

1 Indledning

Vi takker for muligheden for at kommentere udkastet til ”Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud”. Vi ser en national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud som et vigtigt skridt mod at sikre ensartethed, kvalitet og evidensbaseret behandling og indsatser i det primære sundhedsvæsen.

2 Generelle bemærkninger til høringsudkastet

Forskningens rolle og rammer er nævnt flere steder i udkastet. Generelt er det i disse sammenhænge vigtigt at konkretisere forskningens rolle og rammer yderligere i et samarbejde med de eksisterende forskningsmiljøer inden for almen medicin.

Primærsektorens centrale rolle i fremtidens sundhedsvæsen betyder, at vi overordnet anbefaler, at almenmedicinsk forskning og udvikling fremover sættes ind i en ressourcemæssig ramme, der modsvarer sekundærsektorens ramme til forskning og udvikling.

Opgavebeskrivelsen skal ifølge udkastet fremover opdateres i samarbejde med relevante myndigheder og faglige aktører. Denne løbende opdatering og udvikling, foreslår vi, bør systematisk baseres på og følges op af almenmedicinsk forskning, f.eks. inden for følgende områder:

- Hvilke eksisterende opgaver fortrænges eventuelt kvalitativt og kvantitativt som følge af nye opgaver?
- Hvordan kan udvikling af IT-værktøjer måske medvirke til mere rational ressourceudnyttelse?
- Hvordan kan faglig ledelse udvikles gennem forskning?
- Hvilken almenmedicinsk forskning (eksisterende og kommende) kan vi bruge til at forstå og udvikle samarbejdet om sammenhængende patientforløb?
- Hvilken almenmedicinsk forskning (eksisterende og kommende) kan vi bruge til at forstå og udvikle koordination og kontinuitet?
- Hvilken almenmedicinsk forskning (eksisterende og kommende) kan vi bruge til at forstå og udvikle de konkret nævnte sigtelinjer?

3 Bemærkninger til høringsudkastets specifikke afsnit

3.1 Afsnit ”1.2.1. National udviklings- og styringsramme”

- Afsnittet nævner ”en række nationale styringsmekanismer og planlægningsredskaber, der på forskellig vis understøtter planlægning, styring og udvikling af det primære sundhedsvæsen, herunder almenmedicinske tilbud”. Givet deres centrale betydning er det vigtigt at følge forskningsmæssigt op på, om disse mekanismer og redskaber er passende i forhold til at opfylde deres formål. Her bør den almenmedicinske forskning tænkes og skrives ind som en vigtig ressource.

3.2 Afsnit ”2.1. Faglig ledelse og samarbejde”

- Som det ses af erfaringer fra bl.a. Storbritannien, kræver markante omstillinger af almen praksis kompetent og fagligt velfunderet lederskab.¹ Det er også veldokumenteret fra sekundærsektoren, at lægefaglige ledere med klinisk indsigt i specialernes fagligheder øger effektiviteten af organisationen.^{2 3} Vi vil derfor opfordre til, at opgavebeskrivelsen udspecificerer, at ledere af almen praksis skal have klinisk indsigt i specialet. For eksempel ved at være praksis-ejere eller ansat i almen praksis. Vi vil også opfordre til, at denne omstilling følges af forskning på området.
- Afsnittet omtaler ”en struktur, der danner rammen for samarbejdet med de almenmedicinske klinikker” om blandt andet forskning, men det er umiddelbart uklart, hvad der ligger i denne idé, eller hvordan det almenmedicinske forskningsmiljø er indtænkt i udviklingen af strukturen. Dette bør præciseres.
- Afsnittet og en række andre afsnit i udkastet omtaler ”Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet”, men det er umiddelbart uklart, hvem der kan/skal sidde i rådet, og hvad der er rådets nærmere kompetence. Det er vigtigt at afklare og konkretisere rådets sammensætning, kommissorium og opgaver.
- I forhold til ”Fagligt råd” omtaler afsnittet, at rådet har ”til formål at understøtte sammenhæng mellem kvalitet, efteruddannelse og forskning i almenmedicinske tilbud samt Sundhedsstyrelsens arbejde med den fremadrettede udvikling af opgavebeskrivelsen.” Her bør det overvejes at præcisere, at rådets formål også er at sikre hensigtsmæssig inddragelse af almenmedicinsk forskning i Sundhedsstyrelsens arbejde med den fremadrettede udvikling af opgavebeskrivelsen.

3.3 Afsnit ”2.1.5. Forskning”

- Vi anbefaler at inkludere følgende i dette afsnit:
”Forskningen i almen medicin udføres generelt af eller i samarbejde med de almenmedicinske Forskningsenheder ved universiteterne.”
- Vi støtter udkastets fokus på forskning som en forudsætning for evidensbaserede indsatser. Det er afgørende, at forskningen omfatter patientforløb på tværs af sektorer og aktører. Vi anbefaler:
 - At der sikres en tæt kobling mellem nationale strategier og lokale forskningsmiljøer.
 - At der etableres klare rammer for regionernes ansvar for at understøtte forskningsmiljøer.
 - At forskningen tænkes ind i arbejdet med at rekruttere læger til specialet.
- Afsnittet understreger, at ”der er behov for at understøtte og styrke forskning i det primære sundhedsvæsen, herunder patientforløb på tværs af sektorer og aktører.” Det er velkendt, at forskningen i det sekundære sundhedsvæsen ressourcemæssigt længe har stået langt stærkere end forskningen i det primære sundhedsvæsen på trods af, at langt størstedelen af patienterne befinder sig i det primære sundhedsvæsen. I tillæg til forskning i sektorovergange er det derfor

¹ <https://bmjleader.bmj.com/content/early/2025/03/25/leader-2024-001058.abstract>

² <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-016-1395-5>

³ <https://bmjopen.bmj.com/content/7/9/e014474.abstract>

meget vigtigt, at der kommer et langt større fokus på forskning i tilstande og problemstillinger, der udelukkende eller overvejende håndteres i almen praksis og den øvrige primærsektor. Som eksempler: Prævention, overgangsalder, amme-problemer, impotens, slidgigt, infektioner, misbrug, svære funktionelle lidelser og mange andre problemstillinger og tilstande, ofte med en social og/eller kønsmæssig slagside. Håndteringen af disse i primærsektoren er på nuværende tidspunkt mangelfuldt belyst, hvilket påvirker tusindvis af patienter hver eneste dag.

- Afsnittet omtaler, at ”Regionen er ansvarlig for at understøtte rammerne for forskningen i almenmedicinske tilbud og at opbygge forskningsmiljøer” En mulighed her er en særskilt national *pulje til almen medicinsk sundhedstjenesteforskning med fokus på tværsektorielt samarbejde* for at understrege prioriteten og få sat fokus på området i de kommende år.
- Det almenmedicinske forskningsmiljø ser både frem til at opbygge kapacitet til at håndtere de mange nye forskningsprojekter, der kommer til at gavne store grupper af patienter, og vi ser også frem til det styrkede tværsektorielle samarbejde om de patienter, der krydser sektorerne.

3.4 Afsnit ”3.5.4. Uddannelse og videreuddannelse af læger”

- Vi foreslår, at vores rolle som forsknings- og uddannelsesaktør nævnes eksplicit. Almenmedicinske tilbud er centrale for både grunduddannelse og videreuddannelse. Det er vigtigt, at:
 - Klinikernes medvirken afstemmes med kapacitet og kompetencer.
 - Der sikres tæt samarbejde med regionale videreuddannelsessekretariater og Dansk Selskab for Almen Medicin.

3.5 Afsnit ”3.6.1. Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom”

- Det er vigtigt, at pakkeforløbene er baseret på den almenmedicinske evidens, som findes på flere af pakkeområderne. Sundhedsstyrelsens udviklingsopgave bør derfor inkludere tæt kontakt til de almenmedicinske forskningsmiljøer med ekspertise inden for pakkeområderne.

3.6 Afsnit ”4.1.6. Styrket kvalitetsudvikling og forskning”

- Vi er i høj grad enige i, at der er stort potentiale i at styrke almenmedicinsk forskning, og her byder vi meget gerne ind med evidens og visioner.
- Vi foreslår at tilføje, at praktiserende læger samtidig tilbydes mulighed for sparring og vejledning fra almenmedicinske forskningsmiljøer af idéer til praksisnær forskning.

4 Afsluttende bemærkninger

Der findes samlet set megen eksisterende og tilgængelig forskningsviden i de danske almenmedicinske forskningsmiljøer, som med fordel i højere grad end i det nuværende udkast kan bruges som grundlag for at justere almenmedicinske tilbud fremover.

Vidensgrundlaget for udkastet virker visse steder summarisk og ikke altid baseret på aktuel viden. Vi anbefaler generelt, at udviklingen af almenmedicinske opgaver og

ansvarsområdet systematisk bygger på og følges af forskning. Her bidrager vi meget gerne.

Vi ser frem til den videre dialog om den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Med venlig hilsen

- Forskningsenheden for Almen Praksis Aarhus
- Forskningsenheden for Almen Praksis Odense-Esbjerg, SDU
- Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet
- Center for Almen Medicin ved Københavns Universitet

Kontakt:

Chefkonsulent Sune Holm Pedersen

Center for Almen Medicin ved Københavns Universitet

Tlf. 60 15 40 95

sune.holm.pedersen@sund.ku.dk

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
fopssst@sst.dk
hesap@sst.dk

København, den 1. december 2025

Høringssvar fra Alzheimerforeningen vedrørende National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til udkastet til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. Alzheimerforeningen bakker op om Danske Patienters høringssvar og vil i nærværende høringssvar overveje fokusere på betydningen af lovforslaget specifikt for mennesker med demens.

Alzheimerforeningen bakker fortsat op om intentionerne i sundhedsreformen om, at der etableres en samlet national ramme, som kan sikre større ensartethed og høj kvalitet i hele landet, og som samtidig giver et fælles afsæt for at udvikle det almenmedicinske tilbud som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. I vores optik er opgavebeskrivelsen en væsentlig forudsætning for at opnå dette, men desværre mener vi ikke, at opgavebeskrivelsen i den nuværende form kommer til at bidrage til at indfri intentionerne.

Opgavebeskrivelsens formål

I opgavebeskrivelsen formuleres dennes rolle som "et fagligt udviklings- og styringsredskab, der beskriver og afgrænser de samlede opgaver, som almenmedicinske tilbud skal varetage". Det er vores vurdering, at det nuværende udkast generelt er meget ukonkret og utilstrækkeligt som styrings- og udviklingsredskab for almen praksis i et samlet sundhedsvæsen. Der er således stor forskel mellem den ambition, der var ved sundhedsreformens indgåelse, og det niveau, opgavebeskrivelsen nu ligger på, og vi savner en tydelig definition af, hvad almen praksis konkret er forpligtet til, og hvad regionerne er forpligtet til på et overordnet niveau.

Ud over i beskrivelsen af konkrete patientgrupper og indsatser gælder ovenstående blandt andet, men ikke udelukkende i relation til kompetencer, kvalitetsudvikling, data og monitorering og tilgængelighed. Herunder er det fx uklart hvordan processen er ift. at udvikle kliniske retningslinjer, og hvordan disse spiller sammen med kliniske retningslinjer under SundK.

Patienternes forløb

Opgavebeskrivelsen forholder sig i meget ringe grad til den patientoplevede kvalitet eller hvordan opgavebeskrivelsen skal komme patienterne til gavn. Dette perspektiv er en absolut forudsætning for at indfri sundhedsreformens intentioner.

Udredning for demens

Afsnittet vedrørende udredning for demens er utrolig ukonkret og vil på den baggrund ikke kunne fungere som styringsredskab ift. almen medicinske tilbuds rolle i demensudredningen.

I udkastet til opgavebeskrivelse står således:

”Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens beskriver, at almenmedicinske tilbud, fremfor at henvise til specialiseret udredning, skal udrede og behandle patienter med demenssygdom, hvor specialiseret udredning ikke vurderes at ville ændre behandling eller indsatser. Den almenmedicinske klinik skal kontakte de regionale demensenheder for sparring og rådgivning ved behov”

Dette er i modstrid med det, der rent faktisk står i anbefalingerne. Anbefalingerne beskriver, at vurderingen af, hvorvidt patienten skal færdigudredes i almen praksis eller henvises til en udredningsenhed, beror på en konkret lægefaglig vurdering baseret på en række forskellige parametre herunder graden af demens og særlige symptomer. I stratificeringen i anbefalingerne er skridt 1 at vurdere, hvorvidt yderligere specialiserede undersøgelser vil have betydning for fx medicinsk behandling eller psykosociale indsatser. Dette er på ingen måde det samme som en vurdering af, hvorvidt en specialiseret udredning vil ændre behandling. Dette skal ses i lyset af, at indsigten i demens og kompetencerne til at identificere demenssymptomer varierer i betragtelig grad på tværs af almenmedicinske tilbud.

Det bør tydeliggøres i opgavebeskrivelsen, at almen praksis skal stille en ætiologisk diagnose for de patienter, der færdigudredes i almen praksis og altså ikke blot en uspecifik demensdiagnose jf. anbefalingerne til organisering af udredningen.

I forlængelse af ovenstående står der i udkastet til opgavebeskrivelsen, at ”Den almenmedicinske klinik skal kontakte de regionale demensenheder for sparring og rådgivning ved behov”. Hvorimod der i anbefalingerne står: ”I det almenmedicinske tilbud bør der være let adgang til de relevante parakliniske undersøgelser, der ofte indgår i demensudredning, samt rådgivning fra udredningsenhederne ved fortolkning af resultaterne”. Det er en væsentlig distinktion, idet der i processen med udarbejdelsen af anbefalingerne har været fokus på, at almen praksis netop ikke bør stille en ætiologisk diagnose uden at konferere med en udredningsenhed.

Som vi har gjort opmærksom på gentagne gange både i regi af den følgegruppe, der er nedsat for udarbejdelsen af opgavebeskrivelsen, og i forbindelse med processen med at udarbejde anbefalingerne til organisering af udredning, er der en række forudsætninger, der skal være på plads, før almen praksis kan overtage opgaven med den fornødne kvalitet.

Det drejer sig bl.a. om:

- Kompetencer til at identificere tidlige tegn på demens, stratificere jf. anbefalingerne og ikke mindst til at stille en ætiologisk diagnose.
- Monitorering af data og kvalitet. Det er afgørende, at det er muligt at indhente data på den ætiologiske diagnose stillet i almen praksis. Fx bør almen medicinske tilbud forpligtes til at indberette til kvalitetsdatabasen (Dandem).
- Viden om muligheder for behandling og støtte herunder såvel medicinsk som ikke-medicinsk/psykosocial behandling.

I forbindelse med udarbejdelsen af anbefalingerne til organisering af demensudredning blev vi forsikret om, at disse krav ville blive inkluderet i opgavebeskrivelsen. I processen med udarbejdelsen af opgavebeskrivelsen har vi fået at vide, at den har ændret karakter og ikke længere skal beskrive så konkrete krav, men at opgavebeskrivelsen vil referere til faglige krav, der er beskrevet andetsteds. Men det fremgår fortsat ikke i udkastet til opgavebeskrivelsen 1) hvor, hvornår og hvordan de krav bliver tydeliggjort og 2) at flytningen af opgaven først kan ske, når de krav er på plads.

Vi stiller os meget kritiske over for, at man med opgavebeskrivelsen søger at flytte en opgave fra det højt specialiserede sundhedsvæsen til almen praksis, uden at forudsætningerne er på plads og med formuleringer, der risikerer at underminere det grundige, faglige arbejde, der er gjort i forbindelse med udarbejdelsen af anbefalingerne. Det medfører en stor risiko for, at de 100.000 mennesker der lever med demens i dag og de mange flere, der kommer i fremtiden, med sundhedsreformen vil få en lang ringere kvalitet i deres forløb, og at sundhedsreformen – stik mod intentionen – kommer til at skabe mere ulighed i sundhed.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund
Forperson
Alzheimerforeningen



Mette Raun Fjordside
Direktør
Alzheimerforeningen

Fokus på basisfunktionen

Anders Beich

Praktiserende læge i Region Sjælland gennem mere end tre år

Bestyrelsesmedlem i Lægevidenskabelige Selskabers bestyrelse

Medlem af Styregruppen i "Vælg Klogt"

Overordnet

Der mangler et bagtæppe for opgavebeskrivelsen.

Den seneste undersøgelse af udbredelsen og graden af udbrændthed blandt praktiserende læger i Danmark er gennemført i 2023. Den viser, at 48% af de praktiserende læger opfylder kriterierne for at være moderat udbrændt, og 14% opfylder kriterierne for at være alvorligt udbrændt. Det er det højeste antal siden man i 2004 begyndte at monitorere trivslen hos de praktiserende læger.

<https://laeger.dk/media/gpel2txu/alment-praktiserende-laegers-psykiske-arbejdsmiljoe-og-jobtilfredshed-2023.pdf>

Fra 2019 til 2023 er andelen af moderat udbrændte således steget med 21%, mens andelen af alvorligt udbrændte er steget med 44%. 29% svarer, at de helt sikkert eller i nogen grad har fortrudt, at de er blevet praktiserende læge. Vi ved ikke hvad der er sket de sidste par år, men det er svært at forestille sig at der er blevet færre udbrændte læger i perioden.

Kilderne til udbrændthed blandt danske praktiserende læger er især kombinationen af øget kompleksitet og volumen (flere med kronisk og kompleks sygdom, hurtigere udskrivelser), tidspres i konsultationerne, organisatorisk pres (flere krav til ydelserne) og patientpres fra stærke patienter, mangel på tid til kerneopgaver, samt en stigende følelse af at ikke slå til, hvilket flere mener faktisk truer patientsikkerheden og altså fortrydelse af valget at blive praktiserende læge.

Opgavebeskrivelsen mangler respekt for den eksisterende almenmedicinske arbejdsstyrkes manglende robusthed, den samlede nuværende kapacitet, det nuværende arbejdspress i store områder af Danmark, at der de senere år allerede løses et stigende antal opgaver med både syge og raske, og forståelse af, at nye opgaver nødvendigvis må følges af overvejelser af, hvilke af de nuværende opgaver, der i fremtiden ikke skal løses i almen praksis. Man kunne vælge at se på opgaver som løses uden evidens for gavn, og hvor spild eller skade er det mest sandsynlige udkomme., direkte eller indirekte. Det foreliggende udkast indeholder kun vage tilkendegivelser om opgaveafgrænsning.

Der er mange forventninger og for mange af opgaverne i basisfunktionen er almen praksis givetvis det rigtige sted at løse opgaven, men der skal skaffes tid, manpower og opbakning til opgaverne, både nu og i fremtiden, hvor de beskrevne opgaver bliver flere qua demografien. Og man kommer ikke uden om en prioritering.

Ambitionerne og de nye opgaver for almen praksis bygger nærmest udelukkende på forventninger om langt flere (ikke-udbrændte) almenmedicinske speciallæger og en fordeling af dem, så opgaverne også kan løses

der, hvor de syge er flest – en ønskesituation, som vi slet ikke er i nærheden af i mange år fremover, efter års forsømmelse af fokus på ulighed, også i det primære sundhedsvæsens tilbud og muligheder.

Der rides kun overfladisk, helt utilstrækkeligt og summarisk nogle mindre områder op, som kunne aflaste de praktiserende læger fra det de allerede udfører, og der anvendes begreber som ”på sigt”:

- *Henvisning til fysioterapi (er jo allerede afskaffet i flere regioner): Almenmedicinske tilbud vurderer aktuelt patienter før henvisning til tilskudsberettiget fysioterapi, men forsøg med fysioterapi uden henvisning har vist, at patienterne oftest selv kan vurdere behovet. Regelsættet kan ændres, så patienter får adgang til fysioterapi uden forudgående henvisning fra almenmedicinske tilbud.*
- *Visitation for private sundhedsforsikringer. Almenmedicinske tilbud har kontakter med patienter, som beder om henvisning til undersøgelser og behandlinger, som ikke er dækket af den offentlige sygesikring men udelukkende bruges af private sundhedsforsikringer. Det kan på sigt undersøges, om der kan findes løsninger hvor visitationen varetages uden involvering af de almenmedicinske tilbud.*
- *Varetagelse af forebyggende børneundersøgelser. Indsatsen kan differentieres ud fra familiens behov, og der kan ske en øget inddragelse af praksispersonale i almenmedicinske tilbud og samarbejde med sundhedsplejen.*
- *Prioritering af henvendelser og opgaver: Almenmedicinske tilbud og regionen som ansvarlig myndighed kan løbende forholde sig til om der er opgaver eller kontakter, som ikke giver sundhedsmæssig værdi for patienten, og/eller som mere hensigtsmæssigt kan varetages af andre aktører i eller udenfor sundhedsvæsenet, eventuelt i civilsamfundet.*
- *Færre udstedelser af attester i almenmedicinske tilbud. Nogle attester, som i dag udstedes i almenmedicinske tilbud, kræver ikke almenmedicinske kompetencer. En forandring af området forudsætter dog ændringer i vejledninger, bekendtgørelser og praksis for sagsbehandling, eksempelvis ved vurdering af behov for hjælp og støtte.*
- *Dosispakket medicin: Almenmedicinske tilbud skal aktuelt involveres, før en patient kan få sin medicin dosispakket. Regelsættet kan ændres, så apoteker får mulighed for selv at iværksætte dosispakket medicin, hvilket kan frigive ressourcer i almenmedicinske tilbud.*

”3.1. Målgruppen for almenmedicinske tilbud og specialet almen medicin Almenmedicinske tilbud er almindeligvis borgerens første og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet, hvor alle helbredsproblemer uanset personens alder, køn, eller andre karakteristika behandles. Målgruppen for almenmedicinske tilbud er derfor alle borgere, som har et problem, som de ønsker vurderet i sundhedsvæsenet. For den enkelte almenmedicinske klinik er målgruppen langt overvejende de patienter, som er tilknyttet klinikken. Det almenmedicinske tilbud skal varetage en lang række opgaver i relation til den initiale vurdering, udredning, behandling og opfølgning af symptomer og helbredsbekymringer for alment forekommende tilstande indenfor det medicinske, kirurgiske og psykiatriske område. Der eksisterer ikke en fuldstændig oversigt over opgaver, der varetages i almenmedicinske tilbud, men det internationale klassifikationssystem International Classification of Primary Health Care (ICPC), kan illustrere de helbredsproblemer – henvendelsesårsager, symptomer og diagnoser – der udgør hovedparten af arbejdsopgaverne.”

Kommentar: Meget lidt hjælp i forhold til at afgrænse hvad det almenmedicinske tilbud er forpligtet til at tage sig af og ingen afgrænsning. "Alle helbredsproblemer" i indledningen bliver til "problemer, som de (patienterne) ønsker vurderet i sundhedsvæsenet" og "symptomer og helbredsbekymringer".

For det første er der utallige og stadigt flere drivere til helbredsbekymringer og øget søgning af egen læge, efterhånden som sundhedsmarkedet ekspanderer og AI-genererede diagnoseforslag er indlejret i almindelige internetbrowsere, og den "uvisiterede" kontakt er jo i mange (de fleste?) klinikker en ikke-lægelig visitation/rådgivning ved hjælpepersonale (sekretær, lægestuderende, sosu-assistent, sygeplejerske), som forsøger at sortere i symptomhavet, hvor de stærkeste og bedst formulerede altid får et forspring.

For det andet kunne man reelt overveje om det er hensigtsmæssigt, at de mange trivselsmæssige belastningstilstande, hvoraf mange givetvis har brug for hjælp til problemudredning og rådgivning, rent faktisk har gavn af at første step – indgangen til at tage hul på problemerne - er medicinsk af natur. Egen læge har en gang kunnet rumme de relativt få, der ikke kunne skelne belastninger og bekymringer fra symptomer på sygdom, og være en slags hjemmelærte terapeuter/beroligere for dem. Opgaven er ekspanderet og kalder på afgrænsning og i det mindste anerkendelse af, at vi end ikke ved, hvor forskelligt opgaven varetages (gavn/spild/skade) i nutiden i almen praksis, eller hvordan den bedst varetages, nu hvor presset fra rigtig mange patienter på listen er stærkt stigende i nogle områder, og hvor subjektivt behov og pres ofte er omvendt proportionalt med objektive behov.

Der henvises til at ICPC klassifikationssystemet skulle kunne "illustrere de helbredsproblemer – henvendelsesårsager, symptomer og diagnoser – der udgør hovedparten af arbejdsopgaverne". Det er rigtig at praktiserende læger over hele verden registrerer diagnoser i deres patientjournaler ved hjælp af ICPC-1 eller ICPC-2. Men begge klassifikationer er forældede, og man har i årevis arbejdet på, men ikke færdiggjort en ICD-kompatibel opdatering (ICPC3), der kan "holde trit med den seneste udvikling inden for faget almen medicin" (Jf DSAMs egen hjemmeside <https://www.dsam.dk/forskning-og-kvalitet/icpc>) . Men en klassifikation siger jo, uanset om den har holdt trit med udviklingen, ikke noget om, hvad der fylder dagsplanen i almen praksis.

3.2.2. Forebyggelse

"Den almenmedicinske klinik skal varetage både **specifikke** forebyggende indsatser, **generelle** forebyggende indsatser og **tidlig opsporing** af sygdom.

Den almenmedicinske klinik skal foretage en **opsøgende indsats** målrettet familier, der udebliver fra vaccinationer til børn og unge.

Almenmedicinske tilbud støtter patientpopulationen i egenomsorg og sygdomsmestring. Forebyggelse og opsporing af sygdom med igangsættelse af behandlingsindsatser, der har en positiv effekt for patientens sundhedstilstand, varetages derfor i almenmedicinske tilbud og foregår i tæt samarbejde med kommunen og civilsamfundet.

Kommentar: Ovenstående sætning blander støtte til egenomsorg og mestring op med Forebyggelse og opsporing af sygdom i en argumentation, som ikke giver mening umiddelbart. Det er ganske uklart hvad der menes. Tidlig opsporing er en eufemisme for screening/undersøgelse af en risikant uden symptomer, og det er jo nærmest det modsatte af støtte til både egenomsorg (sundhed) og mestring (sygdom). SSTs egen definition af tidlig opsporing lyder: "Tidlig opsporing er opsporingsdelen af sekundær forebyggelse, og den

kan udføres både ved systematisk screening og opportunistisk screening”

<https://www.sst.dk/~media/ca0b2ed9165f4c908db3117ba4764058.ashx>

”**Specifikke** forebyggelsesindsatser omhandler forebyggende svangreundersøgelser, forebyggende sundhedsydelser for børn og unge samt vaccinations- og screeningsindsatser. Som led i de forebyggende svangreundersøgelser og de forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, foretages en differentiering ud fra niveauet af indsatser, der er behov for.

Kommentar: De forebyggende børneundersøgelser hos egen læge er en del af de forebyggende sundhedsydelser, som alle børn og unge i Danmark tilbydes – og det sættes der ikke spørgsmålstejn ved. Den seneste evaluering er 18 år gammel og handler om lægeundersøgelser, hvor man konkluderer / skønner at programmet har en **positiv effekt**. I mellemtiden er programmet, ligesom svangreomsorgen i almen praksis, blevet ændret mange steder, og de praktiske undersøgelser er overtaget af hjælpepersonale med heterogent uddannelsesniveau. Der er tale om en faglig ”darling”, som lever højt på en traditionel forestilling om den praktiserende læge som forebygger og som savner et regelret evidensgrundlag.

Den almenmedicinske klinik skal desuden tilbyde specifikke forebyggelsesindsatser i form af sundhedstjek hvert andet år af borgere på botilbud – samt en årlig fokuseret somatisk undersøgelse af patienter med svær kronisk psykisk sygdom eller anden psykisk lidelse, hvor patienten på baggrund af livsforhold og sygdommens alvor er i risiko for at have uopdaget/ubehandlet somatisk sygdom. Den enkelte borgers situation, muligheder og præferencer skal indgå i tilrettelæggelsen af forebyggelsesindsatser til sårbare grupper.

Kommentar: Også denne indsats hviler på et spinkelt grundlag og vi ved ikke hvad der rent faktisk foregår i dag under disse sundhedstjek eller hvad der kommer ud af det sundhedsmæssigt. Nu bliver det så gjort til en skal opgave.

Generelle forebyggende sundhedsindsatser drejer sig om **forebyggelsessamtaler** og **tidlig opsporing af både fysiske og psykiske sygdomme**. Almenmedicinske tilbud har desuden en opgave i at henvise til kommunale og regionale forebyggelsestilbud, herunder patientrettede forebyggende indsatser målrettet patienter med kroniske sygdomme med henblik på forebyggelse af forværring samt forbedring af egenomsorg og livskvalitet.”

Kommentar: Tidlig opsporing og forebyggelsessamtaler lyder godt, men generelle forebyggende helbredsindsatser i sundhedsvæsenet er det i langt de fleste tilfælde ikke muligt at understøtte med andet end god vilje og gamle forebyggelsesdogmer, som også lever blandt fagfolk. Der er f.eks. i dag en anbefaling imod ufokuserede helbredstjek i almen praksis – som er udviklet i regi af Vælg Klogt.

<https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/helbredstjek>

Når det gælder henvisning til kommunale forebyggelsesindsatser, så bør de være tilgængelige uden lægehenvielse, som noget alle borgere kan anbefale hinanden.

3.2.5. Koordination

Almenmedicinske tilbud skal som tovholdere **skabe sammenhæng og overblik** over patientens sygdomsforløb og bidrage til, at patienten får en rettidig og sammenhængende behandling på det rette specialiseringsniveau. Dette skal blandt andet ske igennem **koordinering af indsatser på tværs af sektorer**, herunder med patientsansvarlig læge på sygehuset, og med afsæt i den konkrete patients behov og funktionsniveau. Den almenmedicinske klinik skal derudover, på baggrund af en konkret faglig vurdering af den enkelte patients situation, muligheder og præferencer, varetage en **særlig tovholderfunktion og**

koordinere forløb for patienter, der - generelt eller i en periode - er sårbare, og har et særligt behov for hjælp og støtte for at kunne modtage relevante sundhedsydelser. Patienter med særligt behov for koordination er blandt andet patienter med komplekse behandlingsforløb, herunder patienter med **multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelfhængighed samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller sundhedskompetence**.

Kommentar: Der er næppe tvivl om at en højere prioritering af denne rolle ville kunne gøre en forskel. Man må bare ikke underkende hvor lang tid man som tovholder kan bruge på at finde de tove der måske kan holdes i og er relevante for patienten. Dertil kommer at et øget fokus på de særligt udsatte / sårbare ikke kommer uden at tiden skal tages fra noget andet. I et sundhedsvæsen, der på ingen måde er indrettet for udsatte eller sårbare borgere er det en tidskrævende og utaknemmelig opgave at have en "særlig tovholderfunktion". Personligt er jeg optaget af denne ulighed i sundhedsvæsen og i dagligdagen strækker jeg mig langt for at hjælpe netop disse grupper, men jeg ved at de fleste af mine kolleger, som allerede synes de har rigeligt at lave, ikke kommer til at give disse grupper større opmærksomhed eller mere tid til koordinering, og da slet ikke hvis ingen kan/vil anvise hvorfra de skal tage den tid det vil kræve.

3.2.6. Kontinuitet

Almenmedicinske tilbud skal tilrettelægge opgavevaretagelsen, så der opnås **kontinuitet for de patienter, som har behov for det**.

Patienter med størst behov for kontinuitet er blandt andet patienter med **komplekse og langvarige behandlingsforløb, herunder patienter med multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelfhængighed, samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller nedsat sundhedskompetence**.

Den almenmedicinske klinik **skal aktivt opretholde kontakten til de patienter, der har særligt behov for kontinuitet i patient-behandler-relationen** for at kunne modtage relevante sundhedsydelser. Kontinuiteten behøver ikke at være knyttet til en læge, men kan eksempelvis varetages gennem faste kontaktpersoner blandt klinikpersonalet eller ved organisering i faste behandlerteams.

Kommentar: Næsten samme kommentar som ovenfor. Næppe nogen tvivl om, at det vil være godt for disse patienter at have deres egen læge som proaktiv case-manager, og været sikret kontinuitet og faste behandlerteams i den praksis de hører til. Det er bare en kæmpe opgave i en del lægehuse og man kommer ikke uden om prioriteringssnak, hvis man vil give (meget) mere til disse patientgrupper.

3.2.7. Populationsomsorg

Almenmedicinske tilbud skal yde **populationsomsorg for de borgere, der er tilknyttet klinikken**. Det betyder, at klinikken skal have en særlig opmærksomhed på at sundhed og sygdom er ulige fordelt i befolkningen, og arbejde med en **personcentreret tilgang, som udgangspunkt for differentiering af indsatser, så patienter med størst behov kan få den rette indsats**.

Differentiering kan eksempelvis indebære, at patienter med høj sundhedskompetence understøttes i egenomsorg og tilbydes digitalt understøttede indsatser med få opfølgende konsultationer, mens **patienter med nedsat sundhedskompetence og komplekse helbredsproblemer tilbydes en tæt kontakt med klinikken og koordination af indsatser på tværs af sektorer**. Patienter med størst behov er typisk

mennesker kendetegnet ved komplekse behandlingsforløb, herunder patienter med **multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller nedsat sundhedskompetence**. Populationsomsorg indebærer også opmærksomhed på **patienter, som er i høj risiko for at udvikle sygdom eller forværring af sygdom**. Det betyder, at den **almenmedicinske klinik skal arbejde med opsporing, forebyggelse og rettidig indsats på baggrund af kendskab til den enkelte patients historie, funktionsniveau og sociale forhold samt særlige risikofaktorer**.

