup	1122	367	873	827	785	3974
Ishøj	122	-128	61	57	50	162
Tårnby	126	-255	41	39	32	-17
Valby	842	-331	-215	136	-85	347
Vallensbæk	44	-178	3	9	18	-104
Vesterbro	1776	2521	2063	2956	1885	11201
Hovedtotal	12441	-2611	8766	9217	8776	36589

Note: Befolkningsprognosen for kommunerne er fra Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning 2024 efter kommune, køn og alder. For bydele i København er Københavns Kommunes egen prognose anvendt.

## Bilag 3. Forventet kapacitetsbehov baseret på befolkningsudvikling for 2025-2029

Forventet kapacitetsbehov baseret på befolkningsudvikling						
Planområde/planlægningsområde	2025	2026	2027	2028	2029	2025-2029
Bornholm	-0,1	-0,3	-0,1	-0,1	-0,1	-0,6
Bornholm	-0,1	-0,3	-0,1	-0,1	-0,1	-0,6
Byen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bispebjerg	0,6	0,3	0,3	0,2	0,0	1,3
Brønshøj-Husum	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,5
Frederiksberg	-0,1	-0,7	-0,2	-0,2	-0,2	-1,4
Indre By	0,3	0,1	0,0	0,0	-0,1	0,3
Nørrebro	0,3	-0,2	-0,1	-0,1	0,1	0,0
Vanløse	0,2	0,0	0,2	0,0	-0,1	0,3
Østerbro	0,3	0,5	-0,1	0,3	0,7	1,8
Midt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ballerup	0,3	0,0	0,2	0,2	0,2	0,9
Egedal	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,5
Furesø	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Gentofte	-0,2	-0,6	-0,2	-0,2	-0,2	-1,3
Gladsaxe	0,1	-0,3	0,1	0,1	0,1	0,0
Herlev	0,1	-0,1	0,1	0,0	0,0	0,2
Lyngby-Taarbæk	0,1	-0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Rudersdal	0,0	-0,3	-0,1	-0,1	0,0	-0,5
Rødovre	0,3	0,0	0,3	0,2	0,2	1,1
Nord	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Allerød	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,2
Fredensborg	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Frederikssund	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,1	0,3
Gribskov	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Halsnæs	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1
Helsingør	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Hillerød	0,4	0,0	0,3	0,3	0,2	1,2
Hørsholm	-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,5
Syd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Albertslund	0,0	-0,2	0,0	0,0	0,0	-0,3
Amager	0,9	0,6	2,1	1,4	1,4	6,3
Brøndby	0,3	0,1	0,3	0,3	0,3	1,2
Dragør	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,2
Glostrup	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Hvidovre	0,0	-0,2	0,0	0,0	0,0	-0,2
Høje-Taastrup	0,6	0,2	0,5	0,4	0,4	2,1
Ishøj	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Tårnby	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Valby	0,5	-0,2	-0,1	0,1	0,0	0,2
Vallensbæk	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1
Vesterbro	1,0	1,4	1,1	1,6	1,0	6,2
<b>Hovedtotal</b>	<b>6,9</b>	<b>-1,4</b>	<b>4,9</b>	<b>5,1</b>	<b>4,9</b>	<b>20,3</b>

## Bilag 4 - Spørgeskema anvendt i lægehøringen for 2024

### Spørgeskema – Lægehøringen for 2024

Side 1

#### Lægehøring for 2024

Region Hovedstaden gennemfører den årlige Lægehøring med det formål at afdække kapaciteten i almen praksis. Høringen er fastsat i Overenskomst om almen praksis § 2. Undersøgelsen omfatter også spørgsmål til øvrige forhold omkring praksis, der indgår efter ønske fra regionen.

Bemærk, at Lægehøringen er bindende, og at det er vigtigt, at du svarer realistisk på spørgsmålene. Et realistisk svar på spørgsmålene om åbne- og lukkegrænse kan være afgørende for at opretholde en bæredygtig arbejdsmængde i praksis. Eksempelvis kan en urealistisk høj lukkegrænse være problematisk, hvis en nabopraksis lukker, da din praksis med dags varsel kan få tilmeldt sikrede op til lukkegrænsen. Du bedes have med i dine overvejelser, at Lægehøringen anvendes til kapacitetsvurderinger i regionen, og dermed har betydning for, hvor mange praksis, der skal være i dit planlægningsområde.

Der skal udfyldes ét skema pr. praksis. Det vil sige, at kompagniskabspraksis eller delepraksis med flere læger skal svare samlet. Det er derfor en god idé at drøfte spørgsmålene med andre læger i din praksis inden besvarelse.

Lægehøringen er ikke anonym, men oplysninger fra praksis behandles fortroligt, og data offentliggøres kun på aggregeret niveau. Det er aftalt, at PLO-Hovedstadens sekretariat også har adgang til data fra Lægehøringen. På baggrund af din besvarelse kan du blive kontaktet af Region Hovedstaden som led i arbejdet med rekruttering og fastholdelse af praktiserende læger. Ligeledes kan du blive kontaktet, hvis dine svar vedrørende åbne- og lukkegrænse giver anledning til det.

Oplever du tekniske problemer i forbindelse med besvarelsen af Lægehøringen, eller har du spørgsmål til Lægehøringen, kan du sende en e-mail til [csu@regionh.dk](mailto:csu@regionh.dk).

---

Side 2

#### Baggrundsinformation om praksis

Aktuelle informationer om din/jeres praksis (data pr. 0x.0x.2024):

Praksisform: [X]

Antal kapaciteter: [X]

Aktuelt antal tilmeldte sikrede i alt: [X]

Antal tilmeldte sikrede pr. kapacitet: [X]

Nuværende åbnegrænse pr. kapacitet: [X]

(Åbnegrænsen er det antal sikrede praksis som minimum ønsker at have. Regionen åbner for tilgang af sikrede, hvis antallet af sikrede er under åbnegrænsen.)

Nuværende lukkegrænse pr. kapacitet: [X]

(Lukkegrænsen er det antal sikrede praksis som maksimum ønsker at have. Regionen lukker automatisk for tilgang af sikrede, når antallet af sikrede når lukkegrænsen.)

Eventuel dispensation vedr. antal tilmeldte sikrede: [X]

Aktuelt åben eller lukket for tilgang af sikrede: [X]

Eventuelt selektivt åbent: [X]

---

Side 3

### Spørgsmål om ønsker til åbne- og lukkegrænse

I de følgende spørgsmål vil vi bede dig om at oplyse, din praksis' ønsker til minimum (åbnegrænse) og maksimum antal sikrede i praksis (lukkegrænse). **Din nye åbne- og lukkegrænse vil træde i kraft den 4. oktober 2024.**

Som din praksis ser ud nu, hvor mange sikrede er ideelt for din praksis?

Det er vigtigt, at det er et realistisk og passende antal sikrede over en længere periode, der bidrager til en bæredygtig arbejdsmængde og praksisdrift.

Hvis du sætter din åbne- og lukkegrænse nogenlunde tæt omkring den mængde sikrede, som din praksis fungerer bedst ved, kan du opnå et stabilt antal sikrede og dermed undgå uønskede ændringer i arbejdsmængde og indtjening.

Hvis du ønsker en åbnegrænse, som ligger under 1550 sikrede pr. kapacitet, skal du sende en ansøgning om dispensation til regionens 'Enhed for Praksisaftaler'. Det samme er gældende ved ønske til en lukkegrænse, som ligger under 1600 eller over 2700 sikrede pr. kapacitet.

Husk, at du til enhver tid, kan ændre åbne- og lukkegrænsen samt bede om at få åbnet eller lukket for tilgang ved at henvende dig til regionens yderadministration på tlf. 3866 6007 – tast 2 eller via mail: [csuyderalmen@regionh.dk](mailto:csuyderalmen@regionh.dk).

Du kan læse mere om åbnegrænser og lukkegrænser på [sundhed.dk](http://sundhed.dk).

På nuværende tidspunkt har praksis tilkendegivet at I mindst vil have [X] sikrede tilmeldt i alt.

På nuværende tidspunkt har praksis tilkendegivet at I højst vil have [X] sikrede tilmeldt i alt.

På nuværende tidspunkt har praksis i alt [X] tilmeldte sikrede i praksis.

**Spørgsmål om ønsker til åbne og lukkegrænser**

**Lukkegrænsen skal være mindst 50 sikrede højere end åbnegrænsen.**

**Angiv venligst et samlet antal sikrede for alle kapaciteter i din praksis:**

Hvor mange sikrede i alt vil praksis  
mindst have tilmeldt \_\_\_\_\_  
(åbnegrænse)?

Hvor mange sikrede i alt vil praksis  
højest have tilmeldt (lukkegrænse)? \_\_\_\_\_

Tryk 'Næste' for at se, hvad dine svar betyder for antal sikrede pr. kapacitet og for praksis' status som åben eller lukket for tilgang af sikrede.

---

Side 4

Antal sikrede pr. kapacitet

Dit ønske til åbnegrænse betyder, at praksis ønsker mindst [X] sikrede pr. kapacitet.

Dit ønske til lukkegrænse betyder, at praksis højst ønsker [X] sikrede pr. kapacitet.

Hvis du ønsker at ændre dine svar, kan du gå tilbage ved at trykke 'Forrige'.

**Bemærk:**

Den indtastede åbne og lukkegrænse opdateres i yderregistret pr. 04.10.2024.

Ændring af praksis' status som "åben" eller "lukket"

Hvis praksis aktuelt er lukket og ønsker eller fastholder en lukkegrænse, som er højere end det aktuelle antal sikrede vil praksis blive åbnet for tilgang pr. 04.10.2022. Hvis dette er tilfældet for din praksis, men du ikke ønsker at praksis åbnes for tilgang, kan dette fravælges på næste side.

Hvis praksis aktuelt er åben og ønsker en lukkegrænse, som er mindre end det aktuelle antal sikrede vil praksis blive lukket for tilgang pr. 04.10.2022.

I øvrige tilfælde ændres åbne- og lukkestatus ikke.

Ønsker du på et senere tidspunkt at ændre lukkegrænsen eller at lukke for tilgang, kan dette ske ved henvendelse til regionen på tlf. 3866 6007 – tast 2 eller via mail: csuyderalmen@regionh.dk.

---

Side 4.b – Dette spørgsmål stilles såfremt praksis har lukket, men har angivet en lukkegrænse, som er over det aktuelle antal borgere

Din praksis er aktuelt lukket og du har ønsket eller fastholdt en lukkegrænse, som er højere end det aktuelle antal sikrede i praksis. Derfor vil praksis blive åbnet for tilgang pr. 04.10. 2022

**Ønsker du ikke at praksis åbnes på baggrund af svarene relateret til åbne- eller lukkegrænser i spørgeskemaet, skal du sætte kryds i boksen nedenfor, så forbliver praksis lukket for tilgang.**

(1) Jeg ønsker at praksis forbliver lukket for tilgang

**Kommenter gerne hvorfor du ønsker, at praksis skal forblive lukket.**

---

---

---

---

Side 5

Antal sikrede, hvor praksis fungerer optimalt

Besvarelsen af dette spørgsmål har ikke direkte betydning for din praksis, men kan indgå i regionens vurderinger af lægekapaciteten i regionen. Derfor har du også mulighed for at svare et tal uden for overenskomstens grænser (hvilket vil sige under 1.550 sikrede og over 2700 sikrede), hvis du vurderer, at det er dér, hvor din praksis fungerer optimalt.

Her har du mulighed for at svare ved hvilket patientantal, du vurderer at din praksis vil fungere optimalt. Igen skal du forestille dig den ideelle situation for din praksis, hvor du oplever at have et realistisk og passende antal sikrede over en længere periode, der bidrager til en bæredygtig arbejdsmængde og praksisdrift.

Praksis har aktuelt [X] sikrede tilmeldt praksis.

**Ved hvilket patienttal vil din/jeres praksis fungere optimalt?**

Praksis fungerer optimalt, når \_\_\_\_\_  
patienttallet i alt er på \_\_\_\_\_

---

Side 5.b

Optimalt antal sikrede pr. kapacitet

Dit svar vedrørende det samlede patienttal hvor praksis fungerer optimalt betyder dermed, at praksis vurderes at fungere optimalt ved [X] sikrede pr. kapacitet.

Hvis du ønsker at ændre dine svar, kan du gå tilbage ved at trykke 'Forrige'.

---

Side 6

Ønske om at udvide praksis med én eller flere kapaciteter

Praksis har i dag [X] kapacitet/ kapaciteter.