Kommentar: Samme kommentar som til de to foregående punkter. Patienter med høje sundhedskompetencer er bare desværre ikke sjældent dem med de højeste forventninger til hvad sundhedsvæsenet og deres forsikringselskab kan gøre for dem. En omstilling til at de vil stille sig tilfreds med mindre (og mindre personlig kontakt) kræver en strukturel indsats / opbakning og kommer ikke til at finde sted

3.3. Basal tilgængelighed

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for konsultation hver dag på hverdage.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for konsultation mindst en ugentlig hverdag efter kl. 16.

Den almenmedicinske klinik skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at patienter sædvanligvis kan få **konsultation senest 5. hverdag** efter tidsbestillingen.

Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag.

Den almenmedicinske klinik skal kunne træffes telefonisk i hele dagtiden.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for telefonkonsultationer mindst en time dagligt på hverdage.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for telefonisk tidsbestilling i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag.

Den almenmedicinske klinik skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse, ekonsultation og videokonsultation.

Den almenmedicinske klinik skal aflægge **sygebesøg i dagtiden** på hverdage, i tilfælde hvor det lægefagligt vurderes nødvendigt.

Den almenmedicinske klinik skal tilstræbe, at konsultationslokaler er **tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter**. Endvidere skal alle klinikker, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicapparkering i nærheden af klinikken. Ved nybygning og væsentlig ombygning af klinikken er det et krav, at der etableres adgangsforhold i henhold til byggelovgivningens regler.

Den almenmedicinske klinik skal **identificere behov for tolkebistand og gennemføre tolkede konsultationer**.

Kommentar:

3.4.1. Samarbejde med kommuner

Øget og forpligtende samarbejde med kommunen

Den almenmedicinske klinik skal indgå i **forpligtende samarbejde med kommuner** om indsatser og planlægning af fælles forløb, herunder være **tilgængelig for faglig sparring og rådgivning om konkrete patienter**.

Den almenmedicinske klinik skal henvise patienter til relevante kommunale tilbud ved indikation.

Den almenmedicinske klinik skal i relevant omfang deltage i planlagt **videokonference samt socialmedicinsk samarbejde med samarbejdspartnere fra kommuner og sygehuse**.

Den almenmedicinske klinik skal være **tilgængelig for kommunalt plejepersonale** via elektroniske korrespondancer, og svartiden skal tilstræbes gensidigt at være maksimalt tre hverdage.

Samarbejdet er endvidere vigtigt i relation til sårbare familier med **børn eller unge i psykisk mistrivsel**, hvor **den almenmedicinske klinik skal etablere kontakten til det kommunale lettilgængelige behandlingstilbud**, så børn og unge får hurtig og ensartet adgang til behandling, **inden symptomerne forværres og bliver mere indgribende**.

Almenmedicinske tilbud og speciallæger i almen medicin er de **primære lægefaglige samarbejdspartnere for det kommunale sundheds-, ældre-, social- og beskæftigelsesområde**. Der er således behov for, at den almenmedicinske klinik og kommunale samarbejdspartnere er **gensidigt tilgængelige for hinanden, med mulighed for nem og rettidig kontakt**.

Samarbejdet er særligt vigtigt i relation til **sårbare ældre, børn og unge, patienter med svære sociale problemstillinger, multisygdom, svære psykiske lidelser, handicap, rusmiddelafhængighed, eller andre komplekse sundhedsproblematikker**, hvor opfølgning, rehabilitering og understøttelse af egenomsorg forudsætter løbende dialog og faglig sparring mellem den almenmedicinske klinik og kommune.

Samarbejdet er endvidere vigtigt i relation til **sårbare familier med børn eller unge i psykisk mistrivsel**, hvor **den almenmedicinske klinik skal etablere kontakten til det kommunale lettilgængelige behandlingstilbud, så børn og unge får hurtig og ensartet adgang til behandling, inden symptomerne forværres og bliver mere indgribende**. En forudsætning for et velfungerende samarbejde er at den almenmedicinske klinik har adgang til et overblik over kommunale sundhedstilbud og indsatser på socialområdet, som patienter bør informeres om eller henvises til.

Kommentar: Forpligtende samarbejde med kommunen er måske det vigtigste i årene der kommer, men især for de mange ældre og udsatte med multisygdom og kompleks sygdom, som ikke skal bruge så meget tid på hospitalerne. De har hårdt brug for egen læge og plejepersonale og pædagogisk personale i kommunen har hårdt brug for at borgers egen læge er tilgængelig og kender borgeren, hvis ambitionen om at holde borgeren ude af forbyggelige og uovervejede indlæggelser skal indfries.

Det er mere tvivlsomt at placere egen læge som tovholder og case-manager med udvidet tilgængelighed, når det gælder børn og unge i mistrivsel, særligt sårbare og for social- og beskæftigelsesområdet, som det er formuleret herover. Den almenmedicinske specialist kan ikke rumme alle disse samfundsproblemstillinger som hovedperson, og det går simpelthen ikke an at kræve høj tilgængelighed og konferencer med egen læge, i forventning om at der kan ydes en særlig indsats på disse områder, bare fordi de influerer big-time på sundheden hos disse grupper. Det er ganske overambitiøst og i kanten af det almenmedicinske fagområdes kompetencer at deale med alle disse problemer, som ofte er uløst af bevidste politiske

prioriteringer. Det er ukloge valg på den store klinge set med sundhedsfaglige briller, at gøre lægen til en slags sundhedsfaglig advokat for særligt udsatte og sårbare grupper.

3.4.2. Samarbejde med sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor

Den almenmedicinske klinik skal gøre egne **journalnotater tilgængelige for patienten samt andre sundhedspersoner** på relevante digitale platforme, herunder **oprette og vedligeholde diagnosekort for alle relevante patienter**. Den almenmedicinske klinik skal indgå i samarbejdet om komplekse patientforløb, der går på tværs af sektorer, eksempelvis gennem deltagelse i **tværsektorielle konferencer**. Den almenmedicinske klinik skal være tilgængeligt for regionale samarbejdspartnere via elektroniske korrespondancer med svar indenfor tre hverdage. Den almenmedicinske klinik skal varetage opfølgning efter sygehuskontakt på baggrund af epikrisens triagering.

Kommentar: Der er tale om en betydelig kulturændring, og fører formentlig mange nye henvendelser, når patienter og andre kan læse med i de almenmedicinske continuationer, som skal udvikles til formålet. Det bliver en lang proces at nå i mål med integrationen af brugbare journalnotater fra egen læge i samarbejdet mellem sundhedsaktører, samarbejdspartnere og patienterne. Også her skal der bruges tid som vi ikke har på at nå hen et bedre ift integration og opfyldning af grøfter mellem sektorer og aktører. Sporene fra sygehusvæsenet skræmmer, når man i almen praksis prøver at forstå hvad der er foregået med patienterne mens de var under sygehusets vinger.

3.6. Opgaver i relation til udvalgte målgrupper

3.6.1. Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom

Den almenmedicinske klinik skal varetage rollen som **forløbsansvarlig** for patienter omfattet af Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme, og **tilrettelægger** indsatsen i henhold til pakkeforløbene. Pakkeforløbene beskriver krav til behovsvurdering, systematisk differentiering på baggrund af patientens behov og udarbejdelse af en behandlingsplan i samarbejde med patienten, samt koordinering af yderligere indsatser, eksempelvis på sygehuse og i kommuner, og **løbende status og opfølgning i det almenmedicinske tilbud**. Desuden beskrives det almenmedicinske tilbuds **ansvar for det digitale overblik** for patienter i pakkeforløb.

Sundhedsstyrelsen udarbejder pakkeforløb for henholdsvis KOL og **kroniske lænderygsmærter**, der træder i kraft i 2027. Herefter udarbejdes pakkeforløb for type-2-diabetes, der træder i kraft i 2028, pakkeforløb for hjertesygdom, der træder i kraft i 2029 og pakkeforløb for kompleks multisygdom, der træder i kraft i 2031. Der vil blive fastlagt patientrettigheder i relation til pakkeforløbene, herunder ret til en behandlingsplan målrettet den enkelte samt opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en given tidsfrist.

Kommentar: Egen læge som forløbsansvarlig tilrettelægger, der holder løbende status på pakkepatientens rettigheder er utopi. Der findes allerede forløbsplaner for de relevante grupper af patienter med udvalgte kroniske sygdomme i almen praksis. Havde man valgt kompleks multisygdom som det første, så havde det givet mening. Her vælger man så som noget nyt kroniske lænderygsmærter, som ikke er én lidelse men til gengæld en folkesygdom (ca 1 mill danskere), som man giver særlige rettigheder ift differentierede behov, behandlingsplaner og koordinering. Det er muligt at det primært er en politiske beslutning, men man burde i denne opgavebeskrivelse have været realistisk og kritisk i forhold til hvad der kan lade sig gøre med denne

kæmpegruppe af mennesker med smerter. Igen: Hvor skal tiden tages fra, når de mange med rygsmerter skal have ekstra opmærksomhed?

3.6.2. Udredning af demens

Den almenmedicinske klinik skal **udrede og behandle patienter med demenssygdom**, hvor specialiseret udredning ikke vurderes at ændre behandling eller indsatser. Den almenmedicinske klinik skal, med samtykke fra patienten, tilbyde at orientere kommunen, herunder demenskoordinatorfunktionen, om udredningen, med henblik på tidligt i forløbet at få foretaget en behovsvurdering, således at patienten kan få den rette indsats i kommunen også inden en eventuel demensdiagnose stilles.

Kommentar: Hvordan man i løbet af det næste års tid kan flytte hovedparten af den tidligere specialiserede demensudredning ud i almen praksis, samtidig med at man holder og sikrer det faglige niveau? Adgangen til paraklinik, implementering, efteruddannelse af alle læger, så vi vil kunne leve op til de faglige krav og løfte opgaven – det hele mangler. Ikke at det ikke kan lade sig gøre, men hvor skal ressourcerne tages fra i almen praksis?

3.6.3. Opfølgning efter kræftforløb

Almenmedicinske tilbud har en **opfølgningsopgave**, når et kræftforløb på sygehus er afsluttet eller ved langvarige behandlingsforløb på sygehus. Den almenmedicinske klinik skal **systematisk tilbyde alle patienter en opfølgende konsultation om de fysiske, psykiske og sociale udfordringer**, som kan opstå i forbindelse med, eller i tiden efter, et kræftforløb. Formålet med den opfølgende konsultation er at **afdække eventuelle fysiske, psykiske eller sociale senfølger eller følgevirkninger, og sammen med patienten udarbejde en individuel plan for opfølgning**, der beskriver **indsatser i den almenmedicinske klinik samt eventuelle yderligere indsatser, som eksempelvis henvisning til fysisk træning, kostvejledning eller sygdomsmestring**.

Kommentar: Igen skydes der over målet ift egen læges rolle mht skal-opgaver og hvorfor skal der foreligge henvisninger fra egen læge til alle disse indsatser for at forebygge / afbøde senfølger? Det er da bare på sygehusene at udstyre de ramte med turbånd til herlighederne, som langt fra findes alle vegne. Virkeligheden presser sig på når ser på disse ambitioner og hvad egen læge tillægges af betydning og muligheder. Ominpotensen er stor, men kapaciteten er udfordret af virkeligheden.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

05-12-2025
BIS/RNH/412/00104

Apotekerforeningens høringssvar om udkast til Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Apotekerforeningen takker for muligheden for at indgive høringssvar om udkast til Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud i offentlig høring.

Apotekerforeningen ser positivt på opgavebeskrivelsens formål om at skabe grundlag for en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af almenmedicinske tilbud, bedre samarbejde og sammenhæng i de tværsektorielle patientforløb.

Apotekerne er med de nuværende 536 apoteksenheder en del af det nære sundhedsvæsen fordelt rundt i landet. De er i kontakt med 95% af alle voksne danskere hvert år. Apotekernes tilgængelighed og kompetencer er en ressource, der kan nyttiggøres i samarbejde med det almenmedicinske tilbud for at skabe sammenhæng i patienternes medicinske behandling. Apotekerforeningen ser mange muligheder for, at apotekerne kan være med til at udvikle sundhedsvæsenet og indfri ambitionerne i sundhedsreformen.

Nedenfor har vi beskrevet vores bemærkninger til udkast til Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Samtaler om medicin på apotek i pakkeforløb til mennesker med kronisk sygdom

I afsnit 3.6.1. Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom side 30 står det beskrevet, at den almenmedicinske klinik skal varetage rollen som forløbsansvarlig for patienter omfattet af pakkeforløb for mennesker med kroniske sygdomme, og at de tilrettelægger indsatsen i henhold til pakkeforløbene, herunder koordinering af yderligere indsatser, fx på sygehuse og i kommuner. Fordi medicin er en del af de fleste behandlingsforløb for mennesker med kronisk sygdom, mener Apotekerforeningen, at apoteket skal nævnes som mulig aktør i dette samarbejde. Apotekernes samtaler om medicin skal nyttiggøres til mennesker med kronisk sygdom i pakkeforløb.

National og international viser, at apotekets samtaler om medicin forbedrer compliance, skaber tryghed og øger viden hos patienten (1, 2). Der er tale om veletablerede ydelser defineret i bekendtgørelser:

- Medicinsamtale: [Bekendtgørelse om medicinsamtale på apotek](#)
- Compliancesamtale: [Bekendtgørelse om compliance-samtale på apotek](#)

Samtalerne har fokus på at understøtte den behandling, lægen har ordineret - det er ikke en kritisk gennemgang af den samlede medicinering som en medicingennem-

1. [Compliance og medicin efterlevelse: Evidens, teori og praksis på apotek](#). Pharmakon 2024
2. [Apotekets medicin- og compliancesamtaler – en litteraturgennemgang](#). Pharmakon 2020

gang er. En medicin- og compliancesamtale på apoteket giver patienten tryghed, viden og medicinvaner, der passer til deres hverdag, så patienten kan få det bedste ud af behandlingen.

Apotekerne kan varetage dele af opgaverne ved medicingennemgang og af-medicinering

I afsnit 4.1.4 Bedre brug af ressourcer side 35-36, er det beskrevet, at ressourcerne i almenmedicinske tilbud skal anvendes hensigtsmæssigt, og at der fremover også vil være behov for løbende at tilpasse arbejdsdelingen mellem aktører i sundhedsvæsenet og tilstødende områder. Der er konkret bl.a. nævnt, at almenmedicinske tilbud og regionen løbende kan forholde sig til, om der er opgaver, som mere hensigtsmæssigt kan varetages af andre aktører i eller udenfor sundhedsvæsenet.

Apotekerforeningen mener, at apotekerne kan aflaste lægerne ved at varetage dele af deres opgaver i forbindelse med medicingennemgang og af-medicinering. Konkret via ydelserne medicingennemgang og compliancesamtale til patienter i udtrapning af medicin, som beskrives nedenfor. Både for at aflaste lægerne, at imødegå problemer med overmedicinering og sikre, at patienterne kun får den medicin, de har brug for.

Apotekernes farmaceuter har i mange år tilbudt medicingennemgang til patienter i samarbejde med læger og/eller kommunalt personale på fx plejehjem og bosteder – ofte på projektbasis. Som noget nyt i 2026 kan apoteker som en forsøgsordning tilbyde læger i lægedækningstruede områder medicingennemgange til patienter, der har gavn af det. Ønsket blev stillet af bl.a. Danske Regioner for at aflaste læger i lægedækningstruede områder, og det bliver beskrevet i en bekendtgørelse. Bekendtgørelsen er netop nu i høring. Høringsudkastet kan ses [her](#).

Indsatsen skal foregå i et samarbejde mellem de lokale læger og apotekerne. Samarbejdet skal etableres ud fra, hvilke opgaver i forbindelse med medicingennemgang lægen har brug for, at apoteket aflaster lægen med. Det kan fx aftales, hvilken målgruppe medicingennemgang skal tilbydes, hvornår og hvem der taler med patienten, og hvordan overlevering fra apotek til læge skal være.

Denne indsats er begrænset til lægedækningstruede område, med forventning om, at tilbuddet vil skulle udvides for at aflaste flere læger.

Siden januar 2025 har apotekerne kunne levere en samtale om udtrapning af medicin efter aftale med læge (beskrevet i [bekendtgørelse om compliance-samtale på apotek](#)). Apoteket støtter i samtalen patienten i implementeringen af udtrapningsplanen fra lægen og opfange problemer i processen, hvor der kan henvises til lægen eller andre professionelle. Det vil aflaste lægerne, fordi lægen skal have færre opfølgende konsultationer med patienten, da nogle af dialogerne i en udtrapningsproces kan tages på apoteket.

Apotekernes bidrag til forebyggelse i det nære sundhedsvæsen

Apotekerne er i kontakt med 95% af alle voksne danskere hvert år. Dermed ser apotekerne patienter, som kan være svære for læger, kommuner og sygehuse at nå. Det giver et stort potentiale for at varetage forebyggelsesopgaver.

I afsnit 3.2.2. Forebyggelse side 21 er det beskrevet, at den almenmedicinske klinik skal varetage både specifikke forebyggende indsatser, generelle forebyggende indsatser og tidlig opsporing af sygdom. Specifikke forebyggelsesindsatser omhandler fx vaccinations- og screeningsindsatser.

Udover at byde ind på sæsonvaccinationer, som er i udbud hvert år, kan apotekerne indgå samarbejde om fx vaccination mod pneumokokker og helvedesild. Apotekerne har stor erfaring med vaccination, og den gode tilgængelighed og mulighed for at blive vaccineret uden tidsbestilling kan være med til at øge antallet af borgere, der bliver vaccineret.

Derfor mener Apotekerforeningen, at det er en opgave, der kan flyttes helt eller delvist til apotekerne for at aflaste de almenmedicinske tilbud som beskrevet i afsnit 4.1.4 Bedre brug af ressourcer side 36.

Ift. tidlig opsporing af sygdom ser Apotekerforeningen muligheder for, at apotekerne kan varetage nogle opgaver, som almen praksis varetager i dag. Det kan være test og behandling af klamydia og børneorm. I England har apotekerne siden 2024 haft mulighed for at hjælpe borgerne med behandling til en række ikke alvorlige sygdomme uden borgeren først har skullet forbi lægen ([Pharmacy First](#)). For at aflaste læger og muliggøre, at patienter hurtigt kan komme til.

Apotekerne skal i så tilfælde selvfølgelig anvende de samme test som læger anvender, og følge faste protokoller for test og evt. iværksættelse af behandling.

Apotekernes rammer for dosispakket medicin skal udvides

I afsnit 4.1.4 Bedre brug af ressourcer side 36 er det som eksempel på et udviklingsområde for at frigive ressourcer i almenmedicinske tilbud nævnt, at regelsættet for opstart af dosispakket medicin kan ændres, så apoteker får mulighed for selv at iværksætte dosispakket medicin.

Apotekerforeningen er enig i beskrivelsen af, at det er hensigtsmæssigt, at apoteker får bedre mulighed for selv at iværksætte dosispakket medicin. Ændringen vil frigive ressourcer i de almenmedicinske tilbud, hvis apotekerne får mulighed for at:

- Foretage vurdering af om patientens situation og behandlingsforløb er egnet til dosispakket medicin samt opfylder af krav til tildeling af tilskud til pakkegebyret ud fra samme kriterier som lægen
- Dosispakke medicinen uden recept fra lægen, men blot med en tilkendegivelse fra lægen om, at lægemidlet må udleveres (skal naturligvis være i FMK)
- Ændre styrke og antal tabletter for et lægemiddel ved restordre.

Særligt de to sidstnævnte vil også øge patientsikkerheden for de borgere, der fx oplever manglende fornyelse af dosisrecepten fra lægens side, eller som ikke får deres behandling i tide, fordi flere parter skal håndtere restordre. Der sker løbende ændringer i dosis eller styrke, og der kan tillægges et ekstra lægemiddel. Det er apoteket vant til at håndtere, og ved akutte ændringer vil det kunne ske meget hurtigere end i dag. Dosispakket medicin skal ses som en måde at indpakke lægemidlerne på og ikke som en 'ordineret' behandling fra lægen.

Samarbejdsfora skal inddrage andre relevante aktører

I afsnit 2.1.1. Samarbejde om sammenhængende patientforløb side 12 og afsnit 2.3.3. Tværsektorielle samarbejdsfora side 18, står det beskrevet, at regionen skal etablere tværsektorielle samarbejdsfora, der understøtter et forpligtende samarbejde om patienter og patientforløb mellem almenmedicinske tilbud og de kommunale områder. Apotekerforeningen mener, at der også bør etableres samarbejdsfora, hvor der inddrages andre relevante aktører, som støtter et sammenhængende patientforløb, herunder apotekerne, og at dette beskrives i Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Apotekerne er en relevant aktør, da vi udleverer og rådgiver patienterne om medicin, når patienterne kommer på apoteket. Apotekerne møder i nogle tilfælde patienterne oftere end fx lægen. Samtidig er der mange snitflader mellem apotekerne til de almenmedicinske tilbud og opgaver, hvor parterne kan samarbejde. Eksempler på dette er angivet i dette høringssvar.

Apotekerforeningen står til rådighed for spørgsmål eller behov for uddybning af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard
Sundhedsfaglig Direktør
Danmarks Apotekerforening

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen
fopssst@sst.dk

1. december 2025

Høringssvar fra Astma-Allergi Danmark til høring vedrørende opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud

Astma-Allergi Danmark takker for muligheden for at afgive høringssvar og for muligheden for at deltage i følgegruppen for opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Astma-Allergi Danmark finder overordnet, at materialet er godt og gennemarbejdet, og at det overordnet set fint beskriver de krav og forventninger, der er til de almenmedicinske tilbud.

Astma-Allergi Danmark har dog fortsat en bekymring for, om opgavebeskrivelsen i tilstrækkelig grad formår at skabe rammerne for at løfte behandlingen af og livskvaliteten for mennesker med astma og allergi, som er patientgrupper, der i høj grad ses i almen praksis.

Det drejer sig særligt om følgende afsnit i opgavebeskrivelsen:

3.5.1. Kompetencer

Det fremgår, at kompetencerne hos både klinikpersonale og speciallæger i almen medicin løbende skal vedligeholdes og udvikles, og at efteruddannelse af både klinikpersonale og speciallæger i almen medicin skal understøtte en ensartet opgavevaretagelse på tværs af landet, og derfor vil bestå af både systematisk obligatorisk og selvvalgt efteruddannelse.

Fra Astma-Allergi Danmarks side vil vi gerne pointere, at det er meget vigtigt, at der er fokus på ensartede kompetencer, hvis vi skal sikre lighed i sundhed. Der skal være fokus på, at kompetenceudvikling også må følge af hvilke patientgrupper, der ses mange af i almen praksis (dvs. de mest almindelige sygdomme), så deres livskvalitet kan hæves.

Særligt i relation til de allergiske sygdomme er der et kompetencegab med betydelige udfordringer som følge af en markant variation i interessen for feltet. Dette har en direkte afsmittende effekt på omfanget og kvaliteten af efteruddannelsesaktiviteter, hvilket igen medfører utilstrækkelig behandling af patientgruppen med nedsat livskvalitet til følge.

Afsnit 3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning

Vi ser meget positivt på styrket kvalitetsudvikling, som kan understøtte monitorering af, om patienter får behandling i overensstemmelse med kliniske retningslinjer.

3.6. Opgaver i relation til udvalgte målgrupper

Astma-Allergi Danmark hilser pakkeforløbene inkl. patientrettigheder velkommen, men er bekymret for, om kapaciteten i almen praksis er tilstrækkelig til, at der samtidigt kan holdes tilstrækkelig fokus på mange af de almindelige sygdomme, som ses i almen praksis samt sikre et tilstrækkeligt højt fagligt niveau, når der ikke for disse sygdomsgrupper er faste mål og veldefinerede trin for, hvad patienten kan forvente, og hvornår patienten skal ses hvor. Det kan føre til risiko for utilsigtet fastholdelse i almen praksis, når der reelt er behov for specialistindsats.

Der er fortsat behov for en mere tydelig beskrivelse af, hvordan de kroniske sygdomme, der ikke er omfattet af en kronikerpakke, skal håndteres, samt hvilke styringsmekanismer disse vil være omfattet af.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 5. december 2025

Høringssvar fra Dansk Erhverv – Høring om nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv takker for at deltage i høring om nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv stiller sig generelt positivt over for udkastet til national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud, da det sætter en tydelig retning for forventningerne til, hvad det almenmedicinske tilbud skal løfte, og hvordan dette bedst udvikles i samarbejde med de aktører, der forpligter sig til at løfte de største og sværeste opgaver i de områder, hvor sygdomsbyrden er størst. Dette understøttes af opgavebeskrivelsens opdeling i basiskrav og krav udenfor beskrivelsen, hvor der kan indgås særskilte aftaler med aktører, der er villige til at påtage sig disse opgaver.

Dansk Erhverv noterer sig samtidig med tilfredshed, at basale krav til det almenmedicinske tilbud gradvist løftes i takt med, at der skabes et bedre datagrundlag, som sikrer et bedre overblik over, hvordan klinikkerne bidrager til at løse opgavebeskrivelsen. Dermed vil det også være muligt at afdække, hvilke klinikker, der løfter de største opgaver og har succes med konkrete tiltag målrettet bestemte patientgrupper. Dette er positivt, da det giver klinikkerne incitament til at udvikle den almenmedicinske tilbud gennem innovative modeller og tiltag, der kan forbedre patientoplevelsen og bidrage til et generelt løft af opgaveløsningen i almen praksis.

Endeligt vil opgavebeskrivelsen også kunne bidrage til at skabe gennemsigtighed i opgaveløsningen, så både politikere, myndigheder og patienter har et bedre overblik over den reelle kvalitet i opgaveløsningen. Dette vil også kunne bidrage til at tidligt at opfange uregelmæssigheder i behandlingsmønstre og fakturering.

Specifikke bemærkninger

1.1. Baggrund og formål

Dansk Erhverv er enige i, at sundhedsvæsenet skal være bedre rustet til fremtidens sygdomsbyrde, og at dette indebærer, at der sikres flere behandlere i de områder, hvor sygdomsbyrden er størst. Dansk Erhverv noterer sig samtidig, at der venter regionerne en stor opgave med at realisere denne målsætning. Derfor er det en forudsætning, at regionerne skaber et stærkt grundlag for fælles samarbejde mellem både offentlige og private aktører, patientforeninger og civilsamfund.

Dansk Erhverv ser med bekymring på, at regionerne får mulighed for at oprette egne regionsklinikker, uden at spørge markedet. Dette åbner for, at lokalpolitiske særkrav eller ideologiske ønsker kan prioriteres over kvalitet. Der ses allerede eksempler på, at regionsklinikker tilbyder aflønning til ansatte læger, som bidrager til at drive lønudgifterne op på et uhensigtsmæssigt niveau. Det skaber en konkurrenceforvridning, hvor speciallæger risikerer at vælge regionsklinikker frem for andre almenmedicinske aktører, da regionen som udgangspunkt vil have ubegrænsede ressourcer til at overbyde private aktører.

Det er derfor en forudsætning, at alle klinikformer, også regionsklinikkerne, vurderes på lige vilkår og samme økonomiske datagrundlag i opgavebeskrivelsen. Dansk Erhverv anbefaler fortsat, at udgifterne til klinikernes økonomi vurderes på baggrund af OECD's anbefalinger for prisgenemsigtighed. Dette vil sikre, at regionsklinikkerne vurderes på lige vilkår og samme økonomiske datagrundlag i opgavebeskrivelsen, og at lønudgifterne på enhedsniveau i regionsklinikkerne fremgår tydeligt og ikke f.eks. lægges sammen med andre budgetter i regionernes almenmedicinske organisationer.

1.2.2. Rammer for lokal planlægning

Dansk Erhverv finder det positivt, at regionerne har det tydelige myndighedsansvar for at den lokale udvikling og tilrettelæggelse af det almenmedicinske tilbud. Det er dog afgørende, at dette ansvar også løftes politisk og under hensyn til, at der sammensættes et bredt almenmedicinsk tilbud, som modsvarer den lokale sygdomsbyrde. Det er derfor Dansk Erhvervs forventning, at nærsundhedsplaner udvikles i tæt samarbejde med en bred vifte af både offentlige og private sundhedsaktører.

2.1. Faglig ledelse og samarbejde

Dansk Erhverv bakker op om, at der lægges op til en tæt dialog mellem klinikkerne og regionerne. Det gælder særligt i forhold til arbejdet med innovation, opgaveglidning og inddragelse af målrettede tilbud til udsatte patientgrupper. Dansk Erhverv er enige i, at klinikkerne bør levere data til monitorering af kvalitet i klinikkerne, og det er desuden vores opfattelse, at også regionsklinikkerne er forpligtede til at indgå i dette arbejde på lige vilkår med andre klinikker.

2.1.2. Kvalitetsudvikling

Dansk Erhverv finder det yderst positivt, at der stilles tydelige krav til databaseret kvalitetsudvikling, da kvalitet og opgaveløsning i almenmedicinske tilbud hidtil har været særdeles underbelyst. Dette blev understreget i det forberedende arbejde til sundhedsreformen, hvor BDO's rapporter om kortlægning af almen praksis og analyse i opgaveudviklingen, bidrog til et nuanceret billede af almen praksis og patienternes forventninger til kvaliteten i det almenmedicinske tilbud.¹

Dansk Erhverv anbefaler, at regionerne sikrer en tæt dialog de almenmedicinske aktører, der arbejder konstruktivt og målrettet med databaseret kvalitetsudvikling og fremme af innovative tiltag. Ligeledes bør alle klinikformer garanteres deltagelse i kvalitetsarbejde, så enkeltaktører ikke

¹ 01Kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis - august 2023.pdf
02Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis - august 2023.pdf

udelukkes fra samarbejde på grund af ejerskab eller klinikform. Den brede repræsentation bør også afspejle sig i Fagligt Råd, så alle leverandører til det almenmedicinske tilbud får mulighed for inddragelse, som det også har været tilfældet i følgegruppen for opgavebeskrivelsen.

2.1.3. Faglige kliniske retningslinjer

Dansk Erhverv mener, at de kliniske retningslinjer skal udarbejdes på baggrund af fagpolitisk neutralitet. Derfor ser Dansk Erhverv positivt på, at de kliniske retningslinjer skal drøftes i et forum med en bred vifte af aktører fra det almenmedicinske område. Det bør samtidig overvejes, om sammensætningen i nærværende forum bør justeres, så den seneste praksisnære viden er tilgængelige i forummet. Dette kan f.eks. være med repræsentation fra de klinikker, der arbejder målrettet med f.eks. udsatte patienter, patienter med kroniske sygdomme og/eller patienter med multisygdom.

2.1.4. Efteruddannelse

Dansk Erhverv finder det vigtigt, at efteruddannelse er prioriteret i opgavebeskrivelsen, da dette også bliver en forudsætning for at kunne tiltrække nye behandlere til det almenmedicinske område. Det er dog vigtigt, at de relevante efteruddannelsestiltag sker i tæt samarbejde med klinikkerne, der er bevidste om de lokale behov, så drøftelserne ikke kun foregår i regi af de faglige selskaber.

2.1.5. Forskning

Dansk Erhverv mener, at forskning i det primære sundhedsvæsen bør have høj prioritet. Som nævnt i afsnit 2.1.2. nuancerede BDO's rapporter om udvikling og opgaveløsning i almen praksis, blandt andet patienternes opfattelse af kontinuitetsbegrebet. Det understreger, at der er potentiale i mere patientrettet forskning, som bør gennemføres i takt med at opgavebeskrivelsen foldes ud og derfor vil kunne bidrage til at styrke kvaliteten i almen praksis.

2.2.3. Faglig sparring og rådgivning

Dansk Erhverv finder det positivt, at sygehusene vender sig mere ud mod det almenmedicinske område og kan bidrage positivt til at styrke en sammenhængende behandlingsindsats. Derfor er det også positivt, at almenmedicinske klinikker skal have mulighed for at drøfte problemstillinger med speciallæger. Modellen benyttes allerede i flere dele af det private sundhedsvæsen, hvor tværfaglighed er en forudsætning for at skabe en bedre og mere sammenhængende behandlingsindsats. Dansk Erhverv anbefaler, at regionerne også inddrager private aktører med adgang til bl.a. speciallæger i arbejdet med tværfaglig sparring og rådgivning.

2.3. Opgaver ud over basisfunktion

Dansk Erhvervs mener, at lokale aftaler om løsning af opgaver uden for basisfunktionen, rummer et betydeligt potentiale som rum for udvikling af målrettede tilbud til bestemte patientgrupper, som på sigt vil kunne indgå i basisbeskrivelsen. Dette kan f.eks. være gennem tilbud til særligt udsatte patientgrupper med multisygdomme eller svære kroniske lidelser, der ikke falder inden for de eksisterende kronikerpakker.

Dansk Erhverv anbefaler, at regionerne indgår i dialog med både offentlige og private aktører med tilknytning til det almenmedicinske område, som vil kunne bidrage til at løse opgaver ud over basisfunktionen.

2.3.3. Tværsektorielle samarbejdsfora

Dansk Erhverv finder det meget positivt, at der etableres tværsektorielle samarbejdsfora og anbefaler, at private sundhedsaktører med adgang til de efterspurgte behandler- og specialistkompetencer, får mulighed for at indgå aftaler med regionerne om deltagelse i tværsektorielle samarbejdsfora.

3. Basisfunktion

Dansk Erhverv finder det positivt, at klinikkerne selv har mulighed for at tilrettelægge opgaveløsningen, da det også vil åbne for at arbejde med kvalitetsforberedende tiltag målrettet specifikke patientgrupper. Dansk Erhverv finder samtidig væsentligt, at klinikkerne er forpligtede til at løse opgaver ud over basisfunktionen, så der ikke bliver incitament til at undslå sig udfordrende opgaver. Samarbejdet om opgaver ud over basisfunktionen bør dog udvikles med de klinikker, der arbejder målrettet med særligt, udsatte patientgrupper.

3.1. Målgruppe for almenmedicinske tilbud og specialet almenmedicin

Dansk Erhverv er enig i opgavebeskrivelsens definition af målgruppe, hvor patienter med høj sygdomsbyrde, er den primære målgruppe i det almenmedicinske tilbud. Der bør derfor også skabes incitament til at kunne sikre innovative løsninger, hvor patienter uden for primærmålgruppen, fortsat møder et almenmedicinsk tilbud i høj kvalitet.

3.2.1. Udredning, behandling og opfølgning

Dansk Erhverv ser i denne sammenhæng et stort potentiale i AI-baserede løsninger til beslutningsstøtte i forbindelse med udredning, behandling og visitation. Udbredelsen af AI i almen praksis er allerede i gang gennem, f.eks. transskriptions- og dokumentationsværktøjer, som er udviklet af private selskaber og implementeret i tæt samspil med klinikkerne. Disse erfaringer fungerer som et tydeligt proof of concept for, at innovation bør ske decentralt og implementeres lokalt, under hensyn til gældende EU-lovgivning, frem for at blive udviklet og styret centralt i offentlige institutioner.

Mange opgaver i almen praksis, ikke mindst visitation, er komplekse og tidskrævende. Dansk Erhverv vurderer, at målrettet brug af AI som beslutningsstøtte vil kunne give betydelige tidsbesparelser og samtidig løfte kvaliteten gennem mere ensartede vurderinger og bedre udnyttelse af tilgængelige data, hvilket vil komme både patienterne til gode, både i og udenfor primærmålgruppen.

3.2.2. Forebyggelse

Dansk Erhverv finder det vigtigt, at forebyggelse også integreres i opgavebeskrivelsen. Dansk Erhverv anbefaler dog samtidig, at det præciseres, at der ikke kun bør henvises til kommunale og regionale tilbud, men at disse også kan varetages af f.eks., godkendte private aktører og civilsamsfundsorganisationer, der i dag løser mange patientrettede forebyggelsesindsatser på lokalt niveau.

3.2.6. Kontinuitet

Dansk Erhverv ser det som et væsentligt fremskridt, at kontinuitet beskrives som en patient behandler relation, der ikke nødvendigvis altid skal være knyttet til en læge. Det er vigtigt, at kapacitetsudfordringer i almen praksis ikke udelukkende søges løst ved at tilføre flere læger, men også gennem innovation i organisering og systematisk opgaveflytning. Sygeplejersker og andet praksispersonale spiller allerede i dag en central rolle i opfølgning og kontrolforløb.

Når udkastet understreger, at faste kontaktpersoner blandt personalet kan udgøre kontinuitet for patienten, skabes der en klar faglig ramme for at bruge og udvikle disse kompetencer yderligere. Det giver bedre mulighed for at flytte opgaver sikkert og struktureret fra læger til sygeplejersker og andre faggrupper, øge den samlede kapacitet og samtidig sikre, at patienter med størst behov fortsat har adgang til fast lægelig relation.

3.2. Basal tilgængelighed

Dansk Erhverv noterer sig, at de angivne åbningstider er at betragte som et minimumskrav, men at der fortsat vil være mulighed for at sikre tilgængelighed ud over de basale krav. Dette vil give mulighed for at målrette det almenmedicinske tilbud til patientgrupper, der vil have svært ved at deltage i konsultationer i dagtimerne. Samtidig vil øget tilgængelighed også kunne bidrage til at styrke kontinuitetsopfattelsen hos patienten.

3.4.2. Samarbejde med sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor

Dansk Erhverv ser et stort potentiale i at skabe et formaliseret, tværgående samarbejde mellem det almenmedicinske område, sygehusene og den øvrige praksissektor. Dette samarbejde bør dog også rumme private sundhedsaktører, som i forvejen løser opgaver i regionerne. Dette kan f.eks. være privathospitaler med specialistkompetencer eller private sundhedsaktører med dokumenteret succes med hjemmebehandling.

3.5.1. Kompetencer

Dansk Erhverv noterer, at personalegruppen i basisfunktionen skal tilrettelægges med øvrige specialer ved siden af den almenmedicinske kompetence. Dansk Erhverv efterlyser en klarere definition af begrebet "Fast speciallæge" med henblik på at afdække, hvor mange dage f.eks. en §24 læge skal indgå i klinikdriften.

3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning

Dansk Erhverv finder det positivt, at kvalitetsudviklingen bliver databaseret, da det vil skabe større gennemsigtighed og give klinikkerne incitament til at konkurrere om at skabe den bedste kvalitet i det almenmedicinske tilbud.

Dansk Erhverv finder det dog afgørende, at kvalitetsklyngernes sammensætning og beslutningsfora afspejler de forskellige geografiske patientgrundlag samt de respektive klinikformer, så kvalitetsarbejdet ikke domineres alene af udvalgte standsforeninger eller fagpolitiske selskaber. Dette gælder også i forhold til forskning, som bør tage udgangspunkt i patienternes behov og ikke individuelle selskabers fagpolitiske interesser. Dansk Erhverv anbefaler derfor, at forskningsprojekter ikke udelukker deltagelse af bestemte aktører på det almenmedicinske område og primært målrettes områder med den største og mest komplekse sygdomsbyrde.

Det samme gør sig gældende i forhold til forvaltning af midler til videreuddannelse og tilknytning af uddannelseslæger, hvor alle klinikformer bør have lige mulighed for deltagelse.

3.5.4. Uddannelse og videreuddannelse af læger

Dansk Erhverv bemærker, at ikke alle klinikker skal kunne bidrage til videreuddannelse. Dansk Erhverv bakker op om dette, så at mindre klinikker med begrænsede ressourcer kan fritages for krav til videreuddannelse. Dansk Erhverv opfordrer dog til, at det præciseres, at enhver klinik, uanset organisationsform, ikke kan udelukkes fra at bidrage til uddannelse og videreuddannelse af læger, såfremt klinikken ønsker at deltage i denne del af opgavebeskrivelsen.

3.6.1. Pakkeforløb til patienter med kronisk sygdom

Dansk Erhverv ser meget positivt på, at der skal arbejdes målrettet med pakkeforløb, og anbefaler, at klinikkerne også får mulighed for at arbejde med forløb for udsatte patientgrupper, der ikke er en del af de nationale kronikerpakker.

Som forløbsansvarlig for patienter omfattet af pakkeforløb, bør de almenmedicinske tilbud for så vidt muligt forpligtes til at sikre patienterne et digitalt overblik over forløbet, der sikrer et fuldstændigt overblik over behandlingsmuligheder – herunder også behandling hos private sundhedsaktører, når patientrettighederne giver adgang til dette.

4. Udvikling og ændret opgavevaretagelse

Dansk Erhverv bakker op om sigtelinjerne for udvikling af opgavebeskrivelsen, men betragter det som en forudsætning, at der allerede kan tages hul på udviklingsopgaverne i forbindelse med indgåelse af lokale aftaler med regions- og sundhedsråd. Dette vil sende et klart signal om, at aktører, der ønsker at arbejde målrettet og strategisk med sigtelinjerne, også belønnes for at udvise initiativ til udvikling af det almenmedicinske tilbud.

4.1.2. Patientforløb med færre og bedre overgange

Dansk Erhverv mener, at en forudsætning for færre og bedre overgange i patientforløbet er, at der sikres et stærkt offentlig-privat samarbejde med god koordination mellem de forskellige sektorer og aktører. Samtidig er opgaveglidning og anvendelse af AI som beslutningsstøtte, en afgørende faktor på dette område. Det gælder ikke mindst i forhold til kontrol og opfølgning, hvor f.eks. sygeplejersker og andre sundhedsfaglige personer i dag spiller en stor rolle.

Derfor ser Dansk Erhverv positivt på styrkede muligheder for fælles konsultation, da det også vil kunne styrke den generelle sammenhæng mellem det almenmedicinske område og det øvrige sundhedsvæsen.

Dansk Erhverv finder det derudover positivt, at der skal arbejdes målrettet med at øge tilgængeligheden mellem kommuner og det almenmedicinske område. Det bør i den forbindelse overvejes allerede at arbejde med kriterier for øget tilgængelighed som en del af lokale aftaler ud over basisfunktionen.

Dansk Erhverv bakker ligeledes op om, at hjemmebehandling er et udviklingsområde i opgavebeskrivelsen, men anbefaler samtidig, at der hentes inspiration fra allerede gennemførte, succesfulde projekter målrettet offentlig-privat samarbejde om hjemmebehandling.

4.1.5. Øget brug af data og digitalisering

Dansk Erhverv finder det meget positivt, at opgavebeskrivelsen anerkender den hurtige udvikling af digitale løsninger og åbner for, at udvikling, ibrugtagning og udbredelse kan ske lokalt for almenmedicinske tilbud. Digitale løsninger hænger tæt sammen med de konkrete driftsprocesser i klinikkerne. Når digitale værktøjer skal understøtte effektiv drift og frigøre tid til patienterne, er det afgørende, at de udvikles og forankres tæt på den daglige praksis.

Nationale IT-løsninger kan i mange tilfælde komme til at fastlåse en bestemt måde at drive klinik på og dermed hæmme både innovation og lokal ledelse. Dansk Erhverv anbefaler derfor, at udvikling af digitale løsninger, under hensyn til gældende EU-lovgivning, som udgangspunkt sker lokalt eller i regi af uafhængige aktører i fri konkurrence, så innovation og dynamik på markedet styrkes, og løsningerne tager udgangspunkt i de behov, der opleves i de enkelte klinikker.

4.1.6. Styrket kvalitetsudvikling og forskning

Dansk Erhverv henviser til bemærkningerne til afsnit 3.5.3.

5.2. Opfølgning og opbygning af vidensgrundlag

Dansk Erhverv finder det positivt, at der arbejdes med opfølgning på implementeringen og opfordrer til, at den for så vidt muligt bliver databaseret og på et lige sammenligningsgrundlag mellem de respektive klinikker, der tager højde for forskelle i patientgrundlag.

Dansk Erhverv støtter derudover, at der i forbindelse med opfølgningen opbygges et stærkt vidensgrundlag, der også kan bruges at vurdere effekten af klinikernes arbejde og derfor også vil kunne kortlægge, hvor der er behov for justeringer af opgavebeskrivelsen. Dette kræver, at klinikkerne fortsat forpligtes til at arbejde målrettet med databaseret kvalitetsudvikling.

Dansk Erhverv stiller sig naturligvis til rådighed for yderligere bemærkninger

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg
Branchedirektør

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening til høringsudkastet *National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud*

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi ser udkastet som et vigtigt skridt mod et stærkere og mere sammenhængende primært sundhedsvæsen, hvor flere fagligheder arbejder tættere sammen til gavn for patienterne. Selvom høringsudkastet ikke retter sig mod kiropraktorer eller kiropraktiske ydelser, ønsker Dansk Kiropraktor Forening at understrege, at vi gerne bidrager til et styrket tværfagligt samarbejde i det primære sundhedsvæsen. Kiropraktorer besidder væsentlige kompetencer inden for udredning og behandling af bevægeapparatsproblemer, og vi stiller gerne denne faglighed til rådighed, hvor det kan understøtte sammenhængende patientforløb og være til gavn for borgerne.

DKF bemærker, at udkastet understreger tværsektorielt samarbejde, sammenhængende patientforløb og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Dette fokus er DKF enige i og vil heri fremhæve betydningen af et tættere samarbejde mellem almen praksis og kiropraktorpraksis - især i forløb for patienter med muskel- og skeletlidelser.

Almen praksis' patienter er også vores

I Sundhedsstyrelsens rapport *Sygdomsbyrden i Danmark* (2022) angives, at mere end 1,6 mio. danskere lever med lænderyg- eller nakkesmerter. Lænderyg og nakkesmerter udgør 13% af konsultationerne i almen praksis. Hertil kommer patienter med andre muskel-led-problemer i fx knæ, hofte og skuldre. Danmark har omkring 800 praktiserende kiropraktorer, der er jævnt fordelt på de 267 kapaciteter og håndterer årligt knap 400.000 unikke patienter. Der er ikke krav om henvisning fra egen læge for at få sygesikringsstilskud til kiropraktorbehandling. Dette betyder, at for patienter med muskel- og skeletlidelser, kan kiropraktorerne være indgangen til sundhedsvæsenet. Derfor vil et mere systematisk samarbejde mellem almen praksis og kiropraktorpraksis styrke sammenhængen i patientforløbene og mindske risikoen for fragmentering.

Vi ser en fordel i samarbejde

Samarbejdet er også vigtigt i forhold til pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom. Eksempelvis i forhold til den nye kronikerpakke for lænderygpatienter ser DKF et stort potentiale i at inddrage kiropraktorer mere tydeligt i forløb for borgere med kroniske smerter og funktionstab i bevægeapparatet. Kiropraktorer kan bidrage med behandling, patientuddannelse, rådgivning og rehabilitering, som kan forbedre funktionsevne og livskvalitet og forebygge forværring.

I denne overenskomstperiode er vedtaget en rammeaftale, hvor almen praksis kan sende bevægeapparatspatienter til vurdering ved kiropraktor, der bl.a. kan anvende sit billeddiagnostiske udstyr i vurderingen. Aftalen er netop trådt i kraft i Region Syd, og alene i oktober måned anvendte almen praksis i regionen ydelsen 248 gange. Der er med rammeaftalen således skabt et aktuelt og realistisk grundlag for at integrere denne kapacitet mere systematisk i det samlede sundhedsvæsen. DKF opfordrer derfor til, at den nationale opgavebeskrivelse understøtter, at regionerne aktivt bringer denne kapacitet i spil, så diagnostik kan foretages rettidigt, nært og på tværs af fagligheder.

Kiropraktorer kan understøtte billeddiagnostik og udredning

DKF ønsker særligt at fremhæve potentialet i et styrket samarbejde om billeddiagnostik. I høringsudkastet beskrives det som en central regional opgave at sikre tilgængeligheden af relevante diagnostiske undersøgelser for almen praksis. Her står kiropraktorpraksis med en allerede veletableret kapacitet, som kan bidrage direkte til dette formål.

Kiropraktorer er autoriserede til at udføre røntgenundersøgelser på eget apparatur, og privatpraktiserende kiropraktorklinikker med overenskomst har ca. 150 digitale røntgenanlæg. I høringsudkastet fremgår det, at regionen skal understøtte, at relevante diagnostiske undersøgelser er lettilgængelige for almenmedicinsk tilbud. Kiropraktorpraksis stiller gerne disse og deres billeddiagnostiske kompetencer til rådighed, hvilket vil betyde, at patienter kan få foretaget deres undersøgelse i geografisk nærhed til deres bopæl og undgå de lange ventelister, der i øjeblikket er på flere regionale sygehuse.

Kommunikation og tværfagligt samarbejde

Kiropraktorerne diagnosekoder efter samme standarder som alment praktiserende læger og er forpligtet på kommunikation med egen læge i form af epikrise efter alle afsluttede patientforløb. God kommunikation mellem faggrupperne er selvfølgelig en forudsætning for denne sammenhæng, og nødvendig for at patienter med behov for både almenmedicinsk og kiropraktorfaglig indsats modtager koordineret og relevant behandling. I denne sammenhæng er det nødvendigt, at digitalisering tænkes på tværs af faggrupper for at sikre sammenhængende og velkoordinerede forløb.

Kiropraktorer indgår allerede i regionale samarbejdsudvalg og arbejder efter overenskomstmæssige krav om kvalitet og datadeling. De kvalitetsklynger, der nu er etableret for kiropraktorer, bidrager til systematisk læring og kvalitetsforbedring i klinikkerne. Vi anbefaler, at opgavebeskrivelsen lægger op til, at sådanne kvalitetsfællesskaber også udvikles på tværs af faggrupper i primærsektoren.

Samlet støtter DKF ambitionen om et styrket primært sundhedsvæsen, hvor faggrupperne arbejder tættere sammen om borgerne. Vi står gerne til rådighed for videre dialog om, hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kiropraktorer kan udvikles og implementeres i praksis.

Afsluttende bemærkning

DKF vil gerne fremadrettet at være blandt høringsparterne til lignende høringer. Vi håber dette tages til efterretning.

Med venlig hilsen,



Michael Christensen,
Formand for Dansk Kiropraktor Forening

Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens, DanDem's høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "Høring over udkast til Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud"

DanDem ønsker at kommentere på **afsnit 3.6.2 side 30 'Udredning af demens'** i udkastet til opgavebeskrivelsen.

Vi finder, at afsnittet er ukonkret formuleret, og anbefaler, at det præciseres i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens "Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens (2025)". I de nye anbefalinger om demensudredning fremgår det, at almen praksis ved mistanke om kognitiv svækkelse eller demens på grundlag af en basal udredning (kognitiv test, objektiv vurdering, funktionsvurdering, CTC, biokemi og EKG) skal vurdere, om der er behov for henvisning til en udredningsenhed.

Det fremgår også, at kvaliteten af udredningen skal monitoreres på tværs af sektorer. Denne monitorering er allerede etableret i Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem), som dækker udredning på hospitalerne. DanDem har dokumenteret en positiv udvikling inden for demensområdet, hvor udredningen er blevet mere ensartet på tværs af regionerne trods regionale forskelle siden 2016.

DanDem finder det derfor væsentligt, at også demensudredningen i almen praksis monitoreres systematisk på samme måde som udredningen i sekundær sektor, for at sikre at kvaliteten lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

På styregruppens vegne

Formand for Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens, Hanne Gottrup
Kvalitetskonsulent for Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens, Mathilde Pedersen,
SundK

Forside - Kliniske Kvalitetsdatabaser - Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens (DanDem)

Dansk Psykolog Forenings høringssvar på Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Sundhedsstyrelsen har den 18. november 2025 sendt Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud i høring.

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Overordnede bemærkninger

- Dansk Psykolog Forening vurderer, at andre faggrupper i højere grad bør inddrages til at aflaste almen praksis, når det er fagligt relevant og giver værdi for patienten.
- Dansk Psykolog Forening mener, at almen praksis' rolle som tovholder skal styrkes gennem smidige og velfungerende samarbejder i det nære sundhedsvæsen.
- Dansk Psykolog Forening vurderer, at de relevante fagpersoner omkring borgeren skal have mulighed for at sikre trygge og sammenhængende overgange i hele patientforløbet.

Bemærkninger til følgende afsnit:

3.2.3. Klinisk vurdering og visitation

Dansk Psykolog Forening er enige i, at den almenmedicinske klinik skal fungere som primær adgang til sundhedsvæsenets indsatser og specialiserede tilbud. I takt med at det primære sundhedsvæsen udbygges, tilbydes der flere behandlingsindsatser på forskellige specialiseringsniveauer. Borgere med psykiske lidelser og mental mistrivsel har ofte komplekse behov, og derfor bør læger have mulighed for at konferere med psykologer i ydernummerordningen for at sikre korrekt visitation til rette tilbud. Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at almen praksis for nogle indsatser i fremtiden kan aflastes ved at andre faggrupper kvalificerer behov for behandling og visiterer til sundhedstilbuddene. Dette kan fx gøre sig gældende for traume/krise-kategorier i bekendtgørelsen om psykologbehandling i praksissektoren, hvor der i dag kræves henvisning fra almen praksis. Dansk Psykolog Forening mener, at borgerne i fremtiden bør kunne få direkte adgang til tilskud til psykologbehandling, hvor psykologer med ydernummer vurderer, om traumer/kriser hos borgeren omfattes af bekendtgørelsen om tilskud til behandling i praksissektoren.

3.2.5. Koordination

Koordinationsopgaven i almen praksis bør omfatte en vidensdeling til praksissektoren. For patienter henvist til forløb hos psykologer med ydernummer, bør den praktiserende læge sikre et videnssamarbejde omkring borgeren med behandlende psykolog. I mange tilfælde vil det være behandlende psykolog med ydernummer, som varetager dialog med fx kommunale indsatser omkring borgeren såsom bosted, jobcentre mv. I den forbindelse påpeger Dansk Psykolog Forening, at også psykologer med ydernummer skal kunne rette henvendelse til lægen, når det vurderes at være fagligt relevant at inddrage almen praksis i et behandlingsforløb.

Dansk psykolog Forening understreger, at psykologer med ydernummer - i modsætning til i dag - skal modtage et honorar for samarbejdet med almen praksis.

3.4.1. Samarbejde med kommuner

Dansk psykolog Forening gør opmærksom på, at samarbejdet mellem almen praksis og det lettilgængelige tilbud er blevet beskrevet mere uddybende i vejledningen og i de faglige rammer for det let tilgængelige tilbud til børn og unge i kommunerne. Det er vigtigt, at almen praksis kan hjælpe med en somatisk afklaring af de børn, hvor det er relevant, i forbindelse med deres lettere behandlingsforløb i det lettilgængelige tilbud.

3.4.2. Samarbejde med sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at deling af data og gensidig tilgængelighed mellem relevante fagpersoner på tværs af sundhedsvæsenets sektorer også bør omfatte psykologordningen i praksissektoren.

Dansk Psykolog Forening bemærker yderligere, at det vil være til gavn for såvel almene læger og psykologer med ydernummer, hvis der er adgang til gensidig sparring og rådgivning hos hinanden, med henblik på at understøtte vurderingen af henvisningsbehov.

3.6.1. Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom

Dansk Psykolog Forening vurderer, at der er behov for bedre dialogmuligheder mellem den almene læge og psykologer med ydernummer, så patienter i pakkeforløb for kronisk sygdom – som eksempelvis udvikler angst eller depression – kan modtage psykologbehandling med tilskud og samtidig have løbende opfølgning hos lægen som led i lægens forløbsansvar.

3.6.3. Opfølgning efter kræftforløb

Dansk Psykolog Forening mener, at almen praksis - som en del af opfølgning på patienter som har været i et kræftforløb - systematisk bør afklare behovet for opfølgende psykologbehandling for fx angst for tilbagefald mv. Psykologhenvisning under kategorierne "*Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom*" og "*Personer, der lider af let til moderat angst mv.*" bør i vid udstrækning anvendes for patienter i opfølgning efter et kræftforløb med symptomer på psykiske følger.

4.1.3. Et styrket samlet primært sundhedsvæsen

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at i dag er der - på tværs af almen praksis – en variation i brugen af tilskudsordningen for psykologbehandling i praksissektoren. Fremadrettet bør der være et styrket fokus på samarbejdet med psykologer med ydernummer, herunder at der tilstræbes en mere ensartet brug af henvisninger til psykologbehandling, så borgere ikke oplever forskel i muligheden for at få behandling i ordningen.

8. december 2025

Dansk Neurologisk Selskab (DNS) høringssvar til "Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud"

Tak for muligheden for at afgive høringssvar på dette væsentlige dokument med betydning for opgavevaretagelse i almen praksis fremover.

DNS bemærker at den eneste specifikke sygdom der er nævnt i dokumentet, er demens. Der er ikke omtalt andre kroniske sygdomme, ej heller andre invaliderende og alvorlige hjernesygdomme. DNS har ikke været inviteret ind i arbejdet med udfærdigelse af dette dokument, hvilket vi finder havde været rimeligt, når nu en alvorlig hjernesygdom som eneste sygdom nævnes specifikt i dokumentet.

I dokumentet side 31 fremgår at almen praksis udredningsopgave "... Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens beskriver, at almen medicinske tilbud, fremfor at henvise til specialiseret udredning, skal udrede og behandle patienter med demenssygdom, hvor specialiseret udredning ikke vurderes at ville ændre behandling eller indsatser. Den almenmedicinske klinik skal kontakte de regionale demensenheder for sparring og rådgivning ved behov."

Dette er ikke i overensstemmelse med beskrivelsen af almen praksis opgaven i SST nye faglige anbefalinger til organisering af demensudredning (vedlagt). Det fremstår som om, det er op til almen praksis selv at vurdere, hvornår videre henvisning til demensudredningsenhed på hospital er relevant, hvorimod der i SST's anbefaling til organisering af demensudredning er fremsat specifikke kriterier til triagering af patienterne.

Endvidere er det i dokumentet udelukkende beskrevet, hvordan almen praksis udreder for demens, ikke hvordan almen praksis er tovholder på den opfølgende indsats efter diagnosen. Endelig bør fremgå, såfremt en beskrivelse af almen praksis' opgave i relation til demensudredning og opfølgning fastholdes, hvorledes almen praksis/SST/regionerne vil monitorere kvaliteten af udredning og opfølgning. Det må forventes at dette sker, idet der er tale om en opgave af væsentligt omfang som overdrages fra det specialiserede hospital til almen praksis.

I dokumentet side 34 fremgår: *Fælles videokonsultationer, eksempelvis med speciallægen på sygehus sammen med patienten og speciallægen i det almenmedicinske tilbud, kan understøtte at patientforløb kan håndteres samlet i det almenmedicinske tilbud. På baggrund af erfaringer fra pilotprojekter og lokale forsøgsordninger kan modeller for fælles videokonsultationer implementeres bredt"*

Fælles videokonsultationer vil kræve både organisatoriske ændringer f.eks. specifikke tider som bookes både hos den almen praktiserende læge og speciallægen på hospitalet, og velfungerende fælles IT-systemer som kan understøtte både selve videokonsultationen og fælles journalf ringssystemer.

Pva bestyrelsen i DNS
Forperson Line Lunde Larsen



Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Fremsendt pr. mail til

fopssst@sst.dk og hesap@sst.dk 3. december 2025

Høringssvar: Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud – Sagsnr. 04-0302-38

Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) takker for muligheden for at indgive bemærkninger til høringsudkastet til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

DSFF anerkender helt generelt sundhedsreformens potentiale til at skabe mere sammenhæng, tidlig indsats og bedre forebyggelse gennem større fokus på den nære sundhed, herunder i almen praksis. Det giver gode muligheder for at kompensere for den udtalte sociale ulighed i sundhed, vi ser i Danmark, ligesom det giver mulighed for at indrette sundhedsindsatsen, så den passer bedre til sundheden i nutidens og fremtidens befolkning.

Det er imidlertid afgørende, at intentionerne følges op af konkrete ambitioner og præciseringer, hvis potentialerne skal indfris. I den forbindelse har DSFF følgende bemærkninger til nedennævnte afsnit i opgavebeskrivelsen.

Ad 3.2.2 Forebyggelse

Det er positivt, at der er ambitioner om at klargøre forebyggelsesopgaven i almen praksis, herunder vaccination, svangreomsorg og forebyggende sundhedsydelser til børn og de mere specialiserede tilbud til sårbare grupper. Det er alt sammen vigtigt for at sikre, at almen praksis ikke bidrager til øget ulighed i sundhed, men i stedet potentielt kan bidrage til at mindske den.

Imidlertid savnes der i de afsnit, som omhandler forebyggelsesopgaven, en langt større præcision og systematik i beskrivelsen, især hvad angår fastlæggelse af kvalitetsniveau, systematik ift. målgrupper og klarhed i rollefordelingen mellem kommuner, almen praksis og civilsamfund. Manglende tydelighed om opgaver og manglende systematik kan betyde, at den nødvendige forebyggende indsats ikke prioriteres i henhold til borgernes faktiske behov. En sådan præcisering er derfor en forudsætning, hvis almen praksis som den primære uvisiterede indgang til sundhedsvæsenet skal bidrage til folkesundheden. DSFF afventer i den forbindelse sådanne præciseringer i de kommende kronikerpakker, i fremtidige retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og i den kommende folkesundhedslov.

Konkret savnes desuden en beskrivelse af, hvilke roller almen praksis spiller for målgrupper med diagnoser og lidelser, som ikke bliver omfattet af kronikerpakker, men som alligevel har behov for enten patientrettet eller borgerrettet forebyggelse.





Ad 3.2.5 Koordination

Præciseringen af rollen som tovholder i komplekse behandlingsforløb er relevant og vigtig – ikke mindst for borgere og patienter med færrest sundhedskompetencer.

DSFF savner dog en præcisering af, hvordan forebyggelsestilbud er indtænkt i tovholderrollen, idet relevant forebyggelse bør have en naturlig placering – også i komplekse forløb. Det kan fx omhandle rygestop, nedsættelse af alkoholbrug mv. Sådanne tilbud kan spille afgørende roller i både patientrettet forebyggelse, præhabilitering og rehabilitering og kan have stor betydning for behandlingsforløb og -resultater: De bør derfor systematisk være en del af en sammenhængende indsats.

Ad 3.2.7 Populationsomsorg

Den tilgang, der ligger i at have fokus på en samlet population, er løfterig og rigtig. Den giver mulighed for en differentieret og proaktiv indsats og en fordeling af fokus og ressourcer, som kan bidrage til, at almen praksis ikke er med til at reproducere ulighed i sundhed. Det er også overordentligt positivt, at forebyggelse nævnes i den sammenhæng.

Populationsperspektivet fritager imidlertid ikke fra nødvendigheden af også her at præcisere kvalitetsniveau og krav til forebyggelseselementerne, ligesom der savnes et fokus på, hvordan god, systematisk og proaktiv forebyggelse kan bidrage til den fremtidige folkesundhed i den pågældende population og derfor bør prioriteres højt. Forebyggelse er en meget væsentlig del af en populationsorienteret sundhedsindsats – også i almen praksis.

Venlig hilsen

Christina Bjørk Petersen
Forperson
Dansk Selskab for Folkesundhed

Jette Jul Bruun
Bestyrelsesmedlem
Dansk Selskab for Folkesundhed



Aarhus, den 3/12 2025

Til Sundhedsstyrelsen

Enhed for forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Høringssvar vedr. opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Tak for muligheden for at kommentere på udkastet til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser vil anbefale nedenstående ændringer. Dette sker på baggrund af, at funktionel lidelse er en hyppigt forekommende lidelse på niveau med andre folkesygdomme, og fordi en betydelig andel af befolkningen har sygdommen i så svær grad, at der er tale om komplekse tilstande med høj grad af komorbiditet. Et stort og velgennemført dansk studie baseret på diagnostiske interviews viser, at 10 % af den voksne befolkning opfylder kriterierne for at have en funktionel lidelse, og 2 % af befolkningen har såkaldt multi-organ funktionel lidelse, som kræver tværfaglig og specialiseret behandling pga. kompleksiteten. Samtidigt anbefaler Sundhedsstyrelsen, at almenpraksis skal kunne vurdere, behandle og håndtere min. 95 % af patienter med funktionel lidelse, dvs. også en stor andel af de komplekse tilstande med svær og kronisk sygdom.

Vi vil anbefale, at flg. tekster ændres, så der i stedet står:

pkt. 3.2.1: "Den almenmedicinske klinik skal varetage udredning, behandling og opfølgning af almene sundhedsproblemer, herunder somatiske, psykiske **og funktionelle sygdomme**"

[Forklaring: Funktionel lidelse er en såkaldt interface-lidelse som involverer både somatiske og psykologiske aspekter. Den kan således ikke placeres alene i gruppen af somatiske eller psykiske sygdomme.]

pkt. 3.2.5: "Patienter med særligt behov for koordination er blandt andet patienter med komplekse behandlingsforløb, herunder patienter med multisygdom, **funktionel lidelse**, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller sundhedskompetence."

pkt. 3.4.1: "Samarbejdet er særligt vigtigt i relation til sårbare ældre, børn og unge, patienter med svære sociale problemstillinger, multisygdom, **svær funktionel lidelse**, svære psykiske lidelser, handicap, rusmiddelafhængighed, eller andre komplekse sundhedsproblematikker, hvor opfølgning, rehabilitering og understøttelse af egenomsorg forudsætter løbende dialog og faglig sparring mellem den almenmedicinske klinik og kommune."

Endelig kunne man overveje at tilføje funktionel lidelse i pkt. 3.6.1: "pakkeforløb for kompleks multisygdom (**inkl. svær funktionel lidelse**)"

Med venlig hilsen

Marianne Rosendal

Forperson

Seniorforsker, ph.d., speciallæge i almen medicin

Funktionelle Lidelser

Aarhus Universitetshospital

Palle Juul Jensens Boulevard 11

Forum indgang A Plan 10 (krydspunkt 1003)

DK-8200 Aarhus N

tel: +45 2041 1619

m.rosendal@dasefu.dk

København d. 5/12 2025

Dansk Selskab for Infektionsmedicin

Kommentering ” Høring om Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud”

Til rette vedkommende

Vedr. Høring om Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Dansk Selskab for Infektionsmedicin (DSI) takker for muligheden for at kommentere udkastet til den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. Overordnet hilser vi ambitionerne om styrkede, sammenhængende patientforløb, forbedret tværsektorielt samarbejde og mere behandling i og tæt på borgerens hjem velkommen.

Vi ser et tydeligt potentiale for, at infektionsmedicin kan bidrage substantielt til disse ambitioner - forudsat at der samtidig sikres tilstrækkelige speciallægeressourcer i hospitalssektoren, så opgaveløsningen i primærsektor kan understøttes fagligt forsvarligt og med en tilgængelighed som beskrevet i høringsdokumentet. Det bør fremgå at regionerne har ansvaret for at sikre at rammerne (inklusive de økonomiske) for disse ressourcer er tilstede.