**Har praksis inden for det kommende år ønske om at udvide praksis med en eller flere ekstra lægekapaciteter?**

- (1)  Ja, én kapacitet
- (2)  Ja, mere end én kapacitet
- (3)  Nej
- (4)  Måske

Bemærk, at du på baggrund af dit svar kan blive kontaktet af regionens Rekrutteringsfunktion, hvis der er ledige kapaciteter i dit område.

Du kan altid se de aktuelle opslag af ledige lægekapaciteter i Region Hovedstaden (en ny fane åbnes).

---

Side 7

Det næste spørgsmål handler om kommunale sundhedstilbud.

**Hvor ofte søger du information om kommunernes sundhedstilbud på sundhed.dk og/eller sundhedstilbud.kk.dk?**

- (1) m Dagligt
- (3) m Ugentligt
- (4) m Månedligt
- (6) m Hver tredje måned
- (7) m Sjældnere end hver tredje måned
- (5) m Aldrig

---

Side 8

Ønsker du at blive kontaktet med henblik på rådgivning og/eller hjælp til trivsel og overvejelser om at stoppe i praksis?

I Region Hovedstadens Rekrutteringsfunktion og i KAP-H (Region Hovedstaden og PLO-Hovedstadens fælles kvalitetsorganisation) er der mulighed for at få rådgivning og hjælp, hvis du eller en anden læge i din praksis overvejer at stoppe. Du kan også kontakte os, hvis der er udfordringer med trivslen. På følgende hjemmesider kan du læse mere om, hvilke tilbud, der findes i Rekrutteringsfunktionen, samt tilbud i KAP-H.

Som en del af lægehøringen ringer vi alle læger op, der ønsker at høre om vores tilbud i løbet af fjerde kvartal 2024.

**Ønsker du at blive kontaktet af regionens Rekrutteringsfunktion eller KAP-H, for at høre nærmere om, hvad der tilbydes, skal du sætte kryds i boksen nedenfor:**

- (1) Jeg vil gerne kontaktes af regionens Rekrutteringsfunktion eller KAP-H

---

Side 8.b

**Du har svaret, at du ønsker at blive kontaktet af regionens Rekrutteringsfunktion eller KAP-H.**

Vi vil gerne give dig den bedste rådgivning.

Beskriv gerne kort, hvad du ønsker rådgivning om. Det vil hjælpe os med at sikre, at du får mest muligt ud af vores rådgivning.

---

---

---

---

---

---

Her kan du angive, hvordan du ønsker at blive kontaktet:

- (1)  Jeg vil gerne kontaktes på følgende telefonnummer: \_\_\_\_\_
- (2)  Jeg vil gerne kontaktes på følgende e-mailadresse: \_\_\_\_\_
- (4)  Jeg vil gerne kontaktes via sikker post til praksis CVR-nummer
- (3)  Andet \_\_\_\_\_

---

Side 9

Har praksis planer eller ønske om at flytte inden for det kommende år?

- (1)  Ja
- (2)  Nej
- (3)  Måske

Husk, at almen praktiserende læger, der ønsker at flytte praksisadresse, skal anmode regionen om tilladelse til flytning af praksisadresse. Hvis du vil vide mere om flytteretningslinjerne, kan du finde yderligere information her.

---

Side 10

Ønsker praksis at flytte til lokalfællesskab med andre behandlere?

Angiv gerne flere svar

- (1)  Til sundhedshus (f.eks. med kommunale eller regionale sundhedstilbud, og andre behandlere)
- (2)  Til større lægehus
- (3)  Til lokaler med andre praktiserende læger (f.eks. speciallæger)

(4)  Ikke relevant

Har du spørgsmål vedr. flytning, er du velkommen til at kontakte Rekrutteringsfunktionen på rap.center-for-sundhed@regionh.dk eller telefon 21728573

---

Side 11

Tak for deltagelsen!

Hvis du vil kontrollere dine svar, kan du klikke dig tilbage i skemaet ved at trykke "Forrige".

Husk at trykke "Afslut" for at sende din besvarelse!

Når besvarelsen er sendt, vil du få vist regionens hjemmeside.

Den 4. oktober 2024 tilpasses din praksis' åbne- og lukkegrænse samt åbne- og lukkestatus på baggrund af svarene, som du har angivet.

Dit svar vil herudover indgå i vurdering af lægekapaciteten i Region Hovedstaden i 2024 og i arbejdet for at sikre lægedækningen i regionen fremover.

Resultaterne af undersøgelsen forventes at foreligge ved udgangen af 2024. Resultater og data, på aggregeret niveau, offentliggøres herefter på sundhed.dk.

Hvis du har spørgsmål til åbnegrænser og lukkegrænser eller ønsker at ændre disse, kan du til enhver tid kontakte regionens yderadministration på tlf. 3866 6007 – tast 2 eller via mail: csuyderalmen@regionh.dk

Har du spørgsmål vedr. udvidelse af din praksis, lokaler, trivsel eller snarligt salg af din praksis, er du velkommen til at kontakte Rekrutteringsfunktionen på rap.center-for-sundhed@regionh.dk eller telefon 21728573

---

Side 12

**Har du øvrige kommentarer til Lægehøring 2024, kan du skrive dem her:**

---

---

---

---

## Bilag 5: praksis der ønsker at udvide med kapacitet fordelt på planlægningsområder

Plan- /planlægningsområder	Ja, med én kapacitet	Ja, med mere end én kapacitet	Måske	Nej	Hovedtotal
<b>Bornholm</b>				<b>10</b>	<b>10</b>
Bornholm				10	10
<b>Byen</b>	<b>11</b>	<b>3</b>		<b>17</b>	<b>88</b>
Bispebjerg	1			1	5
Brønshøj-Husum	3			2	6
Frederiksberg	2	1		2	24
Indre By	3	1		1	11
Nørrebro		1		4	15
Vanløse	1			1	7
Østerbro	1			6	20
<b>Midt</b>	<b>9</b>	<b>1</b>		<b>12</b>	<b>86</b>
Ballerup				1	11
Egedal					6
Furesø				1	8
Gentofte	3	1		6	13
Gladsaxe	1			1	15
Herlev	1			1	4
Lyngby-Taarbæk	2			1	10
Rudersdal	1			1	12
Rødovre	1				7
<b>Nord</b>	<b>10</b>	<b>1</b>		<b>11</b>	<b>43</b>
Allerød	1			1	4
Fredensborg	1	1			5
Frederikssund	1			2	5
Gribskov	1			2	4
Halsnæs				2	4
Helsingør	3			1	11
Hillerød	3			1	6
Hørsholm				2	4
<b>Syd</b>	<b>8</b>	<b>6</b>		<b>18</b>	<b>93</b>
Albertslund				2	6
Amager	1	2		5	17
Brøndby	2				6
Dragør				1	3
Glostrup					4
Hvidovre		2		2	9
Høje-Taastrup				2	9
Ishøj					1
Tårnby	1	1		3	10
Valby	2			1	9