1. Overdragelse af opgaver til primærsektor kræver styrkede speciallægeressourcer på hospitalerne

- Udkastet beskriver flere opgaver i almen praksis, som forudsætter adgang til hurtig og kvalificeret specialistbistand, herunder:
 - deltagelse i tværsektorielle konferencer om komplekse patientforløb

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk

Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk

Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk

Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk

Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe

Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt

Bestyrelsesmedlem (suppleant): Chef­læge Anne Lindebo Holm Øvrehus

- krav om elektronisk korrespondancebesvarelse inden for tre hverdage
- fælles videokonsultationer mellem hospitalslæge, almen praksis og patient
- øget hjemmebehandling understøttet af diagnostik, monitorering og specialist rådgivning

Disse opgaver vil kræve markant øget kapacitet hos de relevante hospitalsafdelinger, herunder infektionsmedicin, for at sikre rettidig rådgivning, fælles beslutningstagning og sikker overdragelse. Hvis almen praksis i højere grad skal kunne løfte avancerede opgaver - må der samtidig investeres i hospitalsbaserede speciallæger, der kan understøtte dette arbejde.

2. Styrkelse af tværsektorielt samarbejde og fælles retning for patientforløb

DSI støtter intentionen om at fremme fælles konsultationer og virtuelle møder, som kan bidrage til trygge overgange for patienter med komplekse infektionssygdomme.

Vi anbefaler, at det i afsnit 2.3.3 og 3.4 om koordination præciseres:

- hvordan almenmedicinske klinikker samarbejder om en fælles og ensartet praksis for håndtering af patientforløb,
- at hospitalslæger - fx infektionsmedicinere - nemt kan orientere sig i, hvilke procedurer og muligheder der gælder i almen praksis, herunder adgang til blodprøvetagning, mulighed for opfølgning på sygehusinitieret behandling og muligheder for at overtage behandling i primær sektor.
- hvordan det sikres at retningslinjer for almen praksis og sekundærsektor er i overensstemmelse med hinanden.

Dette vil mindske variationen mellem klinikker og øge forudsigeligheden i sektorovergangene.

3. Infektionsmedicinsk bidrag til hjemmebehandling og akutte patientforløb

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk

Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk

Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk

Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk

Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe

Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt

Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

- Infektionsmedicin har stor erfaring med at støtte kommunale akutfunktioner og hjemmebehandling, herunder:
- intravenøs antibiotikabehandling i eget hjem
- tæt monitorering af patienter med alvorlige infektioner
- løbende rådgivning af både kommunal sygepleje og almen praksis

Vi ser store muligheder i at styrke dette samarbejde, men det kræver klare rammer for ansvar, kommunikation og monitorering, samt tilstrækkelige ressourcer i hospitalssektoren til at sikre faglig forsvarlig supervision.

4. Forebyggelse - præcisering af almen praksis' rådgivningsopgaver

Under afsnittet om forebyggelse (s. 21) anbefaler DSI en tydeliggørelse af almen praksis' rolle vedrørende rådgivning om infektionsforebyggelse, herunder ved vaccination, selv når selve vaccinationsopgaven varetages af andre aktører.

Almen praksis er fortsat et centralt kontaktpunkt, og forventningerne til rådgivningsansvaret bør derfor præciseres.

5. Positivt i forslaget

DSI vil fremhæve følgende elementer som særligt positive:

- styrket fokus på god udskrivningskommunikation og regionens ansvar for løbende kvalitetsopfølgning
- klare rammer for almen praksis' deltagelse i virtuelle konsultationer med sygehuslæger
- adgang til journaloplysninger, som kan styrke kontinuitet og patientsikkerhed
- fokus på kvalitetsarbejde og vidensdeling om henvisninger og sygehusforbrug

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk

Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk

Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk

Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk

Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe

Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt

Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

- et generelt stærkt udgangspunkt for at udvikle effektive tværsektorielle samarbejder til gavn for patienter med infektionssygdomme

Konklusion

Dansk Selskab for Infektionsmedicin bakker op om ambitionerne i opgavebeskrivelsen og ser store muligheder for styrket samarbejde. Men vi finder det afgørende, at opgaveforskydningen ledsages af tilstrækkelige speciallægeressourcer, klare ansvarsfordelinger og tydelig(e) rammer for tværsektoriel koordinering, så behandlingskvaliteten fastholdes og patienternes sikkerhed sikres.

DSI står naturligvis til rådighed for yderligere dialog om de infektionsmedicinske aspekter af implementeringen.

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Cheflæge Anne Lindebo Holm Øvrehus

Høringssvar – Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Vedrørende:

Høring om Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO) takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har med interesse læst udkastet igennem, og har følgende kommentarer til indholdet:

Vi ser meget frem til punkt 2.3.2 om fasttilknyttede læger på fx sundheds og omsorgspladserne da vi tænker, at det vil løfte den lægelige behandling og samarbejdet med sygehuset meget.

Derudover hæfter vi os ved punkt 3.2.5, hvor den almen medicinske klinik (igen) bliver tovholder på de mere komplekse forløb. I den forbindelse kunne man også ønske sig, at det ikke kun drejer sig om at koordinere indsatser og afstemme behandlingsniveau, men også at påtage sig ansvaret for medicinlisten og receptfornyelser.

På vegne af DSKO bestyrelsen

Anneli Dowler Nygaard



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København

Høringssvar fra Dansk Sygeplejeråd vedr. nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

December 2025

Generelle bemærkninger

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til opgavebeskrivelse for de almenmedicinske tilbud. DSR er grundlæggende enige i de overordnede mål for udviklingen af de almenmedicinske tilbud, især regionernes større ansvar (kapitel 2), udviklingen af basisfunktionen (kapitel 3) samt den videre udvikling af tilbuddet i takt med det omkringliggende sundhedsvæsen (kapitel 4).

Vi mener dog, at opgavebeskrivelsen bør være tydeligere på rammerne for det sundhedsfagligt klinikpersonale – især for konsultationssygeplejersker, som er langt den største faggruppe i klinikken efter lægerne. Der er i dag meget stor forskel på, hvordan klinikpersonale bruges i klinikken. Forskellene ligger både i, hvor meget personale, der er ansat pr. lægekapacitet, samt hvilke opgaver, som klinikpersonalet udfører i klinikken. Det er en stor uudnyttet kapacitet, som bør adresseres i beskrivelsen.

Sundhedsreformen har som mål at øge antallet af praktiserende læger til 5.000 i 2035. Men allerede fra 2027 får de almenmedicinske tilbud flere opgaver fra hospitalerne, uden at lægekapaciteten følger med. Derfor bør den national opgavebeskrivelse også indeholde en klar beskrivelse af konsultationssygeplejerskernes opgaver, ansvar og udvikling. Sygeplejersker vil skulle løfte flere nye opgaver som følge af de udflyttede hospitalsopgaver og i takt med det øgede ansvar for koordination i det nære sundhedsvæsen.

I dag arbejder der lidt over 2.000 sygeplejersker i de almenmedicinske tilbud. Hvis antallet af sygeplejersker skal følge med antallet af læger, skal der være næsten 900 flere sygeplejersker i almen praksis i 2035.

Efteruddannelse, kompetenceudvikling og forskningsaktivitet for konsultationssygeplejersker

For at anvende den samlede kapacitet i det almenmedicinske tilbud bedst muligt, bør der være en klar strategi for efteruddannelse, kompetenceudvikling og forskningsaktivitet for konsultationssygeplejerskerne. Det bør ikke kun være op til den enkelte klinikejer – især ikke, når ambitionen er at fremme lighed i sundhed. Hvis alle borgere uanset bopæl skal kunne møde et almenmedicinsk tilbud, der kan tilbyde nogenlunde sammenlignende sundhedsydelser, så bør de nationale sundhedsmyndigheder og regionerne være medansvarlige for de

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30DK-1250
København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

faglige rammer om denne udvikling. Den konkrete planlægning kan stadig ligge i klinikken, så det passer ind i hverdagen.

Målrettet kompetenceudvikling af konsultationssygeplejersker – fx inden for samarbejde på tværs, kroniske sygdomme, tidlig opsporing og klinisk lederskab – gør det muligt for almenmedicinske tilbud at tage ansvar for flere og mere komplekse patienter. Det aflaster lægen og højner tilgængeligheden til klinikken.

Konsultationssygeplejersker som forløbskoordinatorer

Vi støtter ambitionen om, at koordination af patientforløb i det nære sundhedsvæsen i højere grad samles i de almenmedicinske tilbud. Konsultationssygeplejersker kan tage ansvaret for forløbskoordinationen og fungere som specialiseret sparringspart for andre sundhedsaktører i det nære sundhedsvæsen, herunder den kommunale sygepleje, akutsygeplejen, bosteder og plejehjem. For at sikre let og lige adgang til de nære sundhedstilbud, er der brug for mere tværfagligt samarbejde i de almenmedicinske tilbud og et tydeligere defineret opgaveansvar for patientforløb. Det betyder derfor også, at det almenmedicinske tilbuds ansvar og tilgængelighed for de kommunale sygeplejersker bør fremgå tydeligere af denne opgavebeskrivelse. Det kan fx være en klinikopgave for konsultationssygeplejersken.

Opgaver udover basisfunktionen

Vi bemærker, at regionen har ansvar for at *etablere almenmedicinske tilbud, som er særligt indrettet til at imødekomme sårbare målgrupper med særlige behov* (afsnit 2.3.1). Vi forslår, at disse tilbud bl.a. bemannes af sygeplejersker uddannet som APN-sygeplejersker (Advanced Practice Nursing). APN-sygeplejersker er uddannet til at finde og håndtere de komplekse forløb og sikre rette sundhedsindsatser på rette tidspunkt. Det sparer ressourcer i sundhedsvæsenet, reducerer unødige besøg og gavner mennesker med et komplekst sygdomsbillede.

De 3-5 % mest komplekse forløb står for næsten 20 % af udgifterne i sundhedsvæsenet. Disse forløb er ofte kendetegnet ved mange kontakter til sundhedsvæsenet – både før og efter en indlæggelse. Erfaringer fra særligt Aalborg og Aarhus viser, at APN-sygeplejersker gør en reel forskel for denne patientgruppe.

Med venlig hilsen



Kristina Robins
2. Næstforkvinde i Dansk Sygeplejeråd

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

08/12/25

Høringssvar til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Danske Bioanalytikere ønsker at bidrage med et høringssvar til opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud med fokus på diagnostiske undersøgelser og udstyr i almen praksis. Vi er generelt positive overfor opgavebeskrivelsens indhold vedrørende diagnostiske undersøgelser og udstyr, men har et par forslag til korte tilføjelser.

Forslag til tilføjelser

- Til afsnit 2.2.1. *Diagnostiske undersøgelser* foreslår vi, at det tilføjes, at sygehuslaboratorier inddrages fra start til vurderinger af, hvilke diagnostiske tests, som kan foretages i klinikkerne.
- Til afsnit 3.5.2 *Udstyr* foreslår vi, at det tilføjes, at kvalitetssikring af udstyr også vedrører præ- og postanalytiske forhold, altså hvordan personale tager diagnostiske tests og hvordan testene opbevares.

Til afsnit 2.2.1 Diagnostiske undersøgelser

I dag er det allerede 49 % af alle de prøver, som håndteres på sygehuslaboratorier (inden for biokemi, mikrobiologi og patologi), der er bestilt af praktiserende læger. Samtidig har sygehuslaboratorier laboratoriefaglige konsulenter ansat, som varetager kvalitetssikringen af diagnostiske tests i almen praksis.

Der er dermed et stort kendskab til diagnostik i almen praksis på sygehuslaboratorier og da de også har kendskab til muligheder i forhold til diagnostiske tests foretaget på sygehuse, så er det oplagt, at sygehuslaboratorierne bliver inddraget fra start i vurderingen af, hvilke diagnostiske tests, der kan foretages i praksis og hvilke der skal til sygehusene. Vurderingen vil både kunne tage højde for, hvilket udstyr der er i forvejen, samt økonomi og kvalitet. Det vil være relevant for at sikre let tilgængelig diagnostik af høj kvalitet i almen praksis.

Danske bioanalytikere foreslår derfor, at det tilføjes, at sygehuslaboratorier inddrages fra start til vurderinger af, hvilke diagnostiske tests, som kan foretages i klinikkerne.

Sekretariatet
Peter Bangs Vej 7A, 3 etage
2000 Frederiksberg
Tlf: 4422 3246
dbio@dbio.dk
www.dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

Til afsnit 3.5.2. Udstyr

I dag er der faste samarbejder mellem alle almenmedicinske klinikker og sygehuslaboratorier via laboratoriekonsulentordningen. Ordningen indebærer, at bioanalytikere fra sygehuslaboratorier understøtter kvalitetssikring og -udvikling af diagnostiske tests foretaget i almen praksis.

Udover kvalitetssikring af udstyr og foretagelse af parallelprøver for at sikre kvaliteten af de diagnostiske tests i almen praksis, så indebærer kvalitetssikringen også præ- og postanalytiske forhold. Det vil sige, hvordan diagnostiske tests tages af personale i almen praksis og hvordan testene opbevares efterfølgende. Det er nemlig ofte i det præ- og postanalytiske, at der foretages fejl, som har betydning for, om de diagnostiske tests bliver pålidelige og anvendelige.

Danske Bioanalytikere foreslår derfor, at det i tillæg til at apparatur skal betjenes korrekt af personale og at det kvalitetssikres, tilføjes at kvalitetssikringen også vedrører præ- og postanalytiske forhold, da det har afgørende betydning for kvaliteten af de diagnostiske tests.

Vi uddyber meget gerne vores høringssvar.

Venlig hilsen

Martina Jürs
Forkvinde, Danske Bioanalytikere

Høringssvar vedr. nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Danske Handicaporganisationer (DH) vil indledningsvis gerne kvittere for den gode og løbende inddragelse i arbejdet med den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. Det er vores vurdering, at inddragelsen har været reel, og at vores perspektiver tydeligt kan genkendes i det foreliggende udkast. DH deler den overordnede positive vurdering af opgavebeskrivelsen og retningen for udviklingen af almen praksis som en central aktør i det nære sundhedsvæsen.

DH støtter ambitionen om at styrke populationsansvaret, forebyggelsen og de sammenhængende borgerforløb – herunder intentionen om at bringe sundhed tættere på borgerne gennem opsøgende indsatser, hjemmebehandlingsteams og fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud samt sundheds- og omsorgspladser. Dog med et fortsat fokus på ikke at miste den opnåede specialisering for mindre patientgrupper.

Lighed i sundhed og populationsomsorg

DH lægger stor vægt på, at populationsomsorgen omsættes på en måde, der også omfatter de mest udsatte borgere – herunder mennesker med funktionsnedsættelser, kognitive udfordringer, psykiske lidelser og kroniske sygdomme – som ofte har vanskeligt ved selv at opsøge eller navigere i almen praksis. Mange af disse borgere er kendt af kommunale indsatser, og et systematisk samarbejde mellem almen praksis og kommunale medarbejdere er afgørende for sammenhæng, opfølgning og kvalitet i indsatsen, særligt i overgangene efter hospitalsindlæggelse.

Det er samtidig væsentligt, at eventuelle tilbud om fasttilknyttede læger eller særlige organiseringsformer altid sker med respekt for borgerens frie valg og mulighed for at frasige sig ordningen.

Fasttilknyttede læger på plejehjem og botilbud

DH er tilfreds med, at fasttilknyttede læger på plejehjem og botilbud er gjort til en klar opgave for regionerne, og med den tydelige beskrivelse af lægens dobbeltrolle – både i relation til direkte patientkontakt og som lægefaglig sparring og kompetenceløft for personalet. Dette vurderes at have stort potentiale for at styrke kvaliteten i pleje, omsorg og behandling for mennesker med komplekse behov.

Forebyggelse og sundhedstjek

DH anerkender vægtningen af forebyggelse og sundhedstjek for sårbare grupper og finder det positivt, at borgerens situation, muligheder og præferencer skal indgå i tilrettelæggelsen. Samtidig peger vi på, at der er solid evidens for, at regelmæssige – dvs. årlige – sundhedstjek kan bidrage til tidligere opsporing og bedre behandling af uopdaget eller ubehandlet somatisk sygdom hos mennesker i botilbud og andre udsatte grupper.

DH anbefaler derfor, at dette tydeligere indarbejdes under udviklingsområderne med fokus på kvalitet, systematik og løbende kompetenceudvikling.

Tilgængelighed og støtte

DH ser positivt på, at basal tilgængelighed indgår som et centralt element, men anbefaler, at tilgængelighed forstås bredt. Det bør eksplicit fremgå, at tolkning også omfatter fx tegnsprogstolkning, og at borgere med behov for støtte efter serviceloven har ret til at medbringe deres støtteperson i kontakten med almen praksis. Dette er afgørende for lige adgang til sundhedsvæsenet.

Digitalisering med plads til forskellighed

DH bakker op om digitalisering som redskab, men vil understrege, at digitale løsninger aldrig må udvikle sig til digitale barrierer. Digital-first må ikke blive digital-only. For mange mennesker med funktionsnedsættelser, kognitive vanskeligheder eller svingende sygdomsaktivitet er analog og personlig adgang en forudsætning for reel lighed i sundhed.

Kapacitet og bæredygtighed

Endelig vil DH pege på, at opgavebeskrivelsen stiller betydelige krav til almen praksis i forhold til koordination, forebyggelse, opfølgning og tværsektorielt samarbejde. For at ambitionerne kan lykkes, er det afgørende, at regionerne samtidig redegør for, hvordan kapacitet, kompetencer og rammer styrkes i praksis. Ellers risikerer kravene at udhule kvaliteten og ramme de mest sårbare borgere hårdest.

Opdatering af opgavebeskrivelsen

DH anbefaler, at det præciseres, at fremtidige opdateringer af opgavebeskrivelsen systematisk skal forholde sig til alle punkter om udvikling og ændret opgavevaretagelse fra tidligere udgaver, så kontinuitet og gennemsigtighed sikres.

Samlet set finder DH, at opgavebeskrivelsen er et solidt og vigtigt skridt i retning af et mere nært, sammenhængende og inkluderende sundhedsvæsen. Med ovenstående opmærksomhedspunkter ser vi gode muligheder for, at implementeringen kan bidrage til større lighed i sundhed for mennesker med handicap og kronisk sygdom.

DH deltager også meget gerne i den følgegruppe, som fremadrettet skal følge opgavebeskrivelsen.

Venlig hilsen

Thorkild Olesen

Formand for Danske Handicaporganisationer



06-12-2025
EMN-2025-00254
1818701

Danske Regioners høringssvar til Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Høringssvaret indeholder bemærkninger fra Danske Regioner med input fra de fem regioner til Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud udsendt den 18. november.

Nærværende dokument indeholder bemærkninger til opgavebeskrivelsen af overordnet og tværgående karakter. Mere detaljerede og /eller tekstnære bemærkninger til hvert kapitel er vedlagt i bilag 1, som også skal anses som en del af høringssvaret.

Indledende bemærkninger

Med Sundhedsreformen har Folketinget sat en ambitiøs retning for udvikling af de almen medicinske tilbud, herunder med ambition om en væsentlig udvidelse af kapaciteten til mindst 5.000 praktiserende læger, og en omstilling hvor praktiserende læger skal udgøre en endnu mere central del af sundhedsvæsenet. Danske Regioner deler ambitionerne for den udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet og det almenmedicinske tilbud.

En central del af reformen er, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en opgavebeskrivelse for de almen medicinske tilbud. Opgavebeskrivelsen er et vigtigt fundament for de almenmedicinske tilbud og dermed for indfrielse af de ambitioner, som er indeholdt i aftalen om sundhedsreform. Sundhedsstyrelsen har dermed fået en stor og kompleks opgave.

Danske Regioner vurderer, at opgavebeskrivelsen overordnet set rummer gode takter i forhold til udviklingen af almenmedicinske tilbud og det nære sundhedsvæsen.

På en række punkter er der behov for at opgavebeskrivelsen præciseres og uddybes, så opgavebeskrivelsen kan danne grundlag for en ensartet og bæredygtigt udvikling af det almenmedicinske tilbud på tværs af landet.

Nedenfor fremhæves en række forhold, som regionerne er særligt opmærksomme på i forhold til den gældende beskrivelse, og hvor en præcisering og tilpasning anses som vigtig.

- Regionernes myndighedsrum
- Basisfunktionen
- Faglig ledelse af almen praksis
- Kvalitetsudvikling
- Regionernes og sundhedsrådenes adgang til data

Regionernes myndighedsrum (udfoldes også i de efterfølgende punkter)

Reformen giver regionerne et væsentligt udvidet ansvar for at sikre udvikling og kvalitet i de almenmedicinske tilbud. Det fremgår fx i lovgivningen, at *"regionerne har ansvaret for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud af ensartet, høj kvalitet."* (Lovforslag nr. L 78, side 14). Der henvises til, at regionerne skal have et styrket lovmæssigt grundlag for at stille krav og følge op på klinikkernes efterlevelse af nationale krav. Endelig fremgår det, at regionsråd og almen medicinske tilbud er forpligtet af opgavebeskrivelsen.

Denne myndighedskompetence kan genfindes i opgavebeskrivelsens uddybning af myndighedsansvaret på side 11: *"Som led i regionens samlede sundhedsplanlægning kan regionen forholde sig til, hvilke opgaver der skal udføres i almenmedicinske klinikker indenfor rammerne af opgavebeskrivelsen, og hvordan almenmedicinske tilbud kan tilrettelægges, så de understøtter sammenhængende patientforløb."*

Det vil være fremmede for det efterfølgende arbejde med opgavebeskrivelsen, at denne del tydeliggøres, herunder også i beskrivelsen omkring basisfunktionen. På nuværende tidspunkt er det alene beskrevet under den del, som regionen er forpligtet til. Men ikke under den del hvor de enkelte klinikker forpligtes. Regionen vil ikke kunne løfte sit ansvar, med mindre de enkelte klinikker indgår i det samarbejde og den dialog, der skal være for at tilrettelægge tilbuddene hensigtsmæssigt.

Det bliver særligt vigtigt netop i basisfunktionen, idet opgavebeskrivelsen ikke er særlig præcis beskrevet på de konkrete patientrettede opgaver, som de praktiserende læger forventes at udføre under basisfunktionen.

For at sikre denne entydige og klare forståelse, opfordrer Danske Regioner i øvrigt til, at opgavebeskrivelsen bliver mere præcis hvad angår myndighedskompetencen, der skal flugte med det regionale ansvar. For eksempel kan det fremgå tydeligere, at regionerne kan fastlægge konkrete kvalitetsmål, indholdsstandarder og opfølgning inden for opgavebeskrivelsens rammer.

Basisfunktionen

Basisfunktionen i opgavebeskrivelsen er meget overordnet beskrevet. Meget mere overordnet end opgaverne i dag er beskrevet i overenskomsten. Danske Regioner anerkender, at det ikke har været meningen, at Sundhedsstyrelsens opgavebeskrivelse skal prøve at efterligne detaljeringsniveauet i overenskomsten. Og opgavebeskrivelsen har en helt anden karakter end overenskomsten, hvilket Danske Regioner bakker op om. Regionen har også på øvrige lægelige specialer ansvaret for, hvilke opgaver der

skal udføres og tilrettelæggelsen heraf inden for de rammer, Sundhedsstyrelsen udstikker.

Danske Regioner opfordrer dog til, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en specialebeskrivelse. Dermed sidestilles almen medicin fagligt med de øvrige lægelige specialer, hvor Sundhedsstyrelsen også udarbejder specialebeskrivelser.

Dermed vil der være et bedre udgangspunkt, når regionerne skal udfylde basisbeskrivelsen. Som nævnt ovenfor opfatter Danske Regioner det som et regionalt myndighedsansvar at sikre bedst mulig ensartethed og høj kvalitet i patientbehandlingen, og dermed at regionerne har ansvar og kompetencerne til at udfylde basisfunktionen.

Det er vigtigt med en tydelighed herom, særligt set i lyset af basisfunktionens overordnede karakter. Regionerne har omvendt også et stort ansvar for at sikre, at der er sammenhæng i det samlede patientforløb, at de praktiserende læger bliver understøttet og hjulpet i deres daglige arbejde og for at sikre en faglig ledelse, der har indblik i arbejdet i almen medicinske tilbud. Denne del er også fremhævet i opgavebeskrivelsen, hvilket Danske Regioner bakker op.

Regionerne bemærker herudover, at det forstås således, at de opgaver, der skal tilføres de almen medicinske tilbud fra 2027, er pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, udredning af demens og opfølgning efter kræftforløb.

Faglig ledelse af almen praksis

Danske Regioner bakker som nævnt op om, at regionerne forpligtes til en ledelsesopgave i forhold til de almen medicinske tilbud. Regionerne er i gang med at forberede organiseringen omkring dette arbejde med respekt for, at der tages udgangspunkt i en faglig ledelse, og at den faglige leder skal have indsigt i arbejdet i almen medicinske tilbud.

For at understøtte arbejdet vil alle regioner tage initiativ til at nedsætte regionale, faglige råd for almen medicin. Rådene kan rådgive om det faglige samarbejde og udviklingen af det almen medicinske tilbud i de enkelte regioner. I rådene kan der fx være fokus på udvikling af de nære sundhedstilbud med et almen medicinsk input, der kan evalueres og følges op på implementering af indsatser, kronikerpakker mv., og rådene kan forholde sig til, hvordan sygehusene formår at understøtte opgaveløsningen i almen praksis mv.

Derudover vil der også blive etableret andre dialogfora i forhold til almen medicinske tilbud på regionalt og sundhedsrådsniveau. Det kan fx være for at drøfte rammerne om tværgående behandlingsforløb, indsatser i forhold til tilbagehenvísninger eller andre samarbejdsrelaterede spørgsmål. Regionerne er optagede af et godt samarbejde og samspil med praktiserende læger, og at den nye ledelsesrolle udfoldes, så patienterne er bedst muligt hjulpet. Men også så praktiserende læger oplever, at der tages hånd om de problemstillinger, de oplever, som kan være en udfordring for den samlede patientbehandling.

Det er positivt, at det står beskrevet, at almenmedicinske klinikker i regionen er forpligtede til at deltage i dialog og inddragelse af klinikkerne i forbindelse med regionens faglige ledelse.

Regionerne påpeger, at formuleringen på side 11 om at *”regionens ledelse skal understøtte den faglige udvikling af det almenmedicinske speciale inden for rammerne af de beslutninger, der tages i Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet”* bør ændres. Fagligt råd har ifølge forståelsespapiret mellem regeringen og PLO ikke beslutningskompetence i forhold til regionerne, herunder heller ikke den faglige ledelse. Fagligt råd vil få en vigtig rådgivende funktion i forhold til de faglige institutioner på området, ligesom rådet kan pege på områder, hvor der bør udarbejdes kliniske retningslinjer.

Kvalitetsudvikling

Det fremgår af opgavebeskrivelsen, at regionen skal kunne yde lige adgang for borgerne til almenmedicinske ydelser af ensartet kvalitet uanset geografi. Og at regionerne har ansvar for at fastlægge de overordnede rammer for kvalitetsudvikling og samarbejdet i kvalitetsklynger.

Danske Regionerne bakker op om, at regionerne har ansvar for at sikre ensartet kvalitet, og at der tilvejebringes de bedste rammer for kvalitetsudvikling.

Under myndighedsansvaret er regionernes rolle imidlertid mest formuleret, som at regionerne fastlægger rammerne for, at de enkelte klinikker kan arbejde med kvalitet, herunder i kvalitetsklyngerne. Det er en vigtig rolle for regionerne.

Det bør dog også fremhæves, at regionerne har en vigtig rolle i forhold til at deltage i kvalitetsudviklingen, herunder også kvalitetsudvikling som rækker ud over arbejdet i de enkelte klinikker og i kvalitetsklynger. Den faglige ledelse vil i høj grad have som opgave at arbejde med kvalitet og kvalitetsudvikling. Det er derfor ikke tilstrækkeligt, at det fremgår, at regionen skal fastsætte rammerne for, at de enkelte klinikker eller klynger kan arbejde med kvalitetsudvikling. Klinikkerne skal også orientere sig mod arbejdet omkring kvalitet mv. i et samspil i sundhedsråds-/regionalt regi.

Den faglige ledelse vil skulle deltage i nogle dele af klyngemøder eller benytte klyngeforummet til at have en bredere dialog med grupper af praktiserende læger om især faglige temaer. Det kan med fordel beskrives i opgavebeskrivelsen.

Dette underbygges af, at der i forståelsespapiret mellem PLO og regeringen fremgår, at kvalitetsklyngerne åbnes imod den faglige dialog og samarbejde med sygehuse/regionerne, herunder at klyngerne er et fagligt fællesskab, der kan bringes i spil bl.a. i forhold til den fælles dialog og udvikling af patientforløb. Det kan i Danske Regioners optik bl.a. også være gennem at fastlægge nogle temaer regionalt, som klyngerne bør arbejde med.

Det fremgår endvidere også af opgavebeskrivelsen (og forståelsespapiret), at alle praktiserende læger skal indgå i kvalitetsklynger. Det bakker Danske Regioner op. Da Dan-

ske Regioner sammen med PLO oprettede kvalitetsklyngerne var det med den erkendelse, at kollegial sparring og feedback baseret primært på data er helt central for kvalitetsudvikling. Danske Regioners opfattelse er, at praktiserende læger med kvalitetsklyngerne og med understøttelse fra KIAP har løftet kvaliteten yderligere i almen praksis de senere år. Det er gode erfaringer til det videre arbejde.

Regionernes og sundhedsrådenes adgang til data

Ifølge lovgivningen skal *"regionerne med ansvar for tilbuddet både som følge af nye og nuværende opgaver have indsigt i og adgang til bl.a. data om aktivitet og kvalitet i de almenmedicinske klinikker."* (Lovforslag nr. L 78, side 7). Det er regionernes vurdering, at denne adgang til data om aktivitet og kvalitet på klinikniveau, som er beskrevet i lovgivningen, er helt afgørende for at kunne varetage en faglig ledelsesopgave for det alment medicinske tilbud. Endvidere er et solidt datagrundlag nødvendigt for, at regionerne kan følge op og lære af praksis og sikre kvaliteten for de borgere, som har det største behov. Det kræver, at regionen selv skal have data til rådighed, både for den enkelte klinik og på tværs af klinikker. Ydermere er det vigtigt, at denne adgang forefindes, når reformen træder i kraft 1. januar 2027.

Det opfordres til, at der flere steder i opgavebeskrivelsen arbejdes med at tilnærme sig ordlyden i lovgivningen. På nuværende tidspunkt henvises primært til, at der kan "indhentes data" og "tilvejebringes data".



06-12-2025

EMN-2025-00254

1818701

Konkrete bemærkninger til opgavebeskrivelsens afsnit

Bemærkninger til afsnit 1: Introduktion	
1.1 Baggrund og formål	Det fremgår, at <i>"Der kan dog i enkelte tilfælde lokalt være særlige forhold ved nogle opgaver og funktioner, der forudsætter tilpasninger eller kompetenceudvikling, før opgaverne kan varetages i fuld overensstemmelse med opgavebeskrivelsen."</i> Det er uklart beskrevet, hvem der har ansvaret for at sikre, at der sker de rette tilpasninger, eller at klinikkerne opnår de rette kompetencer, som må antages at skulle ske inden for en kortere tidsramme. Det kan præciseres. Der mangler en henvisning til Sundhedsloven (Lovforslag L 78), som udgør den juridiske ramme for den nationale opgavebeskrivelse og regionernes opfølgning på nationale krav mv. over for de almenmedicinske tilbud. Det kan overvejes, om Sundhedsloven kunne indgå som omkransende firkant til figuren s. 9.
Bemærkninger til afsnit 2: Myndighedsansvar	
Indledning	Det fremgår, at regionernes ansvar omfatter almenmedicinske opgaver og funktioner ud over basisfunktionen. Opfyldelse af basisfunktionen er imidlertid også en naturlig del af myndighedsansvaret og skal fremgå eksplicit, så tredje punkt lyder: <i>"Almenmedicinske opgaver og funktioner i basisfunktionen og ud over basisfunktionen"</i>.
2.1. Faglig ledelse	Der står, at <i>"Som led i regionens samlede sundhedsplanlægning kan regionen forholde sig til, hvilke opgaver der skal ud-</i>

	<i>føres i almenmedicinske klinikker indenfor rammerne af opgavebeskrivelsen...</i>". Det foreslås, at "kan" ændres til "bør" eller "skal", da det opfattes som et tydeligt regionalt ansvar. Det formuleres, at regionernes ledelse "så vidt muligt" understøttes af fagligt relevante data. Det opfordres til, at formuleringen "så vidt muligt" udgår, da det må være intentionen, at data tilvejebringes for at sikre faglig og faktabaseret dialog. Der skal være ensartede krav til almenmedicinske tilbud vedrørende samarbejde og data, og sådanne krav anbefales derfor indarbejdet i opgavebeskrivelsen. Under ansvaret for planlægning, tilrettelæggelse og udvikling af det almenmedicinske tilbud hører implementering og fastsættelse af minimumspatienttal i dialog med praksisklinikker samt kapacitetsfordeling pba. den nye fordelings-model. Netop dette er blevet en væsentlig del af regionens arbejde med planlægning af det almenmedicinske tilbud, som skal gennemføres årligt, hvorfor denne opgave kort bør beskrives i afsnittet- herunder Sundhedsdatastyrelsens ansvar for at genbesøge og beregne sygdomsvægte og vejledende minimumspatienttal samt leveringen af dette materiale til regionerne.
2.1.1. Samarbejde om sammenhængende patientforløb	Det anbefales, at udstyr som anvendes i samarbejdsfeltet (fx POCT-udstyr), kvalitetssikres efter gængse principper, og at det sikres, at personalet som anvender udstyret, har de rette kompetencer. Derudover vil udviklingen af digital svaroverførsel, så resultater automatisk dokumenteres i patientjournalen være afgørende for at skabe sammenhængende patientforløb og undgå fejl i behandlingen. Dette kan med fordel indgå i opgavebeskrivelsen. Det beskrives, at regionen skal indgå aftaler og etablere tværsektorielle samarbejdsfora, der understøtter et forpligtende samarbejde om patienter og patientforløb mellem almenmedicinske tilbud og det kommunale sundheds-, ældre-, social- og beskæftigelsesområde samt understøtte, at information om kommunale tilbud er tilgængelige for de almenmedicinske klinikker.