Bilag 1 - BILAG 1 Lægedækningsrapport - Lægedækningsundersøgelsen for 2025 (1)

Vallensbæk				5	5
Vesterbro	2	1	2	14	19
<b>Hovedtotal</b>	<b>38</b>	<b>11</b>	<b>58</b>	<b>320</b>	<b>427</b>

## Bilag 6. Læger med ønske om at flytte fordelt på planlægningsområder

Planområde/planlægningsområde	Har din praksis planer eller ønske om at flytte inden for det kommende år?
<b>Bornholm</b>	<b>1</b>
Bornholm	1
<b>Byen</b>	<b>22</b>
Bispebjerg	2
Brønshøj-Husum	3
Frederiksberg	5
Indre By	2
Nørrebro	3
Vanløse	3
Østerbro	4
<b>Midt</b>	<b>18</b>
Ballerup	3
Furesø	3
Gentofte	5
Gladsaxe	3
Herlev	1
Lyngby-Taarbæk	1
Rudersdal	1
Rødovre	1
<b>Nord</b>	<b>4</b>
Frederikssund	1
Gribskov	1
Helsingør	1
Hørsholm	1
<b>Syd</b>	<b>12</b>
Albertslund	2
Amager	2
Brøndby	1
Hvidovre	2
Tårnby	2
Vesterbro	3
<b>Hovedtotal</b>	<b>57</b>

**Bilag 7. Praksis med ønske om at flytte til lokalefællesskaber med andre behandlere fordelt på planlægningsområde**

Planområde/planlægningsområde	Til sundhedshus	Til større lægehus	Til lokaler med andre praktiserende læger	Ikke relevant
<b>Bornholm</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Bornholm	0	0	0	1
<b>Byen</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Bispebjerg	1	1	0	1
Brønshøj-Husum	0	1	1	1
Frederiksberg	4	3	4	1
Indre By	1	1	1	1
Nørrebro	1	1	2	1
Vanløse	1	0	0	2
Østerbro	0	2	0	2
<b>Midt</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>3</b>
Ballerup	2	3	2	0
Furesø	2	2	2	1
Gentofte	1	2	3	1
Gladsaxe	1	1	2	0
Herlev	1	1	1	0
Lyngby-Taarbæk	1	1	1	0
Rudersdal	1	1	1	0
Rødovre	0	0	0	1
<b>Nord</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Frederikssund	0	1	0	0
Gribskov	0	0	0	1
Helsingør	0	0	0	1
Hørsholm	1	1	0	0
<b>Syd</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Albertslund	2	1	1	0
Amager	0	2	0	0
Brøndby	0	0	0	1
Hvidovre	1	2	2	0
Tårnby	0	0	0	2
Vesterbro	1	1	0	2
<b>Hovedtotal</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>20</b>

## Bilag 8. Praksis der søger information om kommunernes sundhedstilbud på sundhedstilbud.kk.dk eller på sundhed.dk

Planområde/planlægningsområde	Dagligt	Ugentligt	Månedligt	Hver tredje måned	Sjældnere end hver tredje måned	Aldrig	Hovedtotal
<b>Bornholm</b>		<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>10</b>
<b>Byen</b>	<b>25</b>	<b>57</b>	<b>30</b>	<b>3</b>		<b>4</b>	<b>119</b>
Bispebjerg	3	3	1				7
Brønshøj-Husum	3	6	1		1		11
Frederiksberg	6	13	9	1			29
Indre By	4	8	3	1			16
Nørrebro	5	8	7				20
Vanløse		6	1	1	1		9
Østerbro	4	13	8		2		27
<b>Midt</b>	<b>13</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>108</b>
Ballerup	2	4	5	1			12
Egedal		2	2	1	1		6
Furesø	2	4	2	1			9
Gentofte	4	10	3	5	1		23
Gladsaxe	1	6	8	1	1		17
Herlev		2	2		2		6
Lyngby-Taarbæk	1	5	5		1	1	13
Rudersdal	1	1	7		4	1	14
Rødovre	2	3	3				8
<b>Nord</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>65</b>
Allerød		1	1		4		6
Fredensborg	1	2	2	2			7
Frederikssund	1	2	4	1			8
Gribskov	1	4	1		1		7
Halsnæs		2	2	1		1	6
Helsingør	1	7	4		3		15
Hillerød	3	1	5	1			10
Hørsholm	1	2	2			1	6
<b>Syd</b>	<b>19</b>	<b>52</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>125</b>
Albertslund		3	5				8
Amager	4	14	5		2		25
Brøndby		4	3		1		8
Dragør			2		2		4
Glostrup		2	2				4
Hvidovre	2	3	5	2		1	13
Høje-Taastrup	1	5	3	2			11
Ishøj			1				1
Tårnby		7	4	2	2		15
Valby	5	4	2		1		12
Vallensbæk	3		2				5
Vesterbro	4	10	5				19
<b>Hovedtotal</b>	<b>65</b>	<b>168</b>	<b>132</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>427</b>