	Samtidig fremgår det af afsnit 2.3.3., at regionerne har ansvar for, at nogle almenmedicinske klinikker repræsenterer almenmedicinske tilbud i samarbejdsfora med kommuner og regionale aktører. Derudover ønskes en uddybelse af, hvad det nærmere betyder, at regionerne skal understøtte at information om kommunale tilbud er tilgængelige for almenmedicinske klinikker. Ligger der f.eks. en forpligtelse for regionerne til at samle, udstille og vedligeholde en sådan viden?
2.1.2 Kvalitetsudvikling	Det anbefales, at afsnittet også omfatter organisationsudvikling, lægemiddelrådgivning og patientsikkerhed. Kvalitetsudvikling rummer mere end databaseret udvikling i klynger eller enkelte klinikker. Opgavebeskrivelsen mangler en omtale af vigtigheden af organisationsudvikling i praksis samt lægemiddelrådgivning og patientsikkerhed – områder, som i dag understøttes af de regionale kvalitetsenheder. Med reformen skabes gradvist en kapacitetsforøgelse med flere læger, men det er også vigtigt at forholde sig til den øgede anvendelse af praksispersonale og den nødvendige organisationsudvikling, herunder uddelegering af opgaver.
2.1.3.: Faglige kliniske retningslinjer	Afsnittet kan med fordel suppleres med anbefalinger fra Medicinrådet, hvor disse er gældende for almenmedicinske tilbud. Det bør tydeliggøres at KiAP, SundK og regionernes kvalitetsorganisationer bør samarbejde om opgaven med kvalitetsudvikling. Det bør beskrives at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut på sigt skal inddrage almen praksis og retningslinjer bør udstilles på fælles visningsplatform isf. Lægehåndbogen.
2.1.4 Efteruddannelse	Det anses for ønskeligt, at regionerne får kompetence til at stille egentlige krav om specifik efteruddannelse. Det fremgår, at <i>"Regionerne kan pege på kurser under systematisk efteruddannelse som en læge bør deltage i."</i> For at kunne udøve faglig ledelse og udvikle fagligheden og opgavevaretagelsen kan det være nødvendigt, at regionen kan pålægge en læge at deltage i relevant kompetenceudvikling. Det er ønskeligt, at sammenhængen mellem (påtænkte) nye opgaver i basisfunktionen og de systematisk efteruddannelsstilbud for det almen medicinske tilbud bliver tydeligere.

	Afsnittet kan endvidere med fordel nuanceres, da flere opgaver og flere læger indebærer et behov for at styrke efteruddannelsesaktiviteter for både læger og praksispersonale. Dette kunne med fordel også indbefatte tværsektoriel uddannelse. Det kan i stigende grad blive relevant, hvis sundhedsreformens ambitioner skal føres ud i livet.
2.1.5 Forskning	Indledningsteksten indeholder formulering om stærk datainfrastruktur - dette er ikke udfoldet i teksten og derfor uklart hvad det omfatter. Såfremt der skal forskes i patientforløb på tværs af sektorer, er der behov for at kunne følge patientforløbene, og dermed have adgang til data på tværs af sektorer på individniveau - evt. anonymiseret. Afsnittet kan med fordel præciseres, så ansvarsfordelingen for forskning i almenmedicinske tilbud mellem regionen og universiteterne fremgår tydeligere. Det er også vigtigt at understrege forventningen om samarbejde og koordination med universiteterne (og kommunerne), idet regionerne ikke er selvstændige forskningsinstitutioner, men bedriver klinisk sundhedsvidenskabelig forskning. For at understøtte populationsansvaret og sikre forskning i hele patientforløb bør opgavebeskrivelsen desuden afspejle behovet for samarbejde med kommunerne - både om forskning i de almenmedicinske tilbud og i relation til øvrige kommunale og regionale sundheds- og borgerrettede ydelser. Det anbefales, at "det primære sundhedsvæsen" (s. 14, tredje linje) erstattes af "det nære sundhedsvæsen" for at fastholde fokus på det nære sundhedsvæsen, som favner flere aktører og understreger sammenhængen med hospitalerne.
2.2.1: Diagnostiske undersøgelser	Det fremgår af opgavebeskrivelsen, at regionen skal sikre let adgang til diagnostiske undersøgelser, og i samarbejde med det almen medicinske tilbud fastlægge hvilke undersøgelser, der skal foregå lokalt og hvilke, der skal foregå centralt. Det bør indgå i basisfunktionen, hvilke undersøgelser, der foretages i det almen medicinske tilbud. Og det kan skabe udfordringer i patientforløb på tværs af regioner, hvis der er forskel i hvilke diagnostiske undersøgelser det almen medicinske tilbud varetager i de forskellige regioner.

	Det bemærkes, at speciallægepraksis også kan have en rolle i forhold til simple diagnostiske undersøgelser. Det bør nævnes her.
2.2.2 henvisninger og udskrivningsbreve	I afsnittet anvendes betegnelsen "udskrivningsbreve" Epikriser er nok en mere korrekt benævnelse, da det jo ikke er udskrivningsbreve, der sendes fra speciallæger og øvrige behandlere på praksisområdet. For udskrivningsbreve kan det overvejes som målsætning, at navnet på patientansvarlig læge fremgår tydeligt for at sikre bedre koordination.
2.2.4 Teknisk administrativ støtte	Der står at, "<i>Regionen skal fortsat stille teknisk administrativ støtte, herunder hjælp og generel rådgivning om IT, til rådighed for almenmedicinske tilbud</i>". Teknisk hjælp og rådgivning om IT er ikke et regionalt ansvar. Det er lægernes eget ansvar at sikre teknisk support – f.eks. fra systemhusene. Regionen kan derimod yde bistand til, hvordan digitale løsninger kan anvendes til at understøtte det faglige arbejde og samarbejdet på tværs (datakonsulentordningen). Se evt. formulering om denne funktion i overenskomsten (§95,3).
2.3 Opgaver udover basisfunktionen	Det bemærkes overordnet, at opgaver, der forudsætter, at der kan indgås aftaler med enkelte almenmedicinske tilbud om at bidrage til opgaveløsningen. Dette kan særligt i områder med svag lægedækning og stor sygdomsbelastning være en udfordring, idet de almenmedicinske tilbud i disse områder ikke kan forventes at have ressourcer til at bidrage. Det anbefales, at den kollektive forpligtelse også beskrives i et geografisk perspektiv. For at undgå ulighed i sundhed er det væsentligt, at de klinikker, der varetager disse opgaver, er geografisk fordelt i hele regionen. Det bemærkes, at den nærmere konkrete forpligtelse af de almenmedicinske tilbud forudsætter lokale aftale, hvilket kan udfordre en ensartet udmøntning på tværs af landet.
2.3.1: almen medicinske tilbud udover basisfunktionen (sårbare)	Det fremgår, at regionen i nødvendigt omfang skal etablere et fuldt alment medicinsk tilbud særligt indrettet til at imødekomme sårbare målgrupper med særlige behov. Der vil være områder, hvor et sådant tilbud er relevant, men hvor målgruppen ikke er stor nok til at nødvendiggøre "et fuldt almenmedicinsk tilbud".

	Der ønskes derfor en mulighed for, at regionen kan regulere på rammerne for et sådan tilbud i forhold til krav i basisfunktionen om f.eks. åbningstid.
2.3.2: fasttilknyttede læger på botilbud, plejehjem og sundheds- og omsorgspladser	Der er i dag ikke aftaler om fast tilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladser. Afsnittet bør tage bestik af, hvordan beskrivelsen ender i arbejdet med at beskrive sundheds- og omsorgspladser i andet regi. Det er uklart, om det er tanken at den fasttilknyttede læge (plejehjem og bosteder) skal varetage patientbehandling på patienter, der er tilmeldt andre praksis. Den nuværende ordning omfatter kun rådgivning og vejledning, men i praksis er det hensigtsmæssigt, hvis patienterne er tilknyttet fx plejehjemslægen.
2.3.3. Tværsektorielle samarbejdsfora	Det er relevant at have for øje, at der i det tværsektorielle samarbejde også medtænkes Regional Digitalisering og It. Rettidig inddragelse vil styrke mulighederne for, at de regionale it-værktøjer kan bidrage til solide og velfungerende løsninger.
2.3.4. Lægevagtsordning	Det bemærkes, at der ikke fremgår krav til de almenmedicinske tilbud om deltagelse i den akutte lægebetjening udover dagtid. Der henvises til Danske Regioners bemærkning ifm. høringen af lovpakke 2b, hvor det fremgår: <i>"Danske Regioner er enig i, at det skal være op til regionen at træffe beslutning om, hvordan lægevagtstilbuddet skal organiseres, men finder ligeledes, at forpligtelsen til at deltage i lægevagtsordningen for almenmedicinske speciallæger bør fremgå af Sundhedsstyrelsens beskrivelse af basisopgaven for det almenmedicinske tilbud."</i>
Bemærkninger til afsnit 3: Basisfunktion	
Introduktion	Regionerne får – i det omfang det er relevant – ansvaret for at etablere et fuldt almenmedicinske tilbud som er særligt indrettet til at imødekomme sårbare målgrupper med særlige behov, ligesom regionerne skal sikre fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser og lægevagt. Det bemærkes, at det kan være svært for regionerne selv at løse sådanne opgaver, herunder omkostningseffektivt for nogle af opgavernes vedkommende, uden inddragelse af det almenmedicinske tilbud – som alene har en kollektiv forpligtelse til at deltage, som ikke er præciseret.
3.1: Målgruppen for det almen medicinske tilbud og specialet almen medicin	Den hidtidige målgruppebeskrivelse omfatter <i>"borgere, der har en udfordring, som de ønsker vurderet i sundhedsvæsenet"</i> . Beskrivelsen i afsnittet kan med fordel suppleres med en tydelig forventning om en proaktiv indsats over for sårbare patienter, som ikke nødvendigvis selv opsøger nødvendig

	hjælp. Dette vil styrke populationsomsorgen og bidrage til øget lighed i sundhed.
3.2.1: Udredning, behandling og opfølgning	Det fremgår, at "<i>det almen medicinske tilbud skal varetage udredning, behandling og opfølgning af almene sundhedsproblemer, herunder både somatiske og psykiske sygdomme</i>". Beskrivelsen mangler fokus på det almen medicinske tilbuds rolle i forhold til akutte tilstande. Formuleringen "<i>Symptomer stået på i kortere eller længere tid</i>" er upræcist i forhold til akutte tilstande. Generelt er afsnittet upræcist og det vil medføre at de praktiserende læger vil have meget forskellig praksis ift. hvilke patienter de viderehenviser og hvor stor en andel de selv behandler.
3.2.2 Forebyggelse	Afsnittet omfatter også tidlig opsporing, som derfor også burde indgå i overskriften. Forpligtelsen til at "foretage en op søgende indsats målrettet familier, der udebliver fra vaccinationer til børn og unge", bør ikke stå fremhævet i den blå boks, men sammenskrives med de øvrige målgrupper, som det almen medicinske tilbud skal være særligt op søgende overfor. Det vil være hensigtsmæssigt, at rammen for indsatsen fremgik, f.eks. at svangreomsorg og børneundersøgelser foregår efter retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen. De nuværende ydelser i overenskomsten om sundhedstjek og somatisk helbredsundersøgelse har ret specifikke og begrænsede målgrupper i dag. Disse bevares umiddelbart ikke med den nuværende formulering i basisfunktionen og må derfor forventes at blive mere omfattende end i dag. Det er uklart hvilken forventning/forpligtelse, der er til/for lægen i forhold til forebyggelsessamtaler og tidlig opsporing af fysiske og psykiske sygdomme (sidste afsnit). Det kunne præciseres i forhold til f.eks. metode: databaseret eller i kontakten med patienten. Det ville være hensigtsmæssigt også at tilføje en forpligtelse for det alment medicinske tilbud til at være op søgende ved særlige patientgrupper i forhold til behandling og forebyggelse. Det anbefales, at sundhedstjek på botilbud og fokuserede somatiske undersøgelser af psykisk syge indgår i den blå boks. Derudover kan henvisning til rygestop, mv. beskrives mere eksplicit i teksten på s. 21.

3.2.3: klinisk vurdering og visitation	Det vil være ønskeligt, at afsnit om intern visitation kom først og at det fremstod tydeligere, at systematisk inddragelse af patienten også vedrører det interne behandlingsforløb.
3.2.4. Basal palliation	Det er godt at afsnittet er der, men det står mærkeligt løsrevet. Der bør være mange flere lign. konkrete afsnit fx kræftområdet, kronisk sygdom, multisygdom, demens, psykisk sygdom hos børn, psykisk sygdom hos voksen, akutte tilstande osv.
3.2.5. Koordination	Tovholderfunktionen er for upræcist beskrevet. Det vil skabe rum for lokal fortolkning.
3.2.6. kontinuitet	Patienter, der sjældent har kontakt til det almen medicinske tilbud er nævnt som en målgruppe, der ikke har behov for kontinuitet. Der kan dog være pt. med stort behov for lægehjælp, der kun sjældent kontakter praksis – dette afhænger af årsagen til sjælden kontakt (dårlig egenomsorg eller intet behov). Måske nøjes med formulering indtil det sidste "eller" og udelade målgruppen. Patientansvarlig læge/ fast lægerelation - Det bør overvejes, om begrebet i basisfunktionen skal harmoniseres med sygehusenes praksis eller omformuleres generelt.
3.2.7 Populationsomsorg	Det er positivt med fokus på opsporing, forebyggelse og rettidig indsats, og det bør tilføjes, at lægen kan/bør/skal kontakte patienten proaktivt, hvis der i dataarbejdet findes risikofaktorer. Afsnittet bør dog også omhandle populationsansvar. Det skal indeholde en beskrivelse af at almen praksis bør tilrettelægge sundhedstilbud i overensstemmelse med hvad populationen fejler. Det kan fx være gruppeforløb, opfølgning mv. Der bør i tilrettelæggelse tages hensyn til at ressourcerne bruges hensigtsmæssigt.
3.3 Basal tilgængelighed	Der er behov for opmærksomhed på formuleringen i blå boks på side 25: "<i>Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag.</i>" Dette bør omformuleres til "indtil" kl. 16.00 samme dag. Det er centralt, at regionerne har mulighed for at følge og indskærpe, hvis praktiserende læger ikke lever op til kravene om tilgængelighed, herunder særligt at borgerne skal kunne kontakte egen læge ved akut sygdom og mindre skader mellem kl. 8 og 16 på hverdage.

	Regionerne er vidende om, at anvendelse af såkaldte vagtringe er vidt udbredt blandt de praktiserende læger, og at det i mange tilfælde er struktureret efter en fast plan, hvor klinikkerne om eftermiddagen skiftes til at varetage akutforpligtigelsen for samtlige patienter i vagtringen. Vagtringene der har karakter af at være permanente og ugentlige, kan erfaringsmæssigt være ret store – og dermed reelt reducere den faktiske tilgængelighed for rigtig mange patienter, da en vagtring som oftest alene er tilgængelig for akutte henvendelser. Hvis de almen medicinske tilbud skal være tilgængelige for telefoniske henvendelser i hele åbningstiden, bør det i denne sammenhæng præciseres i hvilket omfang klinikkerne kan gøre brug af vagtringe. Eller der bør henstilles til, at en nærmere regulering heraf kommer til at indgå i den kommende rammeaftale for det almenmedicinske tilbud Der kan tilføjes en hensigt om, at den almen medicinske klinik gennemfører videotolkede konsultationer af hensyn til tilgængelighed og kvalitet. Krav om, at adgangsforholdene skal efterleve byggelovgivningens regler, bør også gælde ved alle nynedsættelser. Som en note til afsnittet - hvor det beskrives, at den almenmedicinske klinik skal tilstræbe, at konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede m.v. - foreslås det tilføjet, at kommuner og regioner i samarbejde rådgiver lægerne mhp. at øge lægernes muligheder for at finde egnede praksislokaler, herunder at kommuner skal understøtte egnede lokaler til etablering af almenmedicinske tilbud, der både øger handicap-tilgængelighed samt giver mulighed for etablering af større faglige fællesskaber/praksispersonale, studerende mv.
3.4. Samarbejde	Flere steder i opgavebeskrivelsen lægges der op til, at tværsektorielle videokonferencer kan styrke samarbejdet og sammenhængen i patientforløbene på tværs af aktører. En analyserapport fra Medcom fra oktober 2025 beskriver, at det tekniske og praktiske omkring at afholde videokonferencer endnu ikke er på plads. Det er endnu ikke muligt at kunne sende og modtage aktive links (videolinks) både i eget og samarbejdspartners fagsystem via korrespondancemeddelelser, som er den vanlige kommunikationsvej parterne imellem.

	Tolke kan fx heller ikke benytte denne løsning, da deres systemer ikke er certificeret til at anvende korrespondancemeddelelser. Medcom har til opgave at udvikle en Aftale Service, for de parter som anvender VDX-løsningen som videoklient, men denne løsning forventes først klar til implementering ultimo 2027.
3.4.2 samarbejde med sygehuse, speciallæger og øvrig praksissektor	Der savnes et større og mere bindende fokus på en udvikling af det almenmedicinske tilbuds rolle i samarbejdet med og sammenhængen til sygehusvæsenet, herunder at det almenmedicinske tilbud er bredere end kun "i relevant omfang indgår i samarbejde med sygehusafdelinger om komplekse patientforløb". Det almenmedicinske tilbud bør i langt højere grad end i dag være en integreret del af det samlede patientforløb. Samarbejdet med det præhospitalt område, herunder særligt lægevagten, bør fremhæves, hvor der er særligt potentiale for samarbejde om bedre overgange for borgerne, særligt på tidspunktet mellem dag- og vagttid. Det fremgår, at almen medicinske tilbud skal sikre tilgængelige journalnotater og opdaterede diagnosekort. Det anbefales, at boksen fx suppleres med følgende: "<i>Det almenmedicinske tilbud skal i forbindelse med henvisning eller indlæggelse sikre, at FMK er afstemt</i>". Der mangler fokus på samarbejde med den øvrige praksissektor i komplekse patientforløb (i lighed med samarbejde med sygehusene) Fx bør der i den sidste sætning i den blå boks tilføjes "<i>og øvrig kontakt i sundhedsvæsenet</i>" efter sygehuskontakt.
3.5.1 kompetencer	Der henvises til, at der skal være adgang til almen medicinske kompetencer, i det omfang, det er beskrevet i afsnit om "basal tilgængelighed". Speciallægens tilstedeværelse er imidlertid ikke beskrevet i dette afsnit, kun at der skal være adgang til "den almen medicinske klinik" og "relevant sundhedsfagligt personale". Formuleringen om at der skal være "<i>Faste speciallæger i almen medicin fysisk tilstede i et omfang, der modsvarer patientpopulationens størrelse og behov</i>". Det opfordres til at tydeliggøre, at der skal være en fast læge til stede i klinikens åbningstid.

3.5.2 Udstyr	Formuleringen i afsnittet om at: <i>"Udstyret skal afspejle de opgaver, der forventes varetaget"</i> er uklar i forhold til hvilke konkrete opgaver, det er, og forventningen til udstyr er dermed også uklar. Der mangler en liste over hvilket udstyr, der må forventes at være tilstede, og dermed hvilke konkrete opgaver, det almen medicinske tilbud forventes at udføre og varetage, herunder diagnostiske undersøgelser. Der kan evt. tages udgangspunkt i DSAMs liste over udstyr i "opgaverne for almen praksis". Det er svært at gennemskue meningen med formuleringen om, at "udstyret ikke må udgøre en begrænsning for ...basal tilgængelighed eller rettidig behandling", og kan med fordel omformuleres eller udgå.
3.5.3 kvalitetsudvikling og forskning	Det kan med fordel suppleres med, at der også skal arbejdes med kvalitet i et tværsektorielt perspektiv. Det er i fokus dag i de klyngepakker, KIAP udarbejder. Det er positivt, at basisfunktionen indeholder krav om, at klinikken skal offentliggøre resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelserne og krav om at klinikken skal arbejde med kvalitet for at understøtte populationsomsorg. Men der mangler sammenhæng til den regionale faglige ledelse - f.eks. krav om at klinikkerne skal levere data til de nationale løsninger/register eller stille data til rådighed for sundhedsråd/den regionale faglige ledelse. Det fremgår af afsnittet, at <i>"Klinikken er forpligtet til at indgå i en kvalitetsklynge..."</i> Der er behov for, at der også fremadrettet er en løsning for de klinikker, der ikke er velkomne i allerede etablerede klynger, alternativt, at klyngerne forpligtes til at rumme alle almenmedicinske klinikker.
3.5.4 Uddannelse og videreuddannelse af læge	Afsnittet kan med fordel spejle myndighedsansvaret, således at teksten ændres til, at det almen medicinske tilbud er kollektivt forpligtet til at bidrage til uddannelse og videreuddannelse af læger". Der skelnes mellem obligatorisk og selvvalgt efteruddannelse. Dette adskiller sig ikke umiddelbart fra nuværende praksis, hvor regionernes mulighed for at påvirke og følge op på og lægernes efteruddannelse er begrænset. Der ses ikke bedre muligheder for at sikre, at den enkelte læge reelt gennemfører obligatorisk efteruddannelse. Der bør kunne følges op på den enkeltes læges efteruddannelse.

	I andet afsnit bør det præciseres, at tutorlæger og tutorpraksisser i speciallægeuddannelsen godkendes af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse, og at vilkårene fastsættes efter aftale mellem parterne.
3.6 Opgaver i relation til udvalgte målgrupper	Det beskrives, at det er den kommende honorarstruktur, som vil give almenmedicinske tilbud mere tid til patienter med høj sygdomstygde. Det bør her tilføjes, at det både er honorarstrukturen og differentierede minimumspatient-tal, der vil give almenmedicinske tilbud mere tid til patienter med høj sygdomstygde, eftersom ingen af delene kan stå alene. Det fremgår af opgavebeskrivelsen, at de beskrevne opgaver varetages af nogle praksis nu, og indføres i basisfunktionen pr. 1. januar 2027, efter aftaler i 2026. Det fremgår samtidig af teksten, at "Det er regionens ansvar at understøtte implementering af opgaverne i takt med, at der bliver kapacitet til det". Denne formulering gør det uklart, om alle almen medicinske klinikker skal varetage opgaven som en del af basisfunktionen pr. 1. januar 2027, eller om det kun er nogle klinikker. Det er ligeledes uklart, hvem der definerer, om der er kapacitet til opgaverne.
3.6.2 Udredning af demens	DSAM er i gang med en vejledning, som har været længe undervejs. Det er vigtigt at denne bliver færdig inden de skal almenmedicinske tilbud skal overtage opgaven. Tidsmæssigt betyder det, at anbefalingerne vil kunne udrulles fra 2027, mens 2026 vil være forberedelse i form af efteruddannelse, mv. Der bør være fokus på, hvor mange flere patienter, der udredes i almenmedicinsk tilbud. Danske Regioner og/eller Sundhedsstyrelsen bør sikre en monitorering heraf.
3.6.3 Opfølgning efter kræftforløb	Sundhedsstyrelsen er i gang med at udarbejde et papir om "Ansvar for indsatser til senfølger i forbindelse med kræft", som forventes færdiggjort inden årets udgang. Der skal heri være tydelighed om de almenmedicinske tilbuds opgaver og ansvar.
Bemærkninger til afsnit 4: Udvikling og ændret opgavevaretagelse	
Introduktion	Generelt må der gerne være større fokus på de muligheder for samarbejde og opgaveflytning, der kan være til andre ydere i praksissektoren f.eks. fysioterapeuter og psykologer. Der savnes ligeledes en klar stillingtagen om, hvorvidt der er opgaver, som de almenmedicinske tilbud ikke skal løse i dag fx arbejde ift. sundhedsforsikringer.

	Det bør i takt med, at initiativerne under de enkelte sigtelinjer realiseres være tydeligt, i hvor høj grad det almenmedicinske tilbud selv har et ansvar for at udvikle deres opgaver i forhold til behovene hos patienter og samarbejdspartnere.
4.1.4. Bedre brug af ressourcer	Opgavebeskrivelsen bør sætte retningen her. Listen bør udvides og der skal være en klar implementeringskadence. Afsnittet indeholder gode eksempler, men der kan med fordel gives endnu mere fokus på mulighederne for at flytte flere opgaver til det øvrige primære sundhedsvæsen, eksempelvis privatpraktiserende psykologer, fysioterapeuter, fodterapeuter mv., eller til kommunerne. Ud over at ressourcerne i almenmedicinske tilbud skal anvendes hensigtsmæssigt, er det også nødvendigt at anvende dem bæredygtigt. Heri ligger, at der ikke bliver brugt ressourcer, som medvirker til unødvendigt forbrug eller unødvendige undersøgelser, processer eller behandlinger, som også skaber meraktivitet og -forbrug andre steder i sundhedsvæsenet. Et mere bæredygtigt forbrug af sundhedsvæsenets ressourcer bidrager både til et mere robust sundhedsvæsen, et lavere klimaftryk og en bedre forsyningssikkerhed. Dette aspekt kunne nævnes.
4.1.5. Øget brug af data og digitalisering	I forhold til digitalisering bør der være et særligt hensyn til, at det sikres, at udviklingen sker på en koordineret måde, sådan at interaktionen mellem forskellige systemer sikres. Derudover at fokus er på at sikre, at det så vidt muligt ikke påvirker den tid, som anvendes til klinisk arbejde. Det bør sikres, at relevante data er tilgængelige for alle aktører omkring patienten, herunder også ift. kvalitetsudvikling og tilrettelæggelsen af indsatser og patientforløb. Sundhedsreformens vision om en digital fordør bør nævnes, da den med stor sandsynlighed til favne særligt almen praksis (og lægevagten).
4.1.6 Styrket kvalitetsudvikling og forskning	Det foreslås, at afsnittet suppleres med følgende udviklingsområde: Udvikling af fælles digitalt patientinformationsmateriale (fx digitale patientvejledninger og digitale forløbsguides) på tværs af almenmedicinske klinikker og hospitaler med henblik på digital understøttelse af patienters egenomsorg og mestringsevne.
Bemærkninger til afsnit 5: Implementering, opfølgning og plan for opdateringer	
Introduktion	Generelt bemærkes det, at der stadig er uklarhed omkring regionens muligheder for rent faktisk at implementere opgave-

	beskrivelsen, idet indholdet af den kommende honorarstruktur og den nye nationale aftale for de almenmedicinske tilbud endnu ikke kendes. Regionerne forudsætter, at den reviderede honorarstruktur skal understøtte, at intentionerne i opgavebeskrivelsen kan implementeres. Regionerne består af områder med meget forskellige strukturelle forudsætninger. Det gælder både den geografiske nærhed til sygehusfunktioner, kommunernes kapacitet og rekrutteringssituation, tilgængeligheden af sundheds- og omsorgspersonale samt forskelle i befolkningssammensætning og sygdomsbyrde. Disse variationer har afgørende betydning for, hvilke muligheder almen praksis lokalt har for at løfte opgavebeskrivelsens krav og for at indgå i det tværsektorielle samarbejde, som basisfunktionen forudsætter. Når de lokale rammer varierer så markant, er der en reel risiko for, at kvalitet og tilgængelighed svækkes i de områder, hvor borgere i forvejen har de største behov – særligt blandt sårbare grupper, der ofte har svært ved at navigere i et komplekst sundhedsvæsen. Det anbefales derfor, at opgavebeskrivelsen mere tydeligt adresserer, hvordan disse forskelle skal håndteres nationalt.
5.1. Implementering	Implementeringen af den nationale opgavebeskrivelse indledes i perioden frem mod 1. januar 2027. Der bør tages stilling til, hvordan implementeringen påbegyndes i 2026, når områder i 2026 er reguleret af en anden lovgivning, og hvor der fortsat vil være den nuværende overenskomst, der vil være gældende. Sundhedsdatastyrelsens ansvar for at genbesøge og beregne sygdomsvægte og vejledende minimumspatienttal samt leveringen af dette materiale til regionerne bør nævnes, når regionernes ansvar for planlægning og kapacitetsstyring pba. fordelingsmodellen bringes op.
5.1. Opfølgning	I forhold til opfølgning på og evaluering af implementeringen forekommer det uklart, hvad kriterierne og målepunkterne er, herunder om det kan/skal kunne medføre ændringer i opgavebeskrivelsens krav. Vedrørende krav om ICPC-kodning i det almenmedicinske tilbud findes dette for grundlæggende nødvendigt for i tilstræk-

	kelig grad at kunne følge aktiviteten, planlægge og tilrette-lægge patientforløb samt implementere nye opgaver i det almenmedicinske tilbud. Det bør overvejes om ikke også denne kodning også skal gælde for de opgaver som ligger ud over basisfunktionen – f.eks. lægevagt.
5.2.1 Registrering og indberetning af data	Afsnittet om etablering af datainfrastruktur mv. bør tage højde for det arbejde, der lige nu foregår i SDS i programmet "Data fra det nære sundhedsvæsen" mv. Adgangen til data er en forudsætning for at kunne bedrive faglig ledelse. Datadeling og granuleringsniveau er fortsat mangelfuldt beskrevet. Eksempelvis anvendes formuleringer som "være hensigtsmæssigt" og "kan det være nødvendigt med registrering, der ikke direkte er en del af den kliniske arbejdsgang". Det er afgørende, at praksis integrerer systematisk ICPC-kodning i den kliniske hverdag for at kunne arbejde proaktivt med patientpopulationer og dele data på tværs - uanset den nye honorarstruktur. Det bør beskrives, hvem der har ansvaret for implementering og opfølgning herpå. Det opfordres til at opgavebeskrivelsen omfatter at dataopsamling fra almen praksis skal ske på en måde, som gør det muligt for regionerne at anvende data til planlægning, udvikling, kvalitetsopfølgning og opfølgning på nationalt formulerede mål og indikatorer mv. Den faglige ledelsesopgave, som i udgangspunktet placeres i Sundhedsrådsregi, skal ligeledes understøttes af relevante data. Der gøres opmærksom på, at data i de almenmedicinske tilbud registreres via honorarkoder og alternativ ICPC-koder. Lægevagtsordninger, der er drevet af regionerne, har ikke denne registrering, hvorfor der er behov for en ensartethed i registrerings-formen, så data kan deles og bruges på tværs. Det er vigtigt, at data fra de almen medicinske tilbud deles glidningsfrit med lægevagtsordningerne, således, at lægevagten kan se borgerens journal, når lægevagten kontaktes. Her er der især tale om behandlingsniveauer fx ift. borgere på plejehjem, alle former for fravalg af genoplivning mv. Data

	skal være umiddelbart tilgængelig, når kontakten bliver foretaget, så vagtlægen ikke skal slå op i fagsystemer, men får oplysningerne præsenteret automatisk.
--	---

Sundhedsstyrelsen
Islandsbrygge 67
2300 København S

E-mail: fopssst@sst.dk , cc: hesap@sst.dk

Høringssvar vedr. National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast til National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud, som er udarbejdet med afsæt i Aftale om sundhedsreform 2024.

Vi bakker grundlæggende op om sundhedsreformens ambition om at skabe større ensartethed og høj kvalitet i de almenmedicinske tilbud på tværs af landet. Et centralt formål med opgavebeskrivelsen er netop at etablere en national ramme, der skal sikre, at borgere – uanset geografi og klinikkens organiseringsform – kan modtage almenmedicinske tilbud af ensartet og høj kvalitet. Dette er en vigtig og nødvendig målsætning, som vi fuldt ud deler.

Det fremsendte udkast understøtter imidlertid ikke denne ambition i tilstrækkelig grad. Opgavebeskrivelsen fremstår meget overordnet og mangler tydelige afgrænsninger, konkrete beskrivelser af opgaver og funktioner samt de præciseringer, der er nødvendige for at fungere som et reelt nationalt styrings- og udviklingsredskab. Uden en sådan tydelighed er der risiko for, at opgavebeskrivelsen ikke i praksis vil kunne bidrage til at sikre den ensartede kvalitet og lige adgang til almenmedicinske tilbud, som sundhedsreformen lægger op til.

Nedenfor vil vi derfor uddybe en række forhold, hvor opgavebeskrivelsen efter vores vurdering bør styrkes og konkretiseres, herunder basisfunktionens indhold, forankring af patientperspektiv, ledelse og governance og det Faglige Råds rolle, for dermed bedre at kunne indfri reformens overordnede intentioner.

Uklar basisfunktion med manglende afgrænsning og konkretisering

I opgavebeskrivelsen angives det, at dens formål er at fungere som "et fagligt udviklings- og styringsredskab, der beskriver og afgrænser de samlede opgaver, som almenmedicinske tilbud skal varetage" (S. 7). Et sådant redskab forudsætter et grundlag, der er tilstrækkeligt tydeligt og afgrænset til at kunne understøtte styring, prioritering og opfølgning. I det fremsendte udkast fremstår der imidlertid en betydelig afstand mellem denne forventning og det konkretisationsniveau, der er lagt frem. Det kommer tydeligt til udtryk ved beskrivelsen af basisfunktionen, der på flere centrale områder er beskrevet på et så overordnet niveau, at dens anvendelighed som styrings- og udviklingsredskab bliver begrænset.