Bilag 2 - Bilag 1a: Oversigt Lægedækningsundersøgelsen 2025

Bilag 1.a: Lægedækningsundersøgelse for 2025																			
Plan- og planlægningsområde	Faktisk tilmeldte patienter (gruppe-1 sikrede)		Difference patienter	Kapaciteter (aktive)		Difference i aktive kapaciteter	Antal kapaciteter, i opslag eller tildelt men ikke aktiveret i 2024	Kapaciteter der er i proces	2023 Høringssvar (75%)	2023 Høringssvar (75 %)	2024 Høringssvar (75 %)	2024 Høringssvar (75 %)	2024 Høringssvar inkl. estimat	2024 Høringssvar inkl. estimat	2024 Høringssvar samt de kapaciteter, som enten er tildelt eller i opslag	2024 Høringssvar (75 %) - Optimalt tal	2024 Høringssvar (75 %) - Optimalt tal	2024 Optimalt høringssvar uden dispensation samt de kapaciteter, som enten er tildelt eller i opslag	Faktisk tilmeldte pr. kapacitet
	2023	2024		2023	2024				2023-2024	2024	2023	2023	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
								Max. ønskede patienter pr. kapacitet	Max. ønskede patienter i aktive kapaciteter	Max. ønskede patienter pr. kapacitet	Max. ønskede patienter i aktive kapaciteter	Ønskede patienter pr. kapacitet	Ønskede patienter i aktive kapaciteter	Ønskede patienter	Optimalt tal pr. kapacitet	Optimalt tal i aktive kapaciteter	Ønskede patienter	Faktisk tilmeldte patienter pr. kapacitet	
<b>Nord</b>	328434	330668	2.234	200	201	1		1.802	360.362	1.737	349.151	1.715	344.748	344.748	1.694	340.411	340.411	340.411	1.645
Allerød	28521	28865	344	17	17	-		1.631	27.719	1.660	28.215	1.654	28.112	28.112	1.631	27.719	27.719	27.719	1.698
Fredensborg	34214	34897	683	21	21	-		1.913	40.172	1.711	35.926	1.814	38.103	38.103	1.699	35.677	35.677	35.677	1.662
Frederikssund	46701	47089	388	29	29	-		1.789	51.894	1.626	47.149	1.639	47.538	47.538	1.615	46.823	46.823	46.823	1.624
Gribskov	39338	39070	- 268	23	23	-	1	1.858	42.743	1.829	42.056	1.808	41.594	43.194	1.814	41.718	43.318	43.318	1.699
Halsnæs	28960	28995	35	18	18	-		2.014	36.249	2.003	36.049	1.892	34.056	34.056	1.858	33.450	33.450	33.450	1.611
Helsingør	66722	66854	132	40	41	1		1.786	71.444	1.715	70.324	1.708	70.008	70.008	1.680	68.898	68.898	68.898	1.631
Hillørd	52417	53055	638	32	32	-	1	1.768	56.592	1.771	56.667	1.729	55.324	56.924	1.692	54.133	55.733	55.733	1.658
Hørsholm	31561	31843	282	20	20	-		1.700	34.000	1.619	32.389	1.537	30.732	30.732	1.587	31.736	31.736	31.736	1.592
<b>Midt</b>	492065	496328	4.263	285	286	1		1.832	522.177	1.825	521.934	1.803	515.573	515.573	1.761	503.746	503.746	503.746	1.735
Ballerup	60675	60838	163	37	36	- 1	1	1.723	63.759	1.648	59.319	1.708	61.479	63.079	1.603	57.716	59.316	59.316	1.690
Egedal	39218	38623	- 595	22	24	2		1.902	41.846	1.868	44.827	1.800	43.198	43.198	1.755	42.129	42.129	42.129	1.609
Furesø	40983	41770	787	25	25	-		1.695	42.370	1.751	43.777	1.771	44.267	44.267	1.689	42.218	42.218	42.218	1.671
Gentofte	78401	78994	593	44	45	1		1.979	87.073	1.913	86.093	1.840	82.789	82.789	1.809	81.424	81.424	81.424	1.755
Gldsaxe	68018	68662	644	42	42	-	1	1.673	70.256	1.708	71.729	1.696	71.222	72.822	1.655	69.512	71.112	71.112	1.635
Herlev	29144	30207	1.063	17	17	-	1	1.958	33.292	1.918	32.612	1.851	31.461	33.061	1.874	31.851	33.451	33.451	1.777
Lynby-Taarbæk	68980	69875	895	38	38	-		2.029	77.108	1.956	74.343	1.962	74.550	74.550	1.926	73.187	73.187	73.187	1.839
Rudersdal	58605	58647	42	34	34	-	1	1.805	61.374	1.790	60.856	1.753	59.601	61.201	1.732	58.893	60.493	60.493	1.725
Rødovre	48041	48712	671	26	25	- 1	2	1.875	48.740	1.915	47.865	1.963	49.083	52.283	1.872	46.797	49.997	49.997	1.948
<b>Byen</b>	497698	499109	1.411	275	277	2		1.899	522.228	1.931	535.005	1.874	519.053	519.053	1.883	521.576	521.576	521.576	1.802
Bispebjerg	29313	29665	352	18	18	-	1	1.828	32.900	1.875	33.750	1.795	32.306	33.906	1.797	32.344	33.944	33.944	1.648
Brønshøj-Husum	32100	32328	228	21	21	-		1.645	34.535	1.792	37.642	1.698	35.668	35.668	1.711	35.931	35.931	35.931	1.539
Frederiksberg	116567	114988	- 1.579	64	63	- 1		1.891	120.992	1.865	117.477	1.862	117.316	117.316	1.842	116.052	116.052	116.052	1.825
Indre By	92746	94652	1.906	45	46	1	1	1.865	83.930	2.014	92.646	1.991	91.565	93.165	2.009	92.402	94.002	94.002	2.058
Nørrebro	73994	74712	718	42	43	1		2.065	86.741	2.129	91.556	2.013	86.553	86.553	2.007	86.322	86.322	86.322	1.737
Vanløse	44777	46781	2.004	26	26	-		1.817	47.233	1.767	45.933	1.763	45.827	45.827	1.731	44.994	44.994	44.994	1.799
Østerbro	108201	105983	- 2.218	59	60	1		1.932	113.982	1.934	116.028	1.860	111.578	111.578	1.906	114.383	114.383	114.383	1.766
<b>Syd</b>	549073	560125	11.052	320	323	3		1.830	585.692	1.884	608.669	1.803	582.428	582.428	1.840	594.261	594.261	594.261	1.734
Albertslund	34541	35260	719	21	21	-		1.775	37.266	1.774	37.255	1.708	35.858	35.858	1.700	35.707	35.707	35.707	1.679
Amager	120867	124865	3.998	70	71	1	2	1.814	126.996	1.968	139.728	1.853	131.591	134.791	1.917	136.097	139.297	139.297	1.759
Brøndby	34074	35210	1.136	20	21	1	1	1.921	38.418	2.024	42.507	1.892	39.739	41.339	2.013	42.263	43.863	43.863	1.677
Dragør	10438	10546	108	7	7	-		1.800	12.600	1.800	12.602	1.692	11.842	11.842	1.654	11.579	11.579	11.579	1.507
Glostrup	20317	20413	96	12	12	-	1	1.690	20.280	1.700	20.400	1.682	20.188	21.788	1.694	20.325	21.925	21.925	1.701
Hvidovre	49124	49374	250	29	29	-		1.821	52.809	1.796	52.088	1.754	50.867	50.867	1.789	51.870	51.870	51.870	1.703
Høje-Taastrup	53801	55170	1.369	30	30	-	1	1.842	55.250	1.985	59.535	1.891	56.727	58.327	1.966	58.965	60.565	60.565	1.839
Ishøj	19648	20290	642	12	13	1		1.961	23.533	1.400	18.200	1.659	21.568	21.568	1.400	18.200	18.200	18.200	1.561
Tårnby	47916	47971	55	28	28	-		1.831	51.272	1.840	51.520	1.776	49.737	49.737	1.766	49.451	49.451	49.451	1.713
Valby	57167	58540	1.373	33	33	-	1	1.859	61.343	1.933	63.773	1.848	60.969	62.569	1.894	62.508	64.108	64.108	1.774
Vallensbæk	16919	16643	- 276	10	10	-	1	1.688	16.880	1.713	17.127	1.644	16.439	18.039	1.669	16.691	18.291	18.291	1.664
Vesterbro	84261	85843	1.582	48	48	-		1.873	89.888	1.896	91.031	1.804	86.605	86.605	1.849	88.728	88.728	88.728	1.788
<b>Bornholm</b>	39373	37195	- 2.178	27	26	- 1		1.567	42.297	1.475	38.348	1.371	35.641	35.641	1.376	35.772	35.772	35.772	1.431
Bornholms Regionskommune	39373	37195	- 2.178	27	26	- 1		1.567	42.297	1.475	38.348	1.371	35.641	35.641	1.376	35.772	35.772	35.772	1.431
<b>Hovedtotal</b>	1906643	1923425	16.782	1107	1113	6	15	1.840	2.036.988	1.850	2.059.561	1.801	2.004.668	2.028.668	1.799	2.002.354	2.026.354	2.026.354	1.728