Dato:
5. december 2025

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
ml@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/8

Det fremgår af opgavebeskrivelsen, at det "fastlægger de overordnede faglige krav og forventninger til opgaveløsning, mens den konkrete tilrettelæggelse og udførelse fortsat bygger på gældende faglige standarder og kliniske retningslinjer" (S. 7). Det er Danske Patienter enige i. Det afgørende er, at basisfunktionens beskrivelser af funktioner og opgaver, som alle almenmedicinske tilbud skal leve op til, er beskrevet så bredt og upræcist, at den ikke lever op til egen rammebeskrivelse om at skulle beskrive, afgrænse de samlede opgaver og fastsætte krav.

Denne uklarhed er særlig problematisk i et sundhedsvæsen under omstilling, hvor flere opgaver forventes flyttet til almen praksis. Når kapaciteten i almen praksis skal udvides, og nye opgaver skal fordeles, er det afgørende, at rammerne for basisopgaven er klart defineret. En bred og uafgrænset basisfunktion øger risikoen for uens implementering, variation i kvalitet og utydelige forventninger til både klinikker, regioner og kommuner. Det giver ringere forudsætninger for at sikre lige adgang til almenmedicinske tilbud og ensartet kvalitet på tværs af landet.

Forebyggelse

Afsnittet om forebyggelse rummer en række klare og velformulerede beskrivelser af de specifikke forebyggelsesindsatser, herunder svangreundersøgelser, sundhedsydelse for børn og unge, vaccinations- og screeningsprogrammer samt de målrettede sundhedstjek for borgere på botilbud og for patienter med svær psykisk sygdom. Disse opgaver fremstår med et tydeligt indhold og afgrænsning, som giver et godt udgangspunkt for at skabe ensartethed på tværs af landet.

Dette står i kontrast til beskrivelsen af de generelle forebyggelsesopgaver, såsom tidlig opsporing, forebyggelsessamtaler, støtte til egenomsorg og henvisning til kommunale tilbud, som er formuleret på et meget bredt og overordnet niveau. Her fremgår det ikke klart, hvilke forpligtelser der gælder, hvilke patientgrupper der er omfattet, eller hvordan indsatserne skal følges op. Når de generelle forebyggelsesopgaver ikke beskrives med samme tydelighed som de specifikke, opstår der en reel risiko for variation i kvaliteten af forebyggelsesindsatsen mellem klinikkerne.

Danske Patienter anbefaler derfor, at opgavebeskrivelsen i højere grad afspejler samme tydelighed og afgrænsning for de generelle forebyggelsesopgaver som for de specifikke. Dette vil styrke muligheden for at sikre ensartet forebyggelse i alle almenmedicinske tilbud.

Demens

Demens er et af de få områder, der er nævnt eksplicit i basisfunktionen, men beskrivelsen fremstår meget snæver og giver ikke et tilstrækkeligt grundlag for en sikker og ensartet udredningsopgave i det almenmedicinske tilbud. Det fremgår, at det almenmedicinske tilbud "skal udrede og behandle patienter med demenssygdom, hvor specialiseret udredning ikke vurderes at ville ændre behandling eller indsatser" (S. 30). Denne formulering er imidlertid ikke i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger, hvor vurderingen af udredningsniveau beror på en række kliniske parametre og en faglig stratificering – ikke alene på, om specialiseret udredning forventes at ændre behandling.

Det fremgår heller ikke tydeligt, hvilke forudsætninger der skal være til stede for, at det almenmedicinske tilbud kan varetage en udredningsopgave af denne kompleksitet. Opgavebeskrivelsen nøjes med

at angive, at klinikken kan kontakte de regionale demensenheder "ved behov" (S. 31). Dette er i praksis ikke tilstrækkeligt. Ifølge de faglige anbefalinger bør almenmedicinske tilbud have let adgang til både relevante parakliniske undersøgelser og løbende sparring med de specialiserede demensenheder, særligt når der skal tages stilling til den ætiologiske diagnose.

Side 3/8

Opgavebeskrivelsen lægger op til at flytte en kompleks og specialiseret opgave til almen praksis, uden at det tydeliggøres, hvilke kompetencer, understøttende funktioner, data- og kvalitetskrav der skal være på plads for at sikre en fagligt forsvarlig opgavevaretagelse. Uden sådanne forudsætninger er der risiko for betydelig variation og uens kvalitet i forløbene for mennesker med demens – i modstrid med sundhedsreformens intentioner.

Basal palliation

Det er positivt, at opgaven vedr. basal palliation nævnes eksplicit, men beskrivelsen er på et meget overordnet niveau. Det fremgår eksempelvis ikke, hvilke patienter der er omfattet af opgaven, hvad der konkret forstås ved "livstruende sygdomme" (S. 22), eller hvornår i et forløb den palliative forpligtelse træder i kraft. I praksis er der mange forskellige forståelser, og denne manglende præcisering skaber stor uklarhed og risiko for betydelig variation i praksis.

Danske Patienter anbefaler derfor, at opgavebeskrivelsen tydeliggør, hvilke patienter og situationer der er omfattet af den basale palliative indsats, hvad forpligtelsen indebærer, og hvordan der sikres en ensartet tilgang på tværs af almenmedicinske tilbud.

Koordination og kontinuitet

Som en central del af sundhedsreformen tillægges almenmedicinske tilbud en tydeligere tovholderrolle for sårbare og komplekse borgere. I det fremsendte udkast mangler der imidlertid en klar beskrivelse af, hvad denne tovholderrolle indebærer konkret, og hvilke redskaber klinikkerne skal have til rådighed for at løfte opgaven.

For at styrke koordinationen på tværs af sektorer er der behov for understøttende systemer. Dette kan bl.a. være tidstro, relevante nøgledata der understøtter overblikket over patientens forløb på tværs af sygehus, kommune og almenmedicinske tilbud. Der er også behov for støtte til den opsøgende rolle, så klinikkerne mere systematisk kan identificere, følge op på og koordinere indsatser for patienter med behov for særlig opmærksomhed.

Fysisk tilgængelighed

Adgangen til almenmedicinske tilbud skal kunne fungere for alle patienter, også for dem med betydelige fysiske funktionsnedsættelser. I basisfunktionen omtales fysisk tilgængelighed imidlertid alene som noget, klinikkerne bør "tilstræbe" (S. 25). En sådan formulering giver ikke et tilstrækkeligt grundlag for at sikre reel og lige adgang til almenmedicinske tilbud. Når tilgængelighed ikke beskrives som en konkret forpligtelse, skabes der både risiko for betydelig variation og for, at patienter fortsat vil opleve barrierer i kontakten til almenmedicinske tilbud.

Danske Patienter anbefaler derfor, at opgavebeskrivelsen indeholder tydeligere krav til fysisk tilgængelighed eller som minimum krav om

tilgængelige alternativer, herunder hjemmebesøg og videokonsultationer, hvor fysisk adgang ikke kan etableres.

Samarbejde

Side 4/8

Basisfunktionen fastslår, at almenmedicinske tilbud skal samarbejde med kommunale og regionale aktører for at skabe sammenhæng i patienternes forløb. Beskrivelsen af samarbejdsopgaven er dog flere steder formuleret så bredt, at den i praksis ikke giver et fælles afsæt for, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal fungere.

Formuleringen vedrørende, at "den almenmedicinske klinik skal indgå i forpligtende samarbejde med kommuner om indsatser og planlægning af fælles forløb, herunder være tilgængelig for faglig sparring og rådgivning om konkrete patienter" (S. 26), illustrerer udfordringen. Det fremgår ikke, hvilke typer af patienter dette omfatter, hvordan samarbejdet skal initieres, hvilke oplysninger der skal deles, eller hvilke forventninger der stilles til kommunen som modpart. Også krav om tilgængelighed fx at klinikken "skal være tilgængelig for kommunalt plejepersonale via elektroniske korrespondancer" (S. 26) er alene rettet mod almenmedicinske tilbud, mens der ikke er tilsvarende krav til kommunerne om svarfrister, koordination eller gensidig tilgængelighed.

Denne uklarhed kan have særligt stor betydning i forløb, hvor almenmedicinske tilbud har behov for tæt inddragelse af højt specialiseret viden, eksempelvis fra regionale vidensmiljøer eller specialiserede funktioner i forbindelse med mere komplekse eller sjældne sygdomme. For sådanne patientgrupper er adgang til specialiseret rådgivning en central forudsætning for kvalitet og sammenhæng, og det er derfor vigtigt, at opgavebeskrivelsen også tydeliggør samarbejdsfladerne og de gensidige forventninger mellem almenmedicinske tilbud og de specialiserede enheder.

Med uklarheden skabes der hverken klare roller eller et fælles ansvar for samarbejdet. Tværtimod risikerer opgavebeskrivelsen at fastholde den asymmetri, som allerede præger samarbejdet i dag, hvor kontinuiteten i komplekse forløb i høj grad afhænger af lokale relationer, ressourcer og kommunale og regionale prioriteringer. For at opgavebeskrivelsen kan fungere som et reelt styringsredskab, bør samarbejdsafsnittet tydeliggøre, hvilke konkrete situationer og patientgrupper samarbejdet omfatter, og hvilke forpligtelser der påhviler både kommuner og regioner.

Danske Patienter anbefaler derfor, at samarbejdsafsnittet revideres med tydeligere, gensidige krav til både almenmedicinske tilbud, kommuner og regioner herunder klare krav til, hvem der har ansvar for hvad, hvornår og hvordan tværsektorielle kontakter initieres og følges op.

Kompetencer

Opgavebeskrivelsen stiller generelle forventninger til, at almenmedicinske tilbud skal kunne håndtere et bredt spektrum af patientgrupper. For at kunne løfte opgaven over for både de store patientgrupper med almindeligt forekommende sygdomme og de mindre patientgrupper med komplekse eller sjældne tilstande er det nødvendigt, at kompetenceudviklingen i almenmedicinske tilbud understøttes systematisk.

Det forudsætter både adgang til opdateret, diagnosespecifik viden herunder de faglige ressourcer og vidensmiljøer, som eksempelvis Lægehåndbogens sjældne-artikler udgør for at omfatte de mere sjældne

tilstande, og en systematisk udvikling af kompetencer inden for de sygdomsområder, der fylder mest i almen praksis, så almenmedicinske tilbud har kompetencer for både de store og mere sjældne patientgrupper.

Opgaver i relation til udvalgte målgrupper

Side 5/8

Danske Patienter ser etableringen af kronikerpakker og de tilhørende patientrettigheder som et vigtigt skridt mod mere ensartede forløb for de patientgrupper, der er omfattet. Sideløbende er det vigtigt, at der også er klare forventninger for de patientgrupper, som ikke berøres af pakkeforløbene, men som fortsat udgør en stor del af de almenmedicinske opgaver.

For den kronisk syge patient og deres pårørende, bør det samtidig fremgå tydeligere, at de almenmedicinske tilbud har en central opgave i at sikre patienter og pårørende adgang til relevant viden, rådgivning og lokal behandling samt at forebygge yderligere sygdom og funktionsnedsættelse. Dette er afgørende for, at mennesker med kroniske sygdomme kan bevare sundhed og funktionsevne gennem livet, også når deres sygdomme ligger helt eller delvist uden for pakkeforløbene.

For en række hyppigt forekommende sygdomme fremgår det desuden ikke tydeligt af opgavebeskrivelsen, hvilke krav og forventninger der gælder for opfølgning, behandling og eventuel viderevisitation, der skal sikre en ensartet indsats på tværs af landet. Når rammerne er uklare, øges risikoen for variation i praksis og for, at patienter enten ikke får den nødvendige kontinuitet eller ikke bliver visiteret videre, når der er behov for specialistindsats. Det må derfor samtidig sikres, at den samlede kapacitet i de almenmedicinske tilbud er tilstrækkelig til både at løfte opgaverne i pakkeforløbene og fastholde et højt fagligt niveau for de mange patienter, der ikke er omfattet af dem.

Desuden er det afgørende, at opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud også medvirker til anvendelse og implementering af allerede etablerede samarbejdsprocesser såsom Sundhedsstyrelsens "Generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med sjældne sygdomme", hvorfor anvendelsen af denne eksplicit bør indgå i opgavebeskrivelsen for de almenmedicinske tilbud. Denne skal udmøntes i konkrete diagnosebeskrivelser, der aktivt kan anvendes til at skabe sammenhæng også til de almenmedicinske tilbud.

Fraværende patientperspektiv

Opgavebeskrivelsen har som ambition at skabe et mere sammenhængende og ensartet almenmedicinsk tilbud. Denne ambition kan imidlertid ikke realiseres uden et tydeligt patientperspektiv. I opgavebeskrivelse er patientens rolle, oplevelse og udbytte af indsatsen kun i meget begrænset omfang beskrevet, og dokumentet forholder sig primært til, hvad almenmedicinske tilbud og regionerne skal organisere og ikke til, hvordan dette skal komme patienterne til gavn.

Der henvises kun sporadisk til patientoplevelse kvalitet, fælles beslutningstagning og anvendelse af beslutningsstøtteværktøjer. Det fremgår heller ikke, hvordan opgavebeskrivelsen understøtter patienters mulighed for at navigere i deres eget forløb, få rettidig hjælp eller opleve sammenhæng mellem kontakterne i sundhedsvæsenet. Dermed mangler dokumentet en beskrivelse af, hvad borgerne og patienterne reelt skal kunne forvente af almenmedicinske tilbud.

Fraværet af et eksplicit patientperspektiv gør det vanskeligt at vurdere, hvordan opgavebeskrivelsen understøtter målsætningerne i sundhedsreformen om mere lige adgang, bedre sammenhæng og høj kvalitet. Uden at beskrive, hvordan opgavebeskrivelsen skal styrke patienternes oplevelse af kvalitet, bliver formålet uklart. Det gælder særligt for patienter med kroniske sygdomme, psykiske lidelser eller nedsat sundhedskompetence, som er afhængige af, at almenmedicinske tilbud arbejder systematisk med samarbejde, kommunikationen og fælles beslutninger.

Side 6/8

Danske Patienter anbefaler derfor, at patientperspektivet tydeliggøres på tværs af opgavebeskrivelsen, herunder hvordan kravene til opgavevaretagelse forventes at bidrage til bedre patientoplevelse af kvalitet, mere inddragelse og større sammenhæng for patienterne. Der bør desuden indarbejdes en klar beskrivelse af, hvordan patienternes oplevelser og erfaringer systematisk skal bruges til at udvikle og følge op på kvaliteten i de almenmedicinske tilbud.

Ledelse og governancen – behov for tydeligere præciseringer

Det er positivt, at opgavebeskrivelsen placerer en relativ klar ramme for ledelsesansvaret hos regioner for de almenmedicinske tilbud herunder ansvaret for planlægning, kapacitet, tværsektorielt samarbejde og faglig udvikling. Det er ligeledes positivt, at det fremgår, at regionerne har ansvar for at understøtte den lokale faglige ledelse og samarbejdet mellem almenmedicinske tilbud, sygehuse, kommunale indsatser og særlige funktioner.

Opgavebeskrivelsen giver imidlertid ikke et tilstrækkeligt klart billede af, hvordan dette ledelsesansvar konkret skal udøves i forhold til selvstændige almenmedicinske klinikker, og hvilke indikatorer og redskaber til opfølgning, som regionerne reelt forventes at anvende, der sikrer den ønskede ensartet kvalitet.

Danske Patienter anbefaler derfor, at opgavebeskrivelsen tydeliggør, hvordan regionernes ledelsesansvar skal udøves i praksis, herunder hvilke indikatorer og opfølgningsmekanismer regionerne forventes at anvende, og hvordan disse skal understøtte en mere ensartet kvalitet i de almenmedicinske tilbud.

Faglige ledelse med udgangspunkt i det samlede sundhedsvæsen

Det fremhæves i opgavebeskrivelsen, at den faglige ledelse skal udøves "med afsæt i indsigt i det almenmedicinske speciale og i klinikkernes konkrete vilkår og praksis" (S. 10). Danske Patienter finder denne formulering for snæver i forhold til de mål, sundhedsreformen sætter for et mere integreret og sammenhængende sundhedsvæsen. Faglig ledelse i almenmedicinske tilbud bør tage udgangspunkt i indsigt i et samlede sundhedsvæsen, herunder det almenmedicinske speciale, så prioriteringer og rammer ikke alene baseres på interne forhold i praksissektoren, men på en helhedsforståelse af patientforløb, kapacitet og kvalitet på tværs af det samlede sundhedsvæsen.

Det bør derfor fremgå tydeligere, at den faglige ledelse skal baseres på en indsigt i det samlede sundhedsvæsen, herunder almenmedicinske tilbud, og ikke alene på det almenmedicinske tilbud.

Uklare roller mellem regionsråd, sundhedsråd og fagligt råd

Samtidig fremstår rollefordelingen mellem regionsrådene, sundhedsrådene og Fagligt Råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet som kompleks og til tider uklart beskrevet. Det fremgår ikke tydeligt, hvordan regionsrådenes ledelsesansvar skal spille sammen med sundhedsrådenes opgave med at styrke sammenhængende forløb, eller hvordan Fagligt Råds arbejde med kvalitet, forskning og efteruddannelse skal koordineres med regionale prioriteringer og den lokale virkelighed i almenmedicinske tilbud. Der mangler en tydeliggørelse af, hvordan disse niveauer spiller sammen i den praktiske prioritering og udvikling af almenmedicinske tilbud.

Opgavebeskrivelsen bør derfor i større grad tydeliggøre rollefordelingen mellem regionsråd, sundhedsråd og Fagligt Råd. En klar governancestruktur er afgørende for, at opgavebeskrivelsen kan fungere som et sammenhængende styringsredskab og understøtte en ensartet udvikling af de almenmedicinske tilbud.

Manglende patientinddragelse i Fagligt Råd skaber risiko for et lukket system

Danske Patienter finder det stærkt bekymrende, at Fagligt Råd, som i opgavebeskrivelsen får en helt central og gennemgående rolle i at fastlægge retningen for kliniske retningslinjer, kvalitet, forskning og efteruddannelse i almenmedicinske tilbud, er etableret uden nogen form for patientrepræsentation eller bredere inddragelse. Det er ikke i sig selv problematisk, at der skabes et nationalt fagligt råd med stor indflydelse. Det bekymrende er, at et organ med så markant indflydelse på områder, der direkte former patienternes behandling og forløb, skal arbejde uden systematisk adgang til patienters perspektiver, behov og erfaringer.

Selvom opgavebeskrivelsen nævner et rådgivende udvalg bl.a. med repræsentation af patient- og pårørendeorganisationer, er det udelukkende i forbindelse med tekniske opdateringer af opgavebeskrivelsen og basisfunktionen. I Opgavebeskrivelsen fremgår det ikke, hvordan det rådgivende udvalg skal bringes i spil i relation til udviklingen af kvalitet, efteruddannelse, kliniske retningslinjer og forskningsprioriteringer.

Som det står nu, fremstår det som om Fagligt Råd alene får kompetencen til at pege på, hvilke kliniske retningslinjer der skal udvikles og opdateres, hvilke efteruddannelsestemaer der er behov for, og hvilke forskningsområder der bør prioriteres uden nogen form for struktureret mulighed for input eller forslag fra patienter, patientforeninger eller andre bredere aktører. Når det rådgivende udvalg ikke tildeles en klar rolle i dette arbejde, og der ikke etableres en kobling mellem det rådgivende udvalg og Fagligt Råd, risikerer centrale beslutninger om kvalitet, forskning og efteruddannelse at blive truffet i et snævert lukket rum.

For at opgavebeskrivelsen kan fungere efter hensigten, skal det tydeligt fremgå, hvordan det rådgivende udvalg får reel indflydelse på arbejdet i Fagligt Råd. Det kræver en klar beskrivelse af udvalgets rolle i forhold til kvalitet, kliniske retningslinjer, forskning og efteruddannelse, og hvordan dets input skal indgå i Rådets beslutninger. Det bør samtidig fremgå, om udvalget kan stille forslag til udvikling og revision af retningslinjer og efteruddannelsestilbud, så patientperspektivet ikke blot høres, men også reelt kan påvirke retningen for almenmedicinske tilbud.

Uden en sådan præcisering opstår der en reel risiko for, at centrale beslutninger om kvalitet, efteruddannelse og forskningsprioriteringer fortsat træffes uden inddragelse af patienternes erfaringer og behov.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Side 8/8

DASEM

Til rette vedkommende

DASEM takker for muligheden for at komme med høringssvar til opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud.

Vi har gennemgået materialet og har ingen kommentarer for nuværende. DASEM ser frem til samarbejdet og en fortsat involvering omkring de akutte patienter samt området mellem primær og sekundærsektor.

På vegne af DASEMs bestyrelse

Frederik Pors Klinting

Faglig Sekretær

DASEM

Til Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

Høringssvar fra Dansk Sygepleje selskab vedr. Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Dansk sygeplejeselskab (DASYS) takker for muligheden for at afgive høringssvar til opgavebeskrivelse for de almenmedicinske tilbud. Udover DASYS overordnede bemærkninger er der endvidere bemærkninger fra Fagligt Selskab for Ledende Sygeplejersker og Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker.

DASYS finder overordnet den nationale opgavebeskrivelse nytænkende og et væsentlig grundlag for den fremtidige faglige og organisatoriske udvikling af det almen medicinske tilbud. DASYS bemærke dog, at opgavebeskrivelsen i højere grad bør tænke tværfagligt og dermed tydeligt fremhæve alt sundhedsfagligt personale i almen praksis. Dette gælder bl.a.;

Punkt 2.1.3. Faglige kliniske retningslinjer, som beskrivelser udarbejdelsen af faglig kliniske retningslinjer. Her nævnes konkret kun lægefaglige selskaber, men vi finder det væsentlig, at der indtænkes Fagligt selskab for konsultationssygeplejerske og DASYS i arbejdet med de faglige kliniske retningslinjer.

Punkt 2.1.4 Uddannelse; Her starter punktet med at fremhæve at opretholdelse af nødvendige kompetence gælder både speciallæge og andet sundhedsfagligt personale. Det bemærkes dog, at man i næste afsnit kun har fokus på "*speciallæger i almen medicin, der arbejder i et almenmedicinsk tilbud, skal der være mulighed for både systematisk og selvvalgt efteruddannelse.*" Vi mener, at dette bør gælde alt sundhedsfagligt personale, dvs. fx konsultationssygeplejer, jordemoder og bioanalytikere.

Punkt 3.2.5 Koordination og 3.2.6 Kontinuitet; Koordination og Kontinuitet er nogle af plejemærkerne for at kunne tilrettelægge patientforløb af høj kvalitet. Dette gælder særligt sårbare gruppe og borgere med kroniske sygdommen. Her vil DASYS gerne fremhæve, at disse forløb i stigende grad i almen praksis varetages af konsultationssygeplejerskerne. Derfor bemærkes det at tovholderfunktionen og de koordinerede opgaver også beskrives at kunne varetage af klinikpersonalet.

Punkt 3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning og 5.2.1. Registrering og indberetning af data; Disse punkter forholder sig bl.a. til brug af systematiske data fra de almenmedicinske tilbud. Her ønsker DASYS at bemærke, at de tekniske løsninger på nuværende tidspunkt allerede åbner op for en høj grad af datadeling. Det betyder endvidere, at fokus i højere grad kan være på at understøtte indsamlingen af relevant data, der både kan bruge til at målrette en højere grad af individuelle forløb fx i de kommende kroniker forløb. Endvidere bruges i kvalitetsudvikling og forskning. Her tænkes bl.a. på brug af patientrapporterede oplysninger, som endnu ikke bruges optimalt til kvalitetsudvikling og forskning.

Punkt 5.3. plan for opdatering af opgavebeskrivelse; DASYS ønsker her, at plan for opdateringerne sker tværfagligt således, at DASYS, fagligt selskab for konsultationssygeplejersker og Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker få plads i det rådgivende råd og dermed kan bidrage med deres faglige viden i den fremadrettede tilpasninger af den nationale opgavebeskrivelse.

DASYS sender på vegne af Fagligt Selskab for Ledende Sygeplejersker følgende høringssvar;

Det Faglige Selskab for Ledende Sygeplejersker (FSLs) ønsker at bemærke, at sygeplejersker i udkastet til National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud primært omtales som "øvrigt sundhedsfagligt personale". Dokumentet rummer omfattende beskrivelser af opgaver og funktioner – herunder krav om kompetenceudvikling, kvalitetsstandarder og datalevering – men der mangler en tydelig og selvstændig beskrivelse af de kompetencer og opgaver, som de mange konsultationssygeplejersker i almen praksis varetager i dag.

I lyset af sundhedsreformens ambitioner om et mere nært, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen, er det afgørende at anerkende, at sygeplejersker allerede spiller en central rolle i varetagelsen af opgaver i almen praksis – og fremadrettet vil få en endnu større betydning. Med et stigende antal ældre, sårbare og kronisk syge borgere, der i højere grad skal behandles tættere på eget hjem, er sygeplejerskers generalistkompetencer og evne til at arbejde helhedsorienteret afgørende for at skabe kontinuitet, kvalitet og sammenhæng i patientforløbene.

Der er i mange almenmedicinske klinikker sket en betydelig og accelererende delegering af lægefaglige opgaver til sygeplejersker, herunder selvstændige konsultationer, udredning, behandling, opfølgning, forebyggelse og patientundervisning. Denne udvikling understøtter klinikkernes kapacitet, tilgængelighed og kvalitet – og sygeplejerskerne besidder allerede de kliniske og kommunikative kompetencer, der er nødvendige for at løfte disse opgaver fagligt forsvarligt. Det bør derfor tydeliggøres, at kompetencekrav og systematisk kompetenceudvikling for sygeplejersker skal beskrives og prioriteres på linje med den lægefaglige kompetenceudvikling.

Derudover er sygeplejersker i almen praksis ansat under lægelig ledelse, hvilket indebærer, at den formelle sygeplejefaglige ledelse ikke er integreret i klinikkens daglige struktur. Dette kan skabe uklarhed i forhold til ansvarsplacering, delegation og kvalitetssikring af sygeplejefaglige opgaver i henhold til Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners virksomhed. Vi anbefaler derfor, at opgavebeskrivelsen forholder sig til behovet for tydelige rammer for sygeplejefaglig ledelse og kvalitetssikring i almenmedicinske tilbud – særligt i en tid, hvor opgaveglidningen intensiveres, og sygeplejerskers rolle bliver stadig mere central for opgaveløsningen.

DASYS sender på vegne af Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker følgende høringssvar, som omhandler afsnit 3.2.4 Basal palliation;

Vi bifalder, at basal palliation fremhæves som en opgave i materialet. Det er positivt, at området anerkendes som en central del af den sundhedsfaglige indsats. Vi vil dog påpege, at beskrivelsen af basal palliation fylder relativt lidt i forhold til den betydelige plads og kompleksitet, som opgaven reelt har i praksis.

Derudover savner vi en klar og tydelig betoning af, at den basale palliative indsats skal udføres systematisk. En systematisk tilgang er afgørende for at sikre kvalitet og kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb. Det indebærer blandt andet:

- at identificering af palliative behov sker tidligt og efter ensartede kriterier
- at der arbejdes efter fælles, fagligt funderede metoder
- at dokumentation, opfølgning og evaluering indgår som faste, strukturerede elementer
- at samarbejde og videndeling på tværs af faggrupper understøttes af klare procedurer

En sådan systematik er nødvendig for at sikre, at borgere med palliative behov modtager rettidig, koordineret og helhedsorienteret støtte. Vi anbefaler derfor, at kravet om systematisk udførelse eksplicit indarbejdes i teksten og tydeliggøres som et bærende princip for den basale palliative indsats.

På vegne af DASYS' bestyrelse

Med venlig hilsen

Annesofie L. Jensen

Forperson i DASYS

Sundhedsstyrelsen

Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Sendt på mail til fopssst@sst.dk med kopi til hesap@sst.dk

Dato: 8. december 2025

DGI's høringssvar vedr. "Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud", sagsnr. 04-0302-38.

DGI værdsætter muligheden for at afgive høringssvar til opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud. Vi vil gerne rose det øgede fokus på forebyggelse, sundhedsfremme og en mere målrettet ressourceprioritering, der understøtter øget lighed i sundhed. Opgavebeskrivelsen sætter en klar strategisk retning for udviklingen af det primære sundhedsvæsen, hvor alle borgere får lettere og mere lige adgang til almenmedicinske tilbud af høj kvalitet.

Som folkesundhedsaktør i civilsamfundet ønsker DGI at bidrage aktivt til det gode samarbejde på tværs af sektorer. Vi ser et stort potentiale i yderligere styrkelse af samspillet mellem almen praksis, regioner, kommuner og civilsamfundet, herunder idrætsforeninger, som en del af den brede forebyggelse og populationsomsorg.

DGI er opmærksom på, at det nære samarbejde mellem sundhedsaktører i lokalsamfundene beskrives nærmere som et led i den nære sundhedstilrettelæggelse; fx via de kommende nærsundhedsplaner (*jf. figur 2, kap. 1.2.2, side 9*).

Samtidig vurderer vi, at opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud udgør en væsentlig forudsætning for det handlerum, der efterlades til samspil om bred forebyggelse og patientforløb med brobygning til civilsamfundet med fokus på trivsel og livskvalitet og forankring af sundhedsafgørende aktive levevaner.

DGI bemærker derfor følgende punkter i opgavebeskrivelsen:**1. Rammer om samarbejde og henvisninger mellem almen praksis og kommunale/lokale tilbud**

Opgavebeskrivelsen slår fast, at "forebyggelse og opsporing af sygdom... foregår i tæt samarbejde med kommunen og civilsamfundet." (*jf. kapitel 3, side 21, afsnit 3.2.2*). DGI hilser det velkomment, at civilsamfundet; herunder idrætsforeninger og lokale fællesskaber, anerkendes som en ressource i det forebyggende arbejde.

Vi ser dog behov for, at der udarbejdes konkrete retningslinjer for, hvordan almen praksis kan samarbejde med civilsamfundet, så potentialet udnyttes bedst muligt og med respekt for både faglighed og frivillighed. Civilsamfundet kan bidrage til at styrke trivsel, egenomsorg og sundhedsfremme, men skal ikke erstatte kommunale eller lægefaglige indsatser.

Opgavebeskrivelsen angiver, at "den almenmedicinske klinik skal henvise patienter til relevante kommunale tilbud ved indikation." (*jf. kapitel 3, side 26, afsnit 3.4.1*) Vi vil gerne understrege, at de kommunale tilbud ofte kan være integreret med tilbud i lokalsamfundet; fx gennem partnerskaber med idrætsforeninger, frivillige organisationer eller andre aktører. Kommunen er således en vigtig samarbejdspartner for almen praksis, både i forhold til at koordinere og synliggøre relevante sundheds- og forebyggelsestilbud.

Samtidig findes der også relevante tilbud i lokalsamfundet, som ligger uden for kommunalt regi. Her er det afgørende, at almen praksis har blik for, om tilbuddet matcher den rette målgruppe, og at der er de nødvendige kompetencer og ressourcer til at vurdere, om henvisning er hensigtsmæssig. Det kræver tid og faglig vurdering at sikre, at patienten får det tilbud, der bedst understøtter deres behov – uanset om det er kommunalt eller civilsamfundsbase-

Vi anbefaler derfor, at vejledninger og værktøjer til almen praksis også omfatter støtte til at navigere i både kommunale og lokale tilbud, og at samarbejdet med kommunen prioriteres som en central del af den samlede indsats for forebyggelse og populationsomsorg.

2. Ressourceudnyttelse: Civilsamfundet som supplement

Opgavebeskrivelsen beskriver: "almenmedicinske tilbud og myndigheden... kan løbende forholde sig til om der er opgaver... som mere hensigtsmæssigt kan varetages af andre aktører i eller udenfor sundhedsvæsenet, eventuelt i civilsamfundet." (jf. kapitel 4, side 34-35, afsnit 4.1.4)

Her bør det understreges, at civilsamfundet kan bidrage til sundhedsfremme og forebyggelse, men ikke erstatte nødvendig lægefaglig behandling. Samarbejdet skal ses som et supplement, hvor frivillighed og fællesskab kan styrke trivslen, men hvor ansvaret for medicinsk behandling og opfølgning forbliver i almen praksis.

Vi er særligt opmærksomme på den store og komplekse opgave, der overlades til den enkelte praktiserende læge og civilsamfundet, når populationsomsorg og samarbejde på tværs af sektorer skal balanceres. Der er risiko for knopskydning af prioriteringskriterier og samarbejdsmodeller som kan medføre manglende overblik, hvis ikke der etableres klare rammer og støtte.

For at understøtte de praktiserende læger i at vurdere, hvornår og hvordan civilsamfundet kan inddrages, bør regionen aktivt bruge de eksisterende udviklingsfora og kvalitetsklynger som fundament.

Opgavebeskrivelsen fremhæver yderligere, at kvalitetsudvikling og samarbejde i klynger, tværsektorielle samarbejdsfora og faglige netværk er centrale redskaber til at dele erfaringer, udvikle fælles retningslinjer og skabe overblik over relevante aktører og tilbud (jf. kapitel 2, side 12-13, afsnit 2.1.2–2.1.3 og kapitel 2, side 18, afsnit 2.3.3).

DGI bemærker, at disse strukturer kan bruges til at udvikle konkrete værktøjer og eksempler, der hjælper almen praksis med at navigere i grænsefladen mellem sundhedsvæsen og civilsamfund og sikre, at inddragelsen sker på et fagligt og organisatorisk velfunderet grundlag.

3. Populationsomsorg og sociale henvisninger

Metoder som sociale henvisninger bør tages i brug efter nøje overvejelse af målgruppe og behov. Der kan være en risiko for, at det især er de mindst ressourcestærke patienter, der henvises til sociale fællesskaber, hvilket kan forstærke ulighed i sundhed, hvis ikke indsatsen følges op og tilpasses individuelt.

Vi opfordrer til, at sociale henvisninger operationaliseres med fokus på at afhjælpe ulighed i sundhed, og at der udvikles guidelines, der sikrer, at patienter med størst behov får den nødvendige behandling og støtte og ikke blot henvises til civilsamfundet. Det er DGI's erfaring fra eksempelvis fritidspas til børn og unge i udsatte positioner, at det personlige følgeskab og et stærkt individuelt fokus på motivation og barrierer er afgørende for succesfuld integration i fællesskaber.

Det fremgår af opgavebeskrivelsen, at "Den almenmedicinske klinik skal yde populationsomsorg... og differentiere sundhedsindsatser, så patienter med størst behov prioriteres i den samlede opgaveløsning." (jf. kapitel 3, side 23, afsnit 3.2.7). Dertil kommer beskrivelsen af **opmærksomhed på højrisiko-patienter** og brug af data til opsporing og rettidig indsats (jf. kapitel 3, side 24, afsnit 3.2.7)

DGI bemærker, at populationsomsorg også bør indeholde fokus på betydningen af den brede midtergruppe, som ofte er ressourcestærk, men kan have gavn af et fagligt "skub i ryggen" til at tage del i sundhedsfremmende fællesskaber og aktiviteter.

Vi opfordrer til, at populationsomsorg i almen praksis også omfatter initiativer, der motiverer og understøtter den brede midtergruppe til at tage ansvar for egen sundhed; fx gennem samarbejde med idrætsforeninger og lokale fællesskaber.

DGI's perspektiv på forudsætning for succes med øget forebyggelse i fællesskab

Det er DGI's klare vurdering, at almen praksis står overfor en kompleks balancegang, når der skal arbejdes med populationsomsorg og forebyggelse i samarbejde med civilsamfundet. Civilsamfundet er en meget alsidig samarbejdspartner og lokale forhold er vidt forskellige. For at denne opgave kan lykkes i praksis, er det derfor afgørende, at der udarbejdes tydelige regionale og nationale vejledninger, som kan støtte den enkelte praktiserende læge og klinik i at navigere i de mange muligheder og grænseflader. DGI bidrager gerne til dette.

Vi anbefaler, at ansvaret for denne vejledning placeres entydigt hos regionerne under myndighedsansvaret.

Det bør omfatte at;

- udarbejde og løbende opdatere vejledninger, der konkretiserer, hvordan almen praksis kan samarbejde med civilsamfundet og kommunale aktører – herunder hvornår en opgave er en kommunal kerneopgave, og hvornår civilsamfundet kan supplere.
- sikre, at vejledningerne indeholder eksempler, modeller og gode praksisser, så almen praksis ikke står alene med fortolkningen af komplekse samarbejdsflader.
- facilitere regionale og lokale samarbejdsfora, hvor erfaringer og løsninger kan deles, og hvor der kan opbygges fælles forståelse for roller og ansvar.

DGI ser et stort potentiale i at styrke samarbejdet mellem almen praksis, kommuner, civilsamfundet og regionerne som ansvarlige myndigheder for almenmedicinske tilbud. Vi anerkender, at opgavebeskrivelsen tager vigtige skridt mod et mere sammenhængende og inkluderende sundhedsvæsen, hvor både faglighed og frivillighed kan bidrage til øget lighed i sundhed.

For at realisere ambitionerne i opgavebeskrivelsen er det afgørende, at regionerne som myndigheder tager et tydeligt ansvar for at udvikle og vedligeholde vejledninger, der understøtter almen praksis i den komplekse balance mellem professionelt ansvar og samarbejde med civilsamfundet. Kun gennem klare rammer, løbende dialog og systematisk videndeling kan vi sikre, at alle borgere får adgang til relevante og kvalificerede sundhedstilbud – og at ressourcerne udnyttes bedst muligt til gavn for folkesundheden.

DGI ser frem til at bidrage konstruktivt til det videre arbejde og til at indgå i partnerskaber, der styrker samspillet mellem sektorer og aktører i sundhedsvæsenet.

Venlig hilsen

Jeannette Juul Bossen

Chefkonsulent, Sundhed og Senior

DGI Partnerskaber & Analyse

Mobil 23 10 57 17



Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Høringssvar til National fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Sundhedsstyrelsen sendte den 18. november 2025 Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud med afsæt i Aftale om sundhedsreform 2024 til høring. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud kommer til at spille en central rolle i at gennemføre sundhedsreformen og herunder kronikerpakker. På den baggrund fremsendes hermed Diabetesforeningens høringssvar.

Diabetesforeningen bakker op om opgavebeskrivelsens formål om at fastlægge opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud. I dag ser vi desværre stor forskel på, hvor velbehandlet man kan forvente at blive med type 2-diabetes, alt efter hvor i landet man bor. Den geografiske ulighed kan tilskrives forskellige faktorer, men een af de væsentlige faktorer er kvaliteten af behandlingen af type 2-diabetes i almen praksis. I det lys er det afgørende, at den kommende opgavebeskrivelse sigter på at sikre, at mennesker med kronisk sygdom bliver tilbudt ensartet og god kvalitet i hele landet.

I dette høringssvar fokuserer vi på de områder, hvor loven vil have størst indvirkning på behandlingen af mennesker med diabetes og andre kroniske sygdomme. Det skal desuden bemærkes, at vores fokus på udvalgte områder ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for enighed i de dele af opgavebeskrivelsen, som vi ikke kommenterer konkret.

Forebyggelse og tidlig opsporing

I lyset af sundhedsreformens fokus på at holde flere borgere mere raske og undgå indlæggelser, finder Diabetesforeningen det nødvendigt, at opgavebeskrivelsen styrker sit fokus på det almenmedicinske tilbuds forebyggende rolle. Diabetesforeningen mener, at det almenmedicinske tilbud skal arbejde mere systematisk med at opspore sygdomme så tidligt som muligt og sætte ind med forebyggende indsatser over for personer i risiko for at udvikle kroniske sygdomme som fx type 2-diabetes. Vi savner derfor i opgavebeskrivelsen, at det almenmedicinske tilbuds rolle ift. systematisk opsporing og forebyggelse ift. risikogrupper tydeliggøres. Det almenmedicinske tilbud har gennem sit kendskab til den enkelte patient gode forudsætninger for at kunne opspore forstadier til eksempelvis KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom, og dette bør tydeliggøres i opgavebeskrivelsen.

Vi anbefaler desuden, at det forebyggende arbejde i det almen medicinske tilbud også omfatter brobygning til tilbud i civilsamfundet, som kan og støtte patienten i livstilsændringer, og dette bør også afspejles i opgavebeskrivelsen samt udfoldes mere indgående i kronikerpakker. Der henvises i opgavebeskrivelsen til, at forebyggelse skal foregå ”i tæt samarbejde med kommunen og civilsamfundet”, men det bør konkretiseres, hvordan dette samarbejde skal foregå.

Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom

Vi noterer os, at det almenmedicinske tilbuds rolle som forløbsansvarlig - eller tovholder - understreges både i afsnittet om pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom og andre steder i opgavebeskrivelsen. Vi forventer, at tovholderrollen og øvrige krav til det almen medicinske tilbud fsva. patienter i kronikerpakke først og fremmest beskrives indgående i hhv. den generiske og de diagnosespecifikke kronikerpakker.

For at sikre konsistens og sammenhæng på tværs af pakkeforløb og opgavebeskrivelse, bør sammenhængen mellem disse dog beskrives tydeligere i opgavebeskrivelsen. Samtidig bør tovholderrollen og øvrige krav til det almen medicinske tilbud fsva. patienter i kronikerpakke også konkretiseres yderligere i opgavebeskrivelsen. Herunder finder vi det væsentligt, at opgavebeskrivelsen også præciserer, at inden der skal lægges en personlig behandlingsplan i opstarten af et kronikerpakkeforløb, har det almenmedicinske tilbud ansvaret for at sikre henvisning til og opsamling på undersøgelser hos andre specialister/behandlere, som er nødvendige for at den almen medicinske læge får et fuldstændigt billede af patientens sygdomsbillede.

Behovsstyret behandling

Der lægges i opgavebeskrivelsen op til, at der skal ske en øget differentiering, så patienter med størst behov får den rette indsats. I afsnittet *Øget lighed i sundhed* står der endvidere, at "Der kan være potentiale i at afdække, hvordan differentieringen kan styrkes og gøres mere systematisk".

For at der kan ske en systematisk differentiering, er det nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen eller en anden myndighed udarbejder én fælles national guideline for, hvordan det almenmedicinske tilbud (og andre sundhedsprofessioner) kan arbejde med behovsvurdering/differentiering. En sådan guideline skal supplere og operationalisere den model for differentiering, som beskrives i den generiske model for kronikerpakker.

En guideline skal fx indeholde en beskrivelse af data, værktøjer og metoder man som læge i det almenmedicinske tilbud skal bruge i arbejdet med systematisk differentiering og hvordan. Det kan være en beskrivelse af, hvornår der skal bruges populationsdata til indledende stratificering, hvornår patientens kliniske data er relevante, hvordan sundhedskompetencer afdækkes mv.

Diabetesforeningen bakker op om en øget systematisk differentiering af behandlingen i sundhedsvæsenet, men uden én fælles national model - som netop sikrer systematikken og best practice alle steder - risikerer vi, at differentiering fører til nye former for ulighed i sundhed.

Diabetesforeningen bidrager gerne til det videre arbejde

Diabetesforeningen bidrager gerne med viden fra patientperspektivet til det videre arbejde med at udforme og implementere lovgivningen. Skulle ovenstående medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

8. december 2025

diabetes
foreningen



Med venlig hilsen

Eva Tingkær
Vicedirektør
Diabetesforeningen

København, den 7. december 2025

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) til Sundhedsstyrelsens forslag til national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Sundhedsstyrelsens udkast til national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud markerer et kursskifte for almen praksis. Det er første gang, at der udarbejdes en samlet national beskrivelse af opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud, og det har været en udfordrende opgave.

DSAM kan konstatere, at opgavebeskrivelsen er lykket ganske godt, når det handler om den almenmedicinske faglighed. DSAM kan grundlæggende se sig selv i det faglige indhold både hvad angår de nuværende og de nye opgaver. Fx fremhæver opgavebeskrivelsen tydeligt kontinuitet, personcentreret medicin, populationsomsorg og den praktiserende læges generalistrolle, og de nye opgaver er overordnet af stærk faglig relevans og i overensstemmelse med de almen medicinske pejlemærker.

I det følgende starter vi med vores 3 vigtigste bemærkninger. Derefter gennemgår vi opgavebeskrivelsen mere tekstnært med forslag til præciseringer og justeringer, som efter DSAM's vurdering er nødvendige, hvis opgavebeskrivelsen skal understøtte et bæredygtigt, kontinuitetsbærende almenmedicinsk tilbud.

Der er for mange nye opgaver, og de indføres for hastigt

Opgavebeskrivelsen indebærer væsentlige nye opgaver. Flere tidligere "kan-opgaver" bliver til "skal-opgaver"; forebyggelsessamtaler, ajourføring af diagnosekort, opfølgning på om børn er vaccineret, populationsomsorg, koordinationsansvar overfor særligt sårbare patientgrupper og basal palliation. Dertil tilføjes flere nye store opgaver, fx udredning af demens, opfølgning efter kræftforløb, forløbsansvar i pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom og almenmedicinske tilbud til sårbare målgrupper.

DSAM mener ikke, at almen praksis den 1/1-2027 har kapacitet og ressourcer til alle de opgaver, som opgavebeskrivelsen rummer. Uden reel kapacitet – læger, tid, personale og bæredygtige rammer – risikerer nye opgaver enten ikke at blive udført eller at opgaverne løses på bekostning af tilgængelighed, kerneopgaver og kontinuitet. Nye opgaver bør derfor indføres gradvist i takt med, at kapaciteten rent faktisk stiger. Derfor bør de nye "skal" opgaver flyttes til kapitel 4.1: Sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud.

Opgavebeskrivelsen bliver først bindende for den enkelte praksis, når økonomi og vilkår er forhandlet mellem PLO og Danske Regioner. Vi er i DSAM bekymrede for, om man kan nå i mål med at aftale alle nye opgaver. Alene det at forhandle en ny honorarstruktur – uden en ændret opgaveportefølje – vil være en stor opgave.

Ved at sætte ambitionsniveauet tårnhøjt fra starten sætter man forhandlingspartnerne i en svær situation. Det kan ende med et lovindgreb, som vil være skadeligt for rekrutteringen til almen praksis og underminere sundhedsreformen.

- **Opgavebeskrivelsen bør kun beskrive de opgaver, som almen praksis varetager i dag.**
- **Kapitel 4.1 kan beskrive de nye opgaver, som man ønsker indført i takt med, at der rent faktisk bliver flere læger – fra 2027 og 4 år frem.**
- **Opgavebeskrivelsens indhold bør kunne justeres under forhandlingsforløbet i 2026, i de tilfælde hvor dens indhold ikke viser sig muligt at gennemføre eller forhandle.**

Faglig ledelse kræver praksistilknytning og repræsentation

Regionerne får med opgavebeskrivelsen et markant styrket myndighedsansvar og en udvidet faglig ledelsesrolle. Der hviler dermed et betydeligt ansvar på regionerne. Regionsledelserne har i dag endnu ikke meget viden om den almenmedicinske virkelighed, hvilket mange i de regionale koncernledelser da også erkender. Det angives i opgavebeskrivelsen, at *"ledelsen skal ske med indsigt i det almenmedicinske speciale og klinikkernes konkrete vilkår og praksis"*. DSAM finder det afgørende, at indsigten opstår ved, at lederne er fast knyttet til en lægepraksis. Enten som deltidspraktiserende læger eller med andre kliniske funktioner.

Desuden beskriver opgavebeskrivelsen, at regionerne skal inddrage de almenmedicinske tilbud i samarbejde og tværfaglige fora.

- **For DSAM er det helt afgørende, at lægernes organisationer i form af både PLO og DSAM er repræsenteret i samarbejdet i den faglige ledelse og i tværsektorielle samarbejdsfora.**

Læger konfererer

På sygehusene er sprogbruget klart: Forvagten konfererer med bagvagten. Kardiologen konfererer med infektionsmedicinen. DSAM har talrige gange påpeget, at ordet rådgivning bør erstattes med konference. Begrebet rådgivning antyder en envejsbevægelse, men fremtidens samarbejde mellem det nære og det centrale sundhedsvæsen bør være ligeværdig og bilateralt. Det eneste, som DSAM har fået ud af indsigelserne, er, at man har tilføjet ordet sparring. Det er en dårlig løsning, og vi har i DSAM svært ved at forstå, hvorfor der ikke lyttes.

- **DSAM vil på det kraftigste anbefale, at ordene rådgivning og sparring erstattes af ordet konference. Også når fx sygeplejersker konfererer med praktiserende læger om patienten.**

1.1 Baggrund og formål

“Styrket kapacitet” er ikke det samme som investering

Det nævnes i kapitlet, at *“kapaciteten styrkes, og der kommer flere speciallæger i almen medicin frem mod mindst 5.000 læger”*, men uden at tydeliggøre, at dette forudsætter reelle investeringer i almen praksis. Det bør eksplicit fremgå, at en styrkelse af kapaciteten sker på baggrund af sundhedsreformens intention om investering i almen praksis.

Manglende beskrivelse af sagsgang for undtagelser af små klinikker

Det fremgår, at mindre klinikker i særlige tilfælde kan undtages enkelte krav i basisfunktionen og at *“Sundhedsstyrelsen definerer de helt særlige undtagelser som led i deres arbejde med basisfunktionen”*. Da arbejdet med basisfunktionen formodes at være i mål med denne opgavebeskrivelse, undrer vi os over, at man ikke har defineret de helt særlige undtagelser. DSAM anbefaler, at kriterierne for undtagelser i basisfunktionen tydeligt angives i opgavebeskrivelsen. Undtagelser bør kunne gives, når der foreligger særlige strukturelle, geografiske eller kapacitetsmæssige forhold, der gør fuld opgavevaretagelse uforholdsmæssigt byrdefuld.

DSAM foreslår følgende kriterier:

- Klinikker i lægedækningstruede områder.
- Solopraksis.
- Klinikker, hvor ejer(e) er >60 år, og generationsskifte er nært forestående.
- Klinikker i områder uden andre nærliggende praksis, de kan støtte sig op af.
- Klinikker med særligt belastede patientpopulationer.
- Klinikker med midlertidigt kapacitetsfald, hvor én læge står alene tilbage.

2.1 Faglig ledelse og samarbejde

Indsigt i det almenmedicinske speciale

DSAM anerkender formuleringen om, at *“Den faglige ledelse skal udøves med afsæt i indsigt i det almenmedicinske speciale og i klinikernes konkrete vilkår og praksis”*. Dette er imidlertid ikke tilstrækkeligt præcist. For at sikre at faglig ledelse reelt udøves med forståelse for almen praksis' arbejdsform, rammer og prioriteringer, bør der være et krav om, at læger i den regionale faglige ledelse **skal have aktiv klinisk funktion i almen praksis**.

Det er DSAM's vurdering, at faglig ledelse kun kan udøves med tilstrækkelig indsigt, hvis den ledende læge arbejder i almen praksis minimum 1–2 dage om ugen. Vi er bekendt med, at regionerne allerede har ansat læger fra andre specialer til disse funktioner, og det anbefales, at disse læger bliver organisatorisk og fagligt tilknyttet en almen praksis og har regelmæssige kliniske dage dér.

Uden en sådan klinisk forankring risikerer den regionale faglige ledelse at blive løsrevet fra virkeligheden i almen praksis, hvilket i sidste ende kan underminere både beslutningskvalitet, prioritering og opbakning til den faglige ledelse blandt de praktiserende læger.

Tæt inddragelse af de almenmedicinske klinikker

DSAM anerkender, at faglig ledelse forudsætter *"løbende dialog og tæt inddragelse af de almenmedicinske klinikker"*. Opgavebeskrivelsen beskriver imidlertid ikke, hvordan denne inddragelse sikres på en repræsentativ og legitim måde.

Beslutninger om patientforløb og snitflader mellem sygehus og almen praksis kræver fagligt ejerskab, hvis de skal have gennemslagskraft. Derfor bør opgavebeskrivelsen præcisere, at inddragelsen skal ske gennem repræsentative strukturer, herunder PLO og DSAM.

Fagligt Råds opgave med vurdering af, at opgaver er væsentlige, mangler i teksten

I 2.1 nævnes Fagligt Råd for første gang – men en væsentlig del af rådets opgaver er ikke nævnt. Nemlig at Fagligt Råd vurderer, om der er tale om væsentlige justeringer, der vil skulle medføre genforhandling af de økonomiske vilkår, når der er *"ændrede opgaver og justeringer eller øvrige krav"*.

Opgavebeskrivelsen bør eksplicit angive, at Fagligt Råd vurderer, om der er tale om væsentlige justeringer af opgaver. Dette følger af Forståelsespapiret og bør gælde:

- Ved ændringer af opgavebeskrivelsen.
- Ved justering som følge af nye nationale kliniske retningslinjer.
- Ved øvrige krav fx nye lokale opgaver.

2.1.1 Samarbejde om sammenhængende patientforløb

Opgavebeskrivelsen angiver, at regionen skal understøtte rammer for koordinering og samarbejde på tværs af sektorer, herunder *"rammer for opgavefordeling mellem det specialiserede og det almenmedicinske niveau, tydeliggørelse af roller og ansvar i patientforløb"*, og at *"Regionen skal indgå aftaler og etablere tværsektorielle samarbejdsfora, der understøtter et forpligtende samarbejde"*. DSAM deler målet om sammenhængende patientforløb, men savner en præcisering af, hvordan disse aftaler indgås.

DSAM vil her gentage, at det er afgørende, at aftaler indgås med valgte repræsentanter fra relevante lægelige organisationer, der repræsenterer de almenmedicinske tilbud.

Aftaler om opgavefordeling, samarbejdsflader og roller påvirker alle klinikker og indebærer risiko for utilsigtet opgaveflytning, øget administrativ byrde eller krav, der ikke kan efterleves i praksis. Hvis aftaler indgås med fx ansatte læger uden bagland, risikerer man at skabe forløbsbeskrivelser, som ikke er bæredygtige og savner opbakning.

2.1.2 Kvalitetsudvikling

Opgavebeskrivelsen fremhæver med rette, at kvalitetsudvikling i almen praksis bygger på refleksion i faglige fællesskaber. DSAM finder det nødvendigt at præcisere, at dette forudsætter, at kvalitetsklyngerne har **autonomi** til selv at vælge emner, metoder og prioriteringer inden for rammerne af det databaserede kvalitetsarbejde.

Motivationen og effekten af klyngearbejdet afhænger af ejerskabet og det oplevede behov hos de deltagende læger. Påtvungne emner kan reducere engagementet, mindske læringsudbyttet og fjerne den fleksibilitet, som har gjort klyngearbejdet til en succes. Vi anerkender, at når der indføres helt nye nationale opgaver, vil det være forventeligt, at de fleste klynger vælger de relevante klyngepakker, som man har aftalt i Fagligt Råd. Det bør dog fortsat være muligt for klynger, der fx allerede har arbejdet med et område på eget initiativ, ikke at blive pålagt gentagelse af allerede kendte emner.

Klyngearbejdet skal derfor bevares som et fleksibelt og praksisnært kvalitetsredskab.

DSAM anbefaler, at opgavebeskrivelsen eksplicit anerkender klyngernes autonomi og frihed til at vælge egne emner, så kvalitetsudviklingen forbliver meningsfuld og lokalt forankret.

2.1.3 Faglige kliniske retningslinjer

Her står: *"Faglige kliniske retningslinjer udarbejdes af Dansk Selskab for Almen Medicin, øvrige relevante lægefaglige specialer og aktører i det tværsektorielle samarbejde"*. Det kan forstås som om, at hvem som helst kan lave en faglig klinisk retningslinje.

Formuleringen bør ændres til:

"Faglige kliniske retningslinjer udarbejdes af Dansk Selskab for Almen Medicin, og når relevant i fællesskab med øvrige relevante lægefaglige specialer og aktører i det tværsektorielle samarbejde."

Denne ændring placerer ansvaret for almenmedicinske kliniske retningslinjer tydeligt hos DSAM og sikrer samtidig tværfagligt samarbejde, når det er relevant.

2.1.4 Efteruddannelse

I dette afsnit fremgår det, at regionens ledelsesopgave bl.a. omfatter opfølgning på kompetenceniveauet i de almenmedicinske klinikker.

Jf. Forståelsespapiret er efteruddannelse et aftalebelagt område, og her står: *"Herunder skal bestyrelsen samt Sundhedsrådene kunne få oplyst kursusaktivitet for den systematiske efteruddannelse for den enkelte praktiserende læge og aggregerede oplysninger for den selvvalgte kursusaktivitet."*

DSAM forstår dette således, at principperne for opfølgning på kompetenceniveau fastsættes i fællesskab mellem regionerne og de praktiserende læger.

Begrebet *kompetenceniveau* kan dække flere forskellige elementer:

- Systematisk efteruddannelse, selvvalgt efteruddannelse og selvstudier.
- Lægens evne til at referere og anvende det lærte.
- Implementering af læring i klinikken.
- Konkrete målepunkter i klinikken.
- Om lægerne har tilstrækkelig tid til at opnå og vedligeholde kompetencer.

Opfølgning på kompetenceniveau fungerer kun, hvis den foregår som et samarbejde mellem parterne, hvor både udfordringer og løsningsforslag bringes frem.

Klinikker, der er udfordrede i forhold til efteruddannelse eller implementering, skal have adgang til relevant støtte. Det bør være en myndighedsrettet opgave at bevare og understøtte POL-enhederne som håndholdte enheder, der kan bistå klinikker med behov for kompetenceløft.

2.2.1 Diagnostiske undersøgelser

Opgavebeskrivelsen anfører, at det ikke er hensigtsmæssigt, at alle klinikker råder over scanningsundersøgelser. DSAM finder denne formulering restriktiv og ikke i overensstemmelse med den faktiske udvikling i almen praksis. I flere regioner er point-of-care-ultralyd allerede under udbredelse via lokale aftaler, og erfaringerne viser, at dette kan styrke kvalitet, reducere unødvendige henvisninger og forkorte patientforløb.

Desuden er afsnittet ikke tilstrækkeligt visionært, idet det forsømmer at påpege, at et øget patientansvar i det nære sundhedsvæsen, fx i forhold til demens, forudsætter, at de almenmedicinske tilbud har adgang til flere diagnostiske undersøgelser.

2.2.2 Henvisninger og udskrivningsbreve

DSAM anerkender, at *"udskrivningsbreve er rettidige, kortfattede og med letforståelige beskrivelser af patientens forløb samt plan for opfølgning"*.

Det bør imidlertid fremgå af teksten, at sygehusets plan for opfølgning og epikrisernes farvekodning er en anbefaling, og at egen læge foretager en selvstændig klinisk vurdering. Opgaver løses anderledes i almen praksis, end de løses på sygehuset.

2.2.3 Faglig sparring og rådgivning

DSAM anbefaler, at afsnittet omdøbes til "Faglige konferencer" og at ordene rådgivning og sparring fjernes og erstattes af ordet konference.

2.3.1 Almenmedicinske tilbud ud over basisfunktionen

DSAM anbefaler, at opgavebeskrivelsen udtrykkeligt understreger betydningen af kontinuitet også inden for de almenmedicinske tilbud for sårbare målgrupper med særlige behov.

De organisatoriske løsninger bør understøtte, at patienten kan bevare sin egen læge, når sårbarheden ikke længere er til stede. Således kan gevinsterne ved kontinuitet også høstes på langt sigt.

Modellen er fagligt velkendt og svarer til den eksisterende struktur for fastknyttet læge til bosteder og plejehjem. Et sådant almenmedicinsk tilbud kan eksempelvis have 25 % af sin tid/funktion rettet mod sårbare borgergrupper og samtidig fungere som almen praksis for øvrige patienter.

Normtallet vil herefter skulle justeres, da det meget høje tidsforbrug, som den særligt sårbare målgruppe kræver, vil fordre et lavere patientantal, end den nuværende fordelingsmodel giver anledning til.

2.3.2 Fasttilknyttede læger på plejehjem og sundheds- og omsorgspladser

DSAM anerkender behovet for faste læger på plejehjem og bosteder, hvor kontinuitet, lokalkendskab og specialets kompetencer er centrale for kvaliteten. Dette er opgaver, som naturligt knytter sig til almen praksis.

Derimod er det en anden type opgave at være fasttilknyttet læge på sundheds- og omsorgspladser. Her kan funktionen varetages af andre speciallæger end speciallæger i almen medicin, den kan være organiseret geografisk langt fra egen læge og patientpopulationen kan variere fra dag til dag. En sådan ordning er derfor ikke nødvendigvis baseret på kontinuitet eller relationel læge-patient-kontakt.

På denne baggrund finder DSAM det ikke rimeligt, at funktionen som fasttilknyttet læge på sundheds- og omsorgspladser er en del af opgavebeskrivelsen og omfattet af en kollektiv forpligtelse. Regionen kan godt have ansvar for at oprette sundheds- og omsorgspladser, men opgaven bør alene løftes af klinikker eller læger, der frivilligt indgår aftale om dette. Det udelukker ikke, at de ansatte læger er almenmedicinere eller har fx deltidspraksis ved siden af.

2.3.3 Tværsektorielle samarbejdsfora

Vi anerkender bevarelsen af Kommunalt Lægeligt Udvalg. Vi henviser til tidligere bemærkninger om repræsentativ deltagelse og anbefaler, at man her sikrer repræsentativ deltagelse fra de kommunale lægelaug.

2.3.4 Lægevagtsordning

Opgavebeskrivelsen beskriver, at *"Lægevagtsordningen er organiseret forskelligt i regionerne, blandt andet med hensyn til graden af deltagelse af speciallæger fra de almenmedicinske klinikker"*.

DSAM har i dialogen med Sundhedsstyrelsen modtaget et mundtligt tilsagn om, at man ikke ønsker at tilbageføre lægevagtsarbejdet til en kollektiv forpligtelse i almen praksis hverken i Region Østjylland eller i nattevagten i de øvrige regioner.

Dette bør fremgå tydeligt af opgavebeskrivelsen. Almen praksis' deltagelse i lægevagten er i dag forankret i regionale aftaler og varierer betydeligt mellem landsdelene. Regionen kan godt have et myndighedsansvar for at tilvejebringe en lægevagtsordning, men lægerne bør ikke være kollektivt forpligtet, udover hvad de er i dag.

3.1 Målgruppen for almenmedicinske tilbud og specialet almen medicin

ICPC

Det anføres, at *"Der eksisterer ikke en fuldstændig oversigt over opgaver, der varetages i almenmedicinske tilbud, men det internationale klassifikationssystem ICPC kan illustrere de helbredsproblemer- henvendelsesårsager, symptomer og diagnoser der udgør hovedparten af arbejdsopgaverne"*.

Det er en beskrivelse, der ikke giver mening, da ICPC omhandler alle diagnoser, der findes. Vi anbefaler, at hele sætningen udgår.

Væsentlige justeringer

I 3.1 nævnes tillige, at opgaverne skal *"varetages med inddragelse af relevante faglige kliniske retningslinjer samt anbefalinger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen"*.

DSAM er enig heri, men teksten bør suppleres med en afgørende præcisering:

"Når nye kliniske retningslinjer, anbefalinger eller vejledninger medfører nye opgaver eller ændret opgaveomfang, vil det være Det faglige råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet, som vurderer, om der er tale om væsentlige justeringer."

Dette følger af Forståelsespapiret og er centralt for at sikre, at nye opgaver ikke indføres uden faglig vurdering, kapacitetsafklaring og hensyn til ressourcer.

3.2.2 Forebyggelse

Vaccination

Den opsøgende indsats målrettet familier, der udebliver fra vaccinationer til børn og unge, bør beskrives tydeligere. Det foreslås, at det begrænses til et telefonopkald eller en mail, og at det pointeres af, at man respekterer den enkelte families valg.

Forebyggelsessamtaler

Opgavebeskrivelsen introducerer begrebet *"forebyggelsessamtaler"* som en opgave i almen praksis. Dette er ikke en eksisterende eller defineret konsultationstype i almen praksis i dag. Forebyggelse varetages integreret i almindelige konsultationer og situationsbestemt - fx i forbindelse med årskontroller, graviditets- og børneundersøgelser eller når patienter med livsstilsudfordringer henvender sig med nye symptomer. At beskrive *"forebyggelsessamtaler"* som en særskilt opgave giver derfor et misvisende billede af opgaveløsningen i almen praksis.

DSAM anbefaler, at ordet "forebyggelsessamtaler" fjernes. Sætningen kan ændres til:
"Generelle forebyggende sundhedsindsatser og tidlig opsporing af både fysiske og psykiske sygdomme varetages, når det er relevant i forbindelse med patienternes kontakt med det almen medicinske tilbud".

Hvis man ønsker ny type struktureret ydelse, er der tale om en **ny opgave**, som bør fremgå under 4.1. Det vil ikke være fremmed for almen praksis, der havde en specifik forebyggelseskonsultation (Ø106) fra 2006 til 2011, hvorefter opgaven overgik til kommunerne.

Det kan i princippet lade sig gøre at genindføre denne, men DSAM mener, at det er forkert brug af almen praksis' ressourcer.

3.2.4 Basal palliation

Opgavebeskrivelsen anfører, at *"den almenmedicinske klinik tilbyder samtaler med patienter og pårørende om symptomlindring, pleje og ønsker til den sidste levetid."*

Samtaler om den sidste levetid er i dag en frivillig opgave, som der findes lokalaftaler for i alle regioner undtagen Region Nordjylland. Det er ikke en opgave, der udføres konsekvent eller systematisk i alle klinikker.

DSAM anerkender, at opgaven udbredes og understøttes i hele landet også i Region Nordjylland. Hvis disse samtaler fremover ønskes som en systematiseret og landsdækkende "skal" opgave, er der dog tale om en **ny opgave**, der bør flyttes til afsnit 4.1.

Palliationsopgaven bør beskrives i en national plan for palliation, hvor også kommuner og sygehuse forpligtes med klare rammer for vilkår og samarbejdsflader.

Dette vil sikre, at opgaven implementeres realistisk, fagligt forsvarligt og med hensyntagen til de store regionale forskelle i nuværende praksis.

3.2.5 Koordination

Patientansvarlig læge

Opgavebeskrivelsen anfører, at almenmedicinske tilbud skal koordinere indsatser med patientansvarlig læge på sygehuset. DSAM hilser det velkommen, at almen praksis skal kunne kommunikere direkte med patientens patientansvarlige læge på sygehuset.

Dog eksisterer der i dag ingen logistik eller kommunikationsinfrastruktur, der understøtter denne type direkte kontakt. Almen praksis kan ikke se, hvem der er patientansvarlig læge på sygehuset eller skrive til vedkommende via de gængse systemer.