Direkte 29399064

## BILAG 2

Journal-nr.: 24031069

Dato: 1. oktober 2024

# Vurdering af det indbyrdes kapacitetsbehov mellem regionens planlægningsområder

Dette bilag indeholder en vurdering af det indbyrdes kapacitetsbehov mellem regionens planlægningsområder.

Denne områdespecifikke kapacitetsanalyse er bygget op omkring 3 kriterier:

- A. Forventet dækningsgrad, der beskriver, hvor godt et planlægningsområde forventes at være dækket af kapaciteter, under hensyntagen til den forventede befolkningsudvikling i området og kapaciteter, som er på vej til området
- B. Andelen af lukkede praksis i området
- C. Patienttyngden i området ud fra borgernes alder og socialgruppe









Planlægningsområder som *ikke* har en forventet dækningsgrad (A) på 100%, når der tages højde for kommende kapaciteter og befolkningsfremskrivningen for 2024-2025, er i udgangspunktet placeret øverst på listen. Herefter er der foretaget en sortering af de resterende planlægningsområder på baggrund af områdernes åbne- og lukkestatus (B). Med udgangspunkt i denne sortering placeres områderne endeligt ud fra en samlet vurdering af de tre kriterier. Pilen yderste højre kolonne markerer, at området er placeret højere på listen på baggrund af kriteriet om patienttyngde.

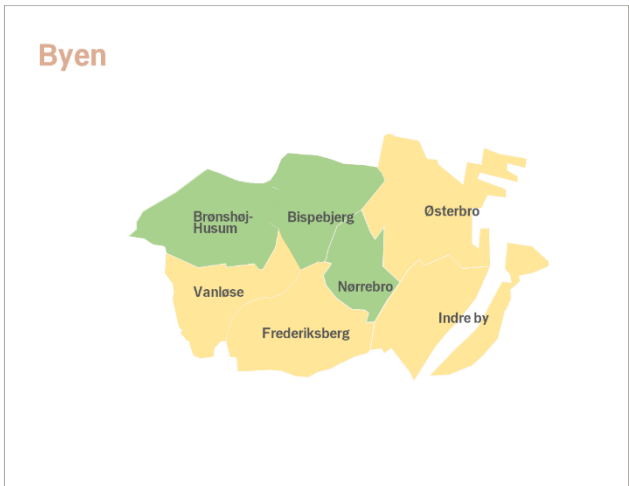
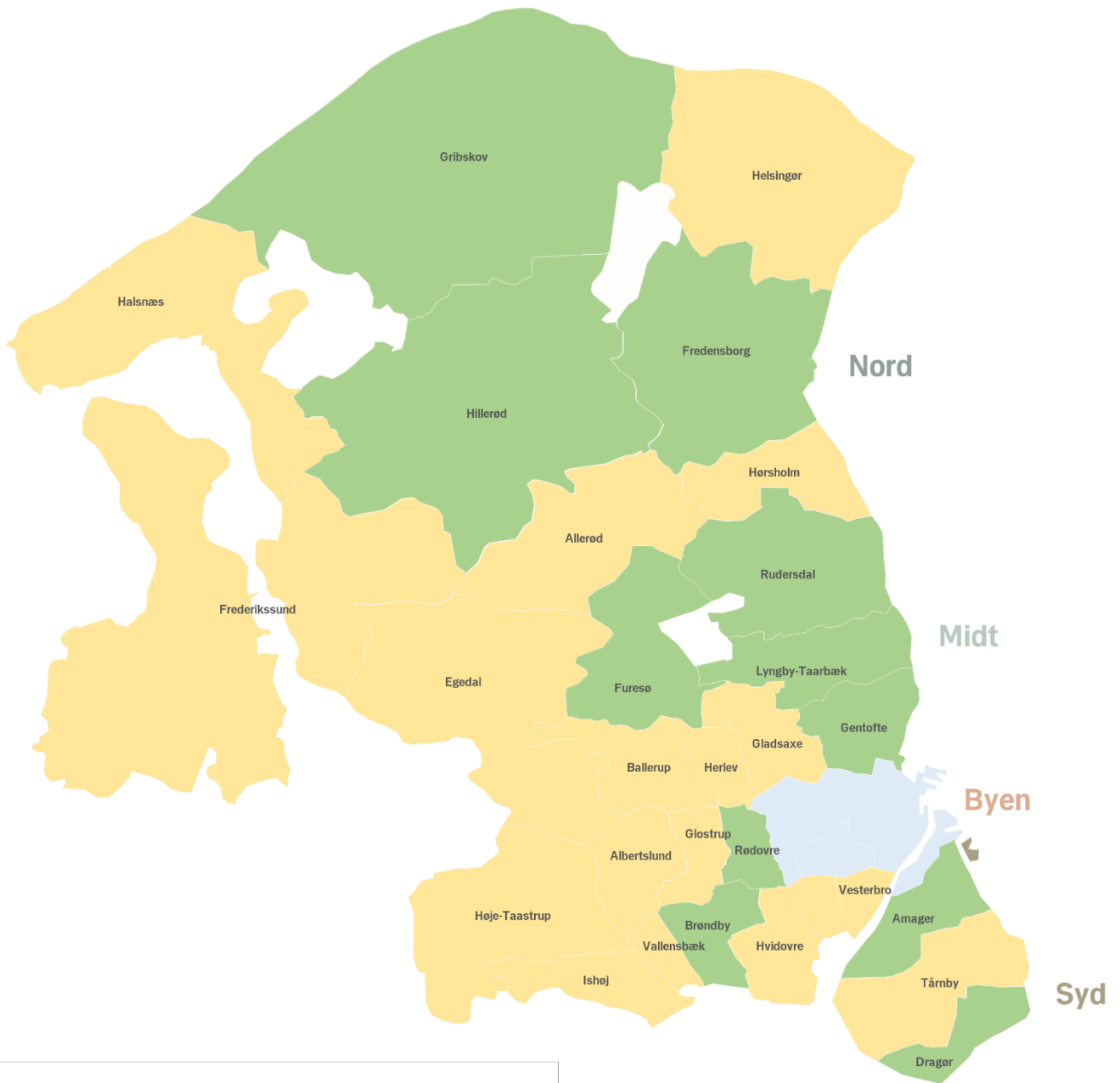
Det er med farver indikeret, hvorvidt der på baggrund af vurderingen forventes et behov for yderligere kapacitet i det pågældende område.

Gul indikerer, at der på nuværende tidspunkt ikke er mangel på kapaciteter, men at der er forhold som gør, at det kan være relevant at placere eventuelle yderligere kapaciteter i området. Grøn indikerer, at der ikke er behov for yderligere kapaciteter i området.

## Bilag 3 - BILAG 2\_ Vurdering af det indbyrdes kapacitetsbehov

Nedenfor ses desuden et kort over Region Hovedstadens planlægningsområder. Kortet illustrerer, hvor planlægningsområderne i de forskellige farvekategorier er placeret geografisk.

Planlægningsområde	Forventet dækningsgrad	Andel lukkede praksis inden for de seneste 12 måneder	Pr. 17. september	Andel borgere over 65 år (>20%)	Kommune social-gruppe	Områder hvor patienttyngde har haft betydning for rangering
Bornholm	99%	49%	55%	31%	4	
Vesterbro	95%	61%	52%	7%	3	
Allerød	93%	39%	50%	22%	1	
Vanløse	97%	54%	69%	14%	2	
Hørsholm	98%	52%	89%	29%	1	
Indre By	98%	71%	85%	15%	1	
Høje-Taastrup	103%	81%	69%	16%	4	
Ballerup	103%	87%	83%	20%	3	
Glostrup	108%	82%	100%	18%	3	
Halsnæs	119%	47%	67%	29%	4	
Hvidovre	104%	75%	82%	18%	4	
Albertslund	104%	58%	75%	19%	4	
Østerbro	101%	52%	64%	13%	1	
Frederikssund	101%	61%	73%	25%	3	
Helsingør	102%	44%	55%	26%	3	
Frederiksberg	103%	65%	52%	17%	2	
Tårnby	104%	72%	81%	19%	3	
Gladsaxe	104%	75%	67%	17%	2	
Ishøj	105%	51%	67%	16%	4	
Vallensbæk	110%	100%	100%	18%	2	
Herlev	110%	68%	88%	19%	3	
Egedal	110%	95%	86%	19%	2	
Valby	105%	58%	56%	10%	4	
Rudersdal	105%	59%	50%	24%	1	
Amager	105%	71%	81%	10%	2 og 3	
Furesø	106%	59%	46%	22%	1	
Hillerød	106%	71%	47%	20%	2	
Gentofte	106%	61%	50%	22%	1	
Lyngby-Taarbæk	107%	51%	47%	20%	1	
Rødovre	107%	74%	40%	18%	3	
Bispebjerg	108%	58%	58%	10%	4	
Brønshøj-Husum	109%	50%	50%	14%	4	
Fredensborg	109%	47%	58%	24%	2	
Gribskov	112%	56%	43%	29%	2	
Dragør	114%	58%	40%	26%	1	
Brøndby	114%	55%	45%	18%	4	
Nørrebro	115%	59%	60%	8%	3	



PLANLÆGNINGS-OMRÅDER	Kriterie 1		Kriterie 2		Kriterie 3			Kriterie 4	Kriterie 5	Kriterie 6		Kriterie 7			LÆGEDÆKNINGSTRUDE OMRÅDER I 2025 IHT. PRAKSISPLANEN		
	LUKKET FOR TILGANG (GNS. FOR 2024)	Befolkningsstivækst 2025-2026	Samlet point ift. lukket for tilgang og befolkningsudvikling	ANDEL LÆGER 65+ ÅR pr. september 2024 (%)	POINT IFT. ANDEL LÆGER 65+ ÅR	Ubesatte kapaciteter	Kapaciteter i alt	Andel af kapaciteter der er ubesat	Over 5 ubesatte eller andel over 14,5%	Point ift. ubesatte kapaciteter	Point ift. opslag af kapacitet uden ansøgere og kapacitet, der er "fast ledig" efter gentagne opslag	Point ift. tilbud under sundhedsloven pr. 1. september 2024	Tilbageleverede kapaciteter i 2024	Point for tilbageleverede kapaciteter		Andel af befolkningen i planlægningsområdet som er over 65 pr. september 2024	Kommunesocialgruppe
Allerød	56%	-1,32%		17%	0	0	18	0%	FALSK	0			0	19%	4	1	1
Allerød	33%	-0,72%		5%	0	0	17	0%	FALSK	0			0	22%	1	0	0
Amager	72%	1,78%		7%	0	5	71	7%	SAND	1			1	10%	2 og 3	0	2
Ballerup	89%	0,93%	1	5%	0	0	36	0%	FALSK	0			0	20%	3	0	1
Bispebjerg	57%	2,91%		6%	0	1	18	6%	FALSK	0			0	10%	4	1	1
Bornholm	48%	-1,20%		0%	0	6	28	21%	SAND	1			0	31%	4	1	4
Brønshøj	57%	2,12%		0%	0	1	21	5%	FALSK	0			0	18%	4	1	1
Brønshøj-Husum	49%	0,58%		19%	0	0	21	0%	FALSK	0			0	14%	4	1	1
Dragør	60%	-1,37%		43%	1	0	7	0%	FALSK	0			0	26%	1	0	1
Egedal	96%	0,58%	1	4%	0	1	24	4%	FALSK	0			1	19%	2	0	2
Frederiksberg	50%	-0,11%		9%	0	1	21	5%	FALSK	0			0	24%	2	0	0
Frederiksberg	65%	-1,52%		5%	0	2	63	3%	FALSK	0			0	17%	2	0	0
Frederikssund	63%	0,11%		11%	0	2	29	7%	FALSK	0			0	25%	3	0	0
Furesø	59%	0,08%		4%	0	0	25	0%	FALSK	0			0	22%	1	0	0
Gentofte	61%	-1,82%		11%	0	4	45	9%	FALSK	0			0	22%	1	0	0
Gladsaxe	77%	-0,42%		2%	0	0	42	0%	FALSK	0	1		0	17%	2	0	1
Glostrup	83%	-0,41%		0%	0	2	12	17%	SAND	1			0	18%	3	0	1
Gribskov	59%	-0,36%		4%	0	1	23	4%	FALSK	0	1		0	29%	2	0	1
Halsnæs	44%	-0,59%		16%	0	1	18	6%	FALSK	0			0	29%	4	1	1
Helsingør	41%	-0,08%		14%	0	0	40	0%	FALSK	0			0	26%	3	0	0
Herlev	69%	0,06%		0%	0	2	17	12%	FALSK	0			0	19%	3	0	0
Hillerød	73%	1,26%		0%	0	1	32	3%	FALSK	0			0	20%	2	0	0
Hvidovre	79%	-0,60%		9%	0	0	29	0%	FALSK	0			0	18%	4	1	1
Høje-Taastrup	83%	2,59%	1	9%	0	0	31	0%	FALSK	0	1		0	16%	4	1	3
Hørsholm	54%	-1,78%		9%	0	0	20	0%	FALSK	0			0	29%	1	0	0
Indre by	73%	1,37%		2%	0	0	46	0%	FALSK	0			0	15%	1	0	0
Ishøj	54%	-0,03%		0%	0	3	13	23%	SAND	1			0	16%	4	1	2
Lyngby-Taarbæk	51%	-0,24%		5%	0	0	38	0%	FALSK	0			0	20%	1	0	0
Nærbø	58%	0,26%		19%	0	3	43	7%	FALSK	0			0	8%	3	0	0
Rudersdal	62%	-1,04%		3%	0	0	34	0%	FALSK	0			0	24%	1	0	0
Rødovre	78%	1,62%		0%	0	2	26	8%	FALSK	0	1		0	18%	3	0	1
Tårnby	77%	-0,29%		10%	0	1	28	4%	FALSK	0			0	19%	3	0	0
Valby	55%	0,78%		3%	0	1	33	3%	FALSK	0			0	10%	4	1	1
Vallensbæk	100%	-0,79%	1	10%	0	1	10	10%	FALSK	0			0	18%	2	0	1
Vandløse	51%	0,60%		12%	0	1	26	4%	FALSK	0			0	14%	2	0	0
Vesterbro	61%	5,31%		2%	0	1	48	2%	FALSK	0			0	7%	3	0	0
Østerbro	53%	1,83%		7%	0	2	59	3%	FALSK	0			0	13%	1	0	0
Områder i alt:																5	

Kriterierne, der indgår i beregningsmodellen til fastsættelse af de lægedækningsruede områder i henhold til praksisplanen, er derfor som de tidligere år målrettet identifikation af områder, der har vanskeligheder med rekruttering og tilknytning af læger til almen praksis. Kriterierne er aftalt mellem kommuner, almen praksis og regionen og kan give ét point eller i enkelte tilfælde to point. Kriterierne er som følger:

- 1) **Åbne-/lukkestatus og forventet befolkningsudvikling for 2025-2026:** Kriterie identificerer områder i regionen, der har en høj andel af praksis med lukket for tilgang af patienter og en betydelig forventet befolkningsstivækst.
- 2) **Andel af læger over 65 år:** Kriteriet identificerer områder i regionen, hvor der er risiko for, at en større andel af læger ophører på grund af alder.
- 3) **Andel af kapaciteter, der er "ubesatte":** Kriteriet identificerer områder, hvor der er aktive kapaciteter i eksisterende praksis, der varetager patienter, men hvor det ikke har været muligt for praksis at rekruttere læger til de pågældende kapaciteter.
- 4) **Opslag af kapacitet uden ansøgere og kapacitet, der er "fast ledig" efter gentagne opslag:** Kriteriet identificerer områder, hvor der har været udfordringer med manglende ansøgninger til opslåede kapaciteter, hvor kapaciteten - fordi den er fast ledig - kan søges uden ansøgningsfrist.
- 5) **Tilbud under sundhedsloven:** Kriteriet identificerer områder, hvor der er etableret tilbud under sundhedsloven, dvs. regionsklinik eller udbudsklinik.
- 6) **Tilbageleverede kapaciteter:** Kriteriet identificerer områder, hvor læger har tilbageleveret kapacitet til regionen. Tilbageleveringer kan eksempelvis skyldes, at læger ikke har været i stand til at overdrage/sælge praksis til en ny læge eller ikke har kunnet etablere en ny praksis i området.
- 7) **Patienttyngde:** Kriteriet identificerer områder, hvor borgere gennemsnitligt er socioøkonomisk dårligst stillet.