Derfor bør opgavebeskrivelsen suppleres med en klar angivelse af, at det er en myndighedsrettet opgave at etablere den nødvendige logistik, digitale infrastruktur og de organisatoriske rammer, så almen praksis kan kommunikere med den patientansvarlige læge. Alternativt kan sætningen om patientansvarlig læge udgå.

Tovholderfunktion og koordination

Det fremgår, at den almenmedicinske klinik skal varetage en særlig tovholderfunktion og koordinere forløb for sårbare patienter med multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller sundhedskompetence.

I dag varetager almen praksis koordination ud fra lægens faglige skøn og de faktiske muligheder for at koordinere. En formaliseret, obligatorisk tovholderfunktion – særligt for en bredt defineret sårbar målgruppe – vil indebære betydelige nye krav til tidsforbrug og tværsektorielt tilgængelighed.

Fx skal almen praksis let kunne booke tider på sygehusets ambulatorier og diagnostiske afdelinger samt bestille ledsagelse og gratis patienttransport.

"En særlig tovholderfunktion" for sårbare patientgrupper er både en **ny opgave** og mangelfuldt beskrevet. Det foreslås derfor, at "skal" ændres til "kan" eller "bør". Alternativt bør opgaven beskrives bedre og flyttes til punkt 4.1. Desuden skal den afledte myndighedsrettede opgave beskrives. Se i øvrigt punkt 3.6.3 om koordination for kræftpatienter.

3.2.6 Kontinuitet

Opgavebeskrivelsen beskriver kontinuitet som en kerneværdi, men præciserer ikke, hvordan kontinuiteten skal sikres i praksis. DSAM anbefaler, at der genindføres en formulering om "**navngiven læge**", som kendes fra nuværende overenskomst. Kontinuitet i almen praksis er ikke blot kontakt til "en speciallæge i almen medicin", men til **den samme** læge over tid. Faste kontaktpersoner blandt klinikpersonalet og behandlerteams er relevante, men ikke en sufficient erstatning.

Kontinuitetsbegrebet bør ikke udvandes til et rent organisatorisk princip uden relationel betydning. Kontinuitet er dokumenteret mest effektiv, når den er knyttet til en fast læge, ikke til skiftende læger og personale inden for et team. Dette understøttes af både af klinisk erfaring og forskning.

DSAM anbefaler derfor, at opgavebeskrivelsen fastslår, at:

"Patientkontinuiteten i almenmedicinske tilbud bør så vidt muligt sikres ved tilknytning til en fast navngiven speciallæge i almen medicin."

Ventetid

I sidste afsnit angives, at "*for nogle patientgrupper kan kort ventetid til konsultation være vigtigere end relationel kontinuitet*". Det er en forkert præmis. Om kontinuitet er vigtig, er relateret til situationen – ikke til patientgruppen. En konsultation vedrørende sygdomsoplysning hos en yngre person, der ikke normalt søger læge, bør fx håndteres af en læge, der kan tilbyde længerevarende fremadrettet kontinuitet.

Sætningen bør ændres til:

"For nogle henvendelsesårsager kan kort ventetid til konsultation være vigtigere end relationel kontinuitet."

3.2.7 Populationsomsorg

Populationsomsorg er en ny opgave, som der ikke er tilstrækkelig kapacitet til. Populationsansvar bør ikke være en "skal" opgave.

Man bør i den blå boks bruge den bløde formulering, der anvendes længere nede i afsnittet: *"Klinikken skal have en særlig opmærksomhed på, at sundhed og sygdom er ulige fordelt i befolkningen, og arbejde med en personcentreret tilgang"*.

3.4.1 Samarbejde med kommuner

Tilgængelighed for kommunen

Opgaven med at være tilgængelighed for kommunen lader til at omfatte alle kommunens ansatte og omhandle både generelle indsatser, planlægning af fælles forløb(?), faglig sparring og rådgivning samt videokonferencer.

Da det er aftalt, at tilgængeligheden ikke skal ændres i forhold til nuværende aftale, bør det angives, at den almenmedicinske klinik er tilgængelig for akutsygeplejen - samt for elektroniske korrespondancer indenfor tre hverdage.

Alle øvrige tiltag bør ændres fra "skal" opgaver til "kan" opgaver.

Lettilgængeligt behandlingstilbud

Opgavebeskrivelsen anfører, at den almenmedicinske klinik skal *"etablere kontakten til det kommunale lettilgængelige behandlingstilbud"*. DSAM hilser denne mulighed velkommen, men vi henleder opmærksomheden på, at der ikke findes en digital mulighed for at skabe kontakt.

DSAM anbefaler, at man gør det til en myndighedsrettet opgave at etablere en digital kommunikationsløsning, der gør det muligt for almen praksis at etablere kontakten til det kommunale lettilgængelige behandlingstilbud.

3.4.2 Samarbejde med sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor

Det fremgår, at *"Den almenmedicinske klinik skal varetage opfølgning efter sygehuskontakt på baggrund af epikrisens triagering"*.

Triagering bruges typisk i akutmodtagelser til systematisk prioritering af patienter ud fra aktuelt behov for akut behandling.

Rød-gul-grøn epikrise er noget helt andet:

- Det er **ikke** en klinisk triage af patienten, men en sårbarhedsvurdering.
- Det er en **markering af anbefalet opfølgning** til egen læge ud fra sygehusets faglige vurdering ved udskrivelse.
- Farvemarkeringen er en **anbefaling**, ikke en opgave der skal varetages. Egen læge foretager selvstændig klinisk vurdering og planlægger opfølgningen derefter.

DSAM anbefaler, at ordet triagering udgår og at sætningen herefter hedder:
"Den almen medicinske klinik skal varetage opfølgning efter sygehuskontakt på baggrund af epikrisens farvekodning, når lægen finder det relevant."

3.5.4 Uddannelse og videreuddannelse af læger

Opgavebeskrivelsen placerer uddannelse og videreuddannelse af læger i almen medicin under basisfunktionen. Det er uhensigtsmæssigt. Uddannelsesopgaven varetages ikke af alle klinikker, men kun af klinikker med kapacitet, kompetencer og tutorlægefunktion. Man skriver da også, at *"en stor del af klinikkerne skal derfor medvirke"*. Deraf følger logisk, at opgaven ikke hører hjemme i basisfunktionen.

DSAM anbefaler, at afsnittet flyttes til den myndighedsrettede del af opgavebeskrivelsen.

3.6 Opgaver i relation til udvalgte målgrupper

Disse opgaver indebærer også en betydelig myndighedsrettet opgave, som bør beskrives. Det fremgår kun, at regionerne skal understøtte implementeringen, hvilket signalerer, at opgaven alene ligger i almen praksis. Opgaverne fordrer, at regionerne skaber øget adgang til diagnostiske undersøgelser og ambulante tider. Desuden skal der skabes en lang række nye rehabiliteringstilbud.

3.6.1 Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom

Det er svært at kommentere på en opgave, der ikke er beskrevet endnu.

DSAM har tidligere i sine kommentarer til generisk model for pakkeforløb (22-9-2025) kommet med mange input, blandt andet *"Ambitionerne for, hvad man kan nå i første overblikskonsultation, er desværre alt for store, og kan skabe urealistiske forventninger. Hvis man ikke får skåret ambitionerne lidt ned, vil det tage uforholdsmæssig lang tid i forhold til de øvrige opgaver i almen praksis"*.

DSAM står klar til at medvirke i udformningen af de konkrete pakkeforløb i 2026.

3.6.3 Opfølgning efter kræftforløb

DSAM henviser til vores skriftlige kommentarer til Sundhedsstyrelsens udkast til retningslinjer for senfølgeindsatsen i forbindelse med kræft. Vi har valgt at sende disse kommentarer samtidig med dette høringssvar, da de fungerer som et supplement til dette punkt. Hvad angår koordinator-rollen vælger vi at skrive vores kommentar ind her, da den beskriver vores anbefalinger til koordinatorfunktion, når en patient er i behandling på en sygehusafdeling, og sygehusafdelingen har ansvaret. Da det gælder generelt, har vi sat "kræft" i parentes.

“Det er ikke muligt for almen praksis at koordinere (kræft)forløbet for en patient, der er i aktiv behandling på sygehuset. Det må være den behandlende (kræft)afdeling, der har ansvaret og som ved behov konfererer med den praktiserende læge, når der fx er tvivl om patientens tidligere sygdomme eller anden igangværende behandling.

Den praktiserende læge skal til gengæld kontinuerligt behandle komorbiditeter som vanligt. Det er uhyre vigtigt, at denne behandling ikke forsømmes, fordi der er et aktivt (kræft)forløb. Patienterne har ofte en fejlagtig forestilling om, at sygehuset forholder sig til alle sygdomme. Her er det vigtigt, at sygehusafdelingen minder patienten om, at egen læge stadig har en rolle.”

4.1 Sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud

DSAM anerkender, at opgavebeskrivelsen fremhæver behovet for kapacitetsudvidelse som forudsætning for implementering af nye opgaver. Vi anerkender også, at man vil *”inddrage relevante aktører i regi af det rådgivende udvalg”*, hvis medlemmer beskrives i et andet afsnit.

Afsnittet mangler dog en afgørende komponent fra Forståelsespapiret: “Når der stilles nye krav eller foretages ændringer i opgavebeskrivelsen, skal Fagligt Råd vurdere, om ændringerne udgør væsentlige justeringer.”

4.1.4 Bedre brug af ressourcer

DSAM anerkender, at man omtaler apotekers håndtering af dosispakket medicin som en mulig ressourcebesparende indsats. Apotekerne har dog allerede denne kompetence, men kan ikke give tilskud til dosispakket medicin.

DSAM anbefaler, at denne dot udvides til en samlet formulering om tre centrale værktøjer, som reelt kan frigøre ressourcer i almen praksis:

”Regelsættet ændres, så der indføres generisk ordination, kvikrecept og automatisk tilskud til dosispakket medicin, så apoteket på egen hånd kan varetage dosispakket medicin uden at involvere lægen.”

5.2 Opfølgning

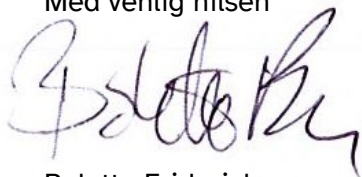
Her nævnes, at opfølgningen har fokus på 2 målepunkter – *”om regioner og klinikker udfører beskrevne opgaver og funktioner samt om der sker en udvikling i kvaliteten i de levede indsatser.”*

Vi anerkender, at man fokuserer på både regioner og klinikker, idet kvalitet er et vanskeligt målepunkt i et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor kvaliteten ikke kan måles isoleret, fordi den er et resultat af den samlede indsats fra både det nære og centraliserede sundhedsvæsen.

DSAM anbefaler dog, at opfølgningen også fokuserer på de mest centrale mål i sundhedsreformen:

- Stiger antallet af praktiserende læger, så flere patienter får en fast læge?
- Svarer de praktiserende lægers geografiske fordeling til sygdomsbyrden?
- Falder uligheden i udredning og behandling?

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

København, den 7. december 2025

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens udkast til National Opgavebeskrivelse for Almen Medicin

FYAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til den nationale opgavebeskrivelse for Almen Medicin. FYAM repræsenterer 1.600 yngre læger i almen medicin og har deltaget i følgegruppen for National Opgavebeskrivelse som en af repræsentanterne fra DSAM.

Overordnet er vi tilfredse med en genkendelighed af vores fags kerneværdier og funktioner i det fremlagte dokument. Vi glæder os over, at almenmedicinske værdier vægtes højt, herunder den personcentrerede tilgang, kontinuitet, anvendelsen af den bio-psyko-sociale model, konsultationsprocessen, det faglige skøn og prioriteringen af patienter med størst behov.

Vi er desuden positive over, at det fremgår tydeligt, at klinikkerne har mulighed for at tilrettelægge organisering, drift og uddelegering inden for opgavebeskrivelsens rammer.

Vi anser det helt centralt at sikre, at opgaveudvidelser sker i takt med tilstrækkelige ressourcer, implementeringsstøtte og realistiske tidsplaner, særligt med henblik på de større opgaver, der foreslås implementeret allerede i 2027.

Nedenfor følger FYAM's kommentarer til de enkelte afsnit.

2.1 Faglig ledelse og samarbejde

Vi anerkender regionernes overordnede ansvar for at sikre sammenhæng og høj kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Samtidig finder vi det væsentligt, at den enkelte klinik fortsat har frihed til at indrette sine arbejdsgange og tilbud efter patientpopulationens behov. For stor ensretning kan uforvarende øge ulighed i sundhedsvæsenets tilbud.

Vi støtter formuleringen:

“Den faglige ledelse skal udøves med afsæt i indsigt i det almenmedicinske speciale og i klinikernes konkrete vilkår og praksis...”

Det er afgørende, at faglig ledelse af almen praksis udøves af praktiserende læger med aktiv klinisk funktion. Vi anbefaler, at deltidslederstillinger tydeligt fremmes som model – i tråd med erfaringerne fra vores faglige organisationer, hvor 35 % af de praktiserende læger løbende tager ansvar for fagets udvikling samtidig med vanlig klinikdrift.

2.1.2 Kvalitetsudvikling

Vi bifalder, at kvalitetsudvikling fortsat skal foregå ved refleksion i faglige fællesskaber, da dette er et vigtigt kendetegn ved vores fag. Vi støtter desuden en datadrevet og tværsektoriel tilgang til kvalitetssikring.

Det er væsentligt, at kvalitetsmonitoreringen omfatter hele patientens forløb og ikke kun de dele, der foregår i almen praksis. Der bør udvikles kvalitetsudvikling på tværs af primær- og sekundærsektoren, da dette både styrker samarbejdet og fremmer helhedsorienterede patientforløb.

Vi anbefaler, at kvalitetsindikatorer udformes således, at de ikke indirekte bliver styringsredskaber, der afspejler kapacitetsmangel snarere end faglig kvalitet. Kvalitetsdata skal udvikles og anvendes med et læringssigte, ikke et sanktionssigte, og bør altid vurderes i et tværsektorielt samarbejde for at afspejle hele patientforløbet. Kvalitetsindikatorer skal afspejle patientpopulationen og skal ikke anvendes på individniveau.

2.1.4 Efteruddannelse

FYAM bakker op om fortsat stærke rammer for både systematisk og selvvalgt efteruddannelse. Det er en vigtig rekrutterings- og fastholdelsesfaktor for både yngre læger og etablerede praktiserende læger.

Vi værdsætter den klare tilkendegivelse af fortsat understøttelse af DGE-grupper. Dette kan med fordel suppleres med junior-DGE-grupper, som allerede er etableret i alle regioner for læger i hoveduddannelse i almen medicin.

Det er vigtigt, at eventuelle krav om deltagelse i fælles kompetencegivende kurser indføres på en måde, der bevarer balancen mellem fælles opkvalificering og klinikkernes behov for fleksibilitet.

Derfor anbefaler vi, at opgavebeskrivelsen præciserer, at:

"Eventuelle obligatoriske kurser kun kan indføres som led i en aftale mellem regionerne og PLO."

Denne præcisering sikrer, at nye krav til efteruddannelse ikke kan udvides ensidigt, men forudsætter dialog og fælles prioritering mellem parterne. Det giver både forudsigelighed for klinikkerne og beskytter tiden til selvvalgt efteruddannelse, som fortsat udgør en væsentlig del af specialets udvikling og attraktion.

Denne præcisering vil samtidig sikre, at obligatoriske kurser ikke bliver et ensidigt styringsværktøj, men forbliver et element, der kun kan indføres gennem reel forhandling og fælles prioritering mellem parterne.

2.1.5 Forskning

Vi glæder os over det fortsatte fokus på stærke almenmedicinske forskningsmiljøer. Det er centralt for rekruttering og fagudvikling. Vi finder det relevant, at Fagligt Råd kan bidrage til strategisk retning, men understreger samtidig vigtigheden af at værne om den frie almenmedicinske forskning.

2.2.2 Henvisninger og udskrivningsbreve

Vi hilser flg. formulering velkommen:

“... læger i almenmedicinske tilbud ikke overtager opfølgningsopgaver, som mest hensigtsmæssigt udføres af andre læger...”

Dette vil både aflaste almen praksis og sikre bedre sammenhæng for patienterne.

Vi anbefaler desuden, at det eksplicit fremgår, at opfølgningsopgaver fra private sundhedsforsikringer ikke er en del af opgavebeskrivelsen, men følges til dørs og bør finansieres af forsikringsselskaberne selv.

2.2.3 Faglig sparring og rådgivning

Vi foreslår, at begrebet rådgivning justeres til konference, da fagligheden bevæger sig begge veje. Dette understreger almenmedicinsk specialkompetence og fremmer et mere ligeværdigt samarbejde mellem sektorer.

3. Basisfunktion – kollektive forpligtelser

Vi støtter, at klinikker i regionen kollektivt kan bidrage til opgaver udover basisfunktionen – men det bør alene omfatte opgaver, hvor denne model er hensigtsmæssig og fagligt forsvarelig, fx plejehjemslæger eller botilbudslæger.

Opgavebeskrivelsen bør ikke give mulighed for at pålægge klinikker lægevagtsarbejde, da dette er forhandlet særskilt og varierer betydeligt mellem regioner som beskrevet under afsnit 2.3.4.

Ligeledes bør opgaver med sårbare patientgrupper, der kræver kontinuitet, ikke sendes i rotation, men holdes i et særskilt regionalt almenmedicinsk tilbud med fast tilknyttet personale.

For at sikre transparens og forudsigelighed anbefaler vi, at det præciseres, hvad der sker, hvis ingen klinikker i et område ønsker eller har kapacitet til at løfte en opgave, fx på grund af utilstrækkelig finansiering eller manglende personale. Der bør være klare procedurer for:

- En systematisk vurdering af klinikkernes kapacitet og ressourcer.
- Tydelige regler for genforhandling, når kapaciteten ikke rækker.
- Klare kriterier for, hvornår opgaver i stedet skal placeres i regionale tilbud.
- En garanti for, at ingen klinik pålægges opgaven (alene) ved manglende frivillige tilmeldinger.

Uden en klar mekanisme risikerer man, at enkelte klinikker pålægges et uforholdsmæssigt pres, hvilket kan underminere både kvalitet og arbejdsmiljø. En sådan situation bør forebygges gennem tydelige regionale procedurer.

3.1 Målgruppen for almenmedicinske tilbud

ICPC omfatter mange diagnoser og opgaver, som praktiserende læger sjældent håndterer. Dette giver et skævt billede af specialets opgaver. Vi foreslår, at ICPC som opgaveafgrænsning udgår.

3.2.2 Forebyggelse

FYAM ønsker fortsat at bevare børne- og svangreundersøgelser i almen praksis, da relationen er central for kvaliteten af indsatsen under familiedannelse og opvækst.

Forebyggelsesindsatser overfor borgere i botilbud og ved svær psykisk sygdom bør beskrives, så det tydeliggøres, at:

- Klinikken kan tilbyde indsatsen og søge at skabe rammer, der muliggør, at patienten deltager.
- Patienterne ikke kan pålægges deltagelse.

3.2.4 Basal palliation

Vi ser positivt på, at opgaven omkring basal palliation nu indgår formelt, da vi anser palliation som en central almenmedicinsk opgave. Der er dog formelt tale om en ny opgave, hvorfor vi vil foreslå, at denne flyttes til afsnit 4.

Mange praktiserende læger har allerede erfaring og kompetence inden for basal palliation, men ikke alle. Vi har allerede relevante efteruddannelses tilbud til de praktiserende læger, så kompetencen kan sikres bredt.

Opgaven bør dog nærmere specificeres, da palliation ikke kun bør omhandle livstruende sygdom eller den sidste periode af livet, men også funktionstab på tidligere tidspunkt af livet. Det bør afgrænses hvilke områder, der fortsat ligger bedst i et specialiseret tilbud og hvad der kan forventes håndteret i almen praksis.

3.2.6 Kontinuitet

Vi glæder os over, at kontinuitet fortsat er en kerneværdi. Det giver dokumenterbart bedre patientforløb og patientudfald og øger samtidig arbejdsglæden.

Vi foreslår dog en tydeligere formulering, da nuværende tekst risikerer at indebære urealistiske opsøgende indsatser.

Det bør beskrives, at klinikken tilstræber kontinuitet, og at der lægges vægt på stabil tilknytning mellem læge og patient. Det bør præciseres, at opgaven udføres af "en speciallæge", men af en fast tilknyttet speciallæge.

3.4.1 Samarbejde med kommuner

Det bør fremhæves, at familier i de fleste tilfælde selv kan kontakte kommunale lettilgængelige behandlingstilbud. Når det handler om sårbare børn og familier, kan den praktiserende læge informere om tilbuddet eller henvise til overblik over sundhedstilbuddene for familien.

Det anbefales desuden, at der etableres mulighed for korrespondance direkte mellem de praktiserende lægers IT-systemer til dialog med det kommunale PPR samt ved ønsker om dialog i forbindelse med underretning til det kommunale familieområde eller informationsdeling ved forløb i kommunalt regi, hvor dette vurderes relevant og hvor der er forældre-samtykke.

Det er desuden vigtigt, at et overblik over de kommunale sundhedstilbud er ensartet mellem kommuner og lettilgængeligt, da nogle praktiserende læger har patienter fra forskellige kommuner.

3.5.3 Patienttilfredshedsundersøgelser

Vi anerkender behovet for transparens, men er bekymrede for konsekvenserne ved offentliggørelse af patienttilfredshedsdata, herunder:

- Psykologisk belastning for personale.
- Risiko for at tilfredshed forveksles med kvalitet. Dette er væsentligt, idet en stor del af almen praksis' funktion som gatekeeper er at sige nej, hvis der ikke er medicinsk grundlag for en undersøgelse eller henvisning.
- Risiko for bias i svarfordeling.

Vi foreslår:

- Robuste spørgeskemaer
- Høj repræsentativitet
- Supplerende objektive kvalitetsindikatorer (fx klyngearbejde)
- At data ikke anvendes til individuel sanktionering

Vi vil samtidig fremhæve, at offentliggørelse af tilfredshedsmålinger kan indebære en psykologisk belastning for de praktiserende læger samt klinikpersonale og særligt for yngre eller sårbare læger. Det kan føre til stress, sygemeldinger og en negativ påvirkning af arbejdsmiljøet. Dette bør vægtes højt i den endelige udformning af ordningen.

3.5.4 Uddannelse og videreuddannelse af læger

Titlen bør ændres til:

“Uddannelse og videreuddannelse af læger og speciallæger i almen medicin.”

Vi støtter brugen af DSAM's tutorlægekriterier og at man vil forholde sig til den nødvendige balance mellem klinikkens kapacitet og kompetencer og uddannelsesopgaven. Det er centralt for en speciallægeuddannelse af høj kvalitet og rekrutteringen til faget, at kun klinikker med overskud og tutorlægekompetencer deltager i denne vigtige opgave.

Vi bemærker, at denne opgave er den eneste i basisfunktionen, der ikke omfatter alle klinikker. Da ikke alle klinikker skal deltage i uddannelsesopgaven, foreslår vi, at afsnittet mere hensigtsmæssigt placeres under myndighedsdelen og ikke basisfunktionen.

4. Udvikling og ændret opgavevaretagelse

Der foreslås større opgaver allerede fra 2027, herunder:

- Pakkeforløb for KOL og lænderygsmærter
- Demensudredning
- Opfølgning på kræftforløb

Vi vurderer, at kapacitet og kompetencer ikke er tilstrækkelige til fuld implementering i 2027. Vi anbefaler en realistisk og trinvis indfasning, parallelt med:

- Dimensionering og rekruttering
- Målrettet efteruddannelse
- Opdatering af målbeskrivelser for hoveduddannelsen i almen medicin

Vi vil særligt fremhæve behovet for betydelig kompetenceopbygning inden for demensområdet. En fuld udredningsforpligtelse i almen praksis kræver både målrettet efteruddannelse, adgang til relevant paraklinik og udvikling af tidseffektive værktøjer, hvis implementeringen skal være realistisk og fagligt forsvarlig.

Vi anbefaler desuden, at formuleringer som “bør” eller “bør som udgangspunkt” erstattes af “skal – medmindre andet aftales mellem parterne”. Dette skaber klare og gensidige forventninger og forhindrer, at nye opgaver utilsigtet glider ind i basisfunktion uden forhandling eller hensyn til kapacitet.

4.1.4 Bedre brug af ressourcer

Vi hilser afsnittet velkommen og deltager gerne i videre prioriteringsdrøftelser.

Vi er kritiske over for en udtalt differentiering af børneundersøgelser, da relationen til alle børn og en tryk forbindelse til sundhedsvæsenet fra livets start er en almenmedicinsk kerneopgave.

Vi foreslår desuden at tilføje generisk ordination, som vil frigøre betydelige ressourcer i almen praksis, særligt i lyset af tilbagevendende restordreproblematikker.

4.1.5 Øget brug af data og digitalisering

Opgavebeskrivelsen lægger op til øget digitalisering og deling af patientdata, herunder journaldeling fra almen praksis. FYAM ser et stort potentiale i mere sammenhængende patientforløb, men det forudsætter, at digitale løsninger udvikles tæt på klinikken og reelt reducerer administrative byrder. Journaldeling må ikke føre til øget usikkerhed hos patienter eller ekstra uforudsete opgaver for lægen. Derfor bør det fremgå tydeligt, at digitalisering kun er en gevinst, når den understøtter lægens skøn, styrker relationen og frigør tid til kerneopgaverne – eventuelt med teknologier som AI som hjælp, aldrig erstatning.

Afslutning

Vi støtter grundlæggende dokumentets retning og det klare afsæt i almen medicins faglige værdier.

Den foreslåede indfasning af nye opgaver er ambitiøs og risikerer at overstige kapaciteten i mange klinikker. For at sikre kvalitet og patientsikkerhed bør implementeringen ske gradvist og i takt med rekruttering, dimensionering og målrettet efteruddannelse. Både yngre læger og praktiserende læger oplever allerede et presset arbejdsmiljø, og nye opgaver uden tilhørende ressourcer vil kunne forværre dette. FYAM anbefaler derfor, at opgavebeskrivelsen tydeliggør behovet for realistiske tidsplaner og sikrer, at nye opgaver ikke underminerer hverken arbejdsglæde, rekruttering eller kontinuitet i almen praksis.

Det er vigtigt for os, at den faglige ledelse af almen praksis udøves af praktiserende læger med aktiv klinisk funktion for at sikre tilknytning til specialet og følgeskab.

FYAM takker for muligheden for at bidrage til udformningen af den nationale opgavebeskrivelse.

Vi stiller os til rådighed for videre dialog.

På vegne af FYAM Udvalget (Forum for Yngre Almen Medicinere)



Malene Nepper
Formand for FYAM

Til Sundhedsstyrelsen

Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

08.12.2025

Hermed fremsendes bemærkninger til høringsudkastet:

”Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud”

som findes på <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/70728>

til fopssst@sst.dk med kopi til hesap@sst.dk senest den 8. december 2025 kl. 9.00.

Følgende bemærkninger ønskes taget ad notam i Sundhedsstyrelsens (SST) offentlige tilgængelige dokumentsamling for transparens samt inddraget i udarbejdelsen af den endelige opgavebeskrivelse for Almen praksis i Danmark.

Dokumentet fastlægger de overordnede faglige krav og forventninger til den fremtidige opgaveløsning i Almen praksis. mens den konkrete tilrettelæggelse og udførelse fortsat bygger på gældende faglige standarder og kliniske retningslinjer.

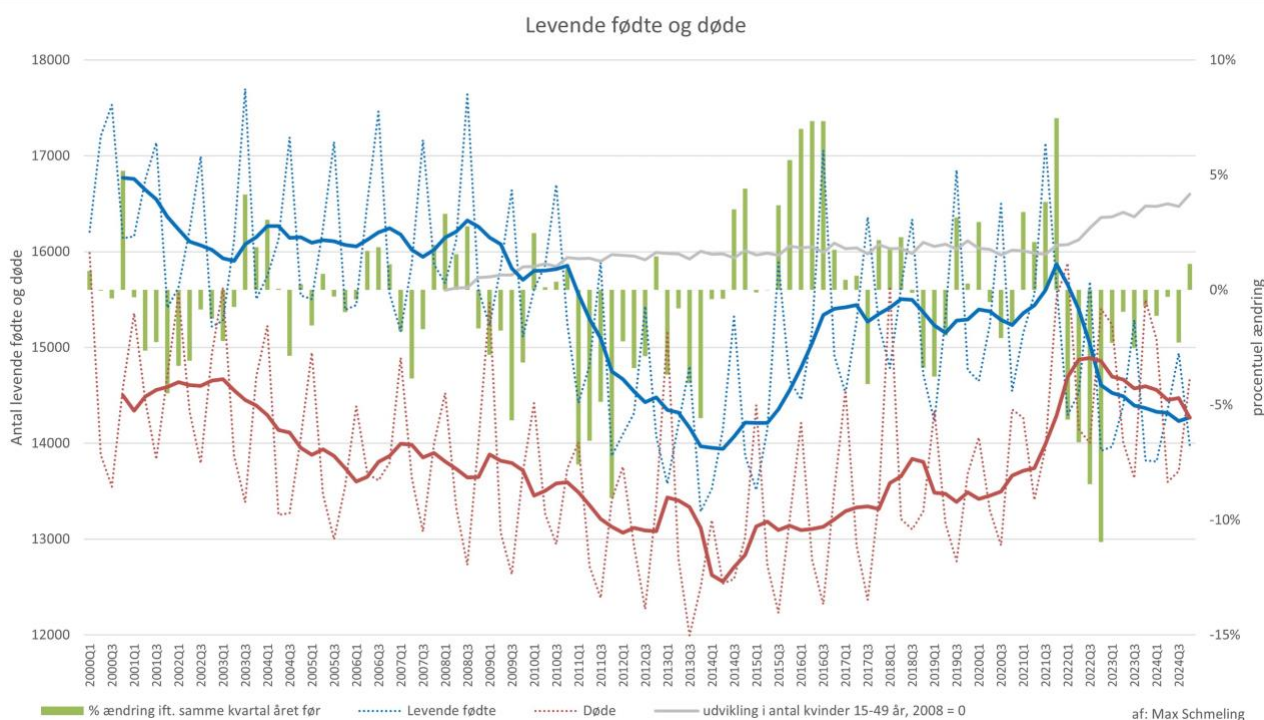
Bemærkninger til 1. Introduktion, side 5/45

SST skriver

”I de kommende år stiger antallet af ældre og sårbare patienter og patienter med én eller flere kroniske sygdomme markant.” Derfor ønskes ”en styrket prioritering af indsatsen og ressourcerne for de mest sårbare og syge borgere, der hvor behovet er størst.”

Bemærkning:

Det fremgår af flere statistikker herunder Our World in Data at der har været en historisk overdødelighed i Danmark og tillige i store dele af verden på omkring de sidste 5 år. Alligevel forventes flere ældre og sårbare patienter. Man må antage, at der tillige er sket en stigning i kronisk syge, hjertesygge, demente og kræftsyge patienter i forhold til tidligere år.



Det er af stor relevans at Sundhedsstyrelsen informerer og forklarer årsagerne til disse stigninger med data, hvilke almen praksis har været med til at tilvejebringe, så Almen praksis forstår datagrundlaget bag opgavebeskrivelserne og opgaveflytningen fra speciallæger og hospitaler med henblik kvalitetssikring i diagnose og behandling.

Bemærkninger til 3.2.2. Forebyggelse side 21/43

SST skriver

”Specifikke forebyggelsesindsatser omhandler forebyggende svangre undersøgelser, forebyggende sundhedsydelser for børn og unge samt vaccinations- og screeningsindsatser.”

Bemærkninger: At formalisere og kræve opsporing af forældre og børn, gravide samt mennesker i det hele taget bør forudgå af bedre og uvildigt videnskabelig evidens for effekten og sikkerhed af vaccination. Opsporing og registrering med henblik på vaccinering bør derfor udtages fra høringsudkastet: **”Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud”**

Begrundelse:

FDA’s officielle ansvarlige forsker, Tracy Beth Høg, forklarede i en CDC-ACIP-høring den 4. december i år, at der ikke fandtes veludførte randomiserede placebokontrollerede studier med tilstrækkeligt stort materiale på de fleste børnevacciner.

Tracy Beth Høg fra FDA har også for nyligt afsløret at mindst 10 børn i USA menes at være døde på grund af COVID19 vacciner.

På ACIP mødet i 2018 kom det frem at der ikke fandtes data, som understøttede sikkerheden ved at give multiple vacciner til et barn i samme konsultation.

Nylige undersøgelser har kædet autisme og pludselig spædbarnsdød sammen med børnevacciner.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at de kliniske forsøg, der blev brugt til at godkende COVID-19-vaccinerne, udelukkede gravide kvinder.

Spørgsmålet er hvilke studier, der reelt lå til grund for godkendelsen af Pfizers COVID-19 mRNA "vaccine" til gravide og unge mennesker i den fertile alder. Undersøgelser af reproduktions- og udviklingstoksicitet skal afklare, om stoffet har en indvirkning på evnen til at reproducere sig og på afkomets sundhed og fertilitet.

Havde Lægemiddelstyrelsen sikret sig at den nye mRNA COVID-19 vaccine ikke kunne skade evnen til at få børn hos både nuværende og kommende generationer, inden godkendelsen?

Som svar på spørgsmålet (1) om hvilke specifikke reproduktionsstudier, der ligger til grund for at Sundhedsministeren afviser risikoen for en mulig ændring af arveanlæggene i sæd og ægceller svarer Lægemiddelstyrelsen (Jakob Lundsteen, sagsnr. 2024024182, 2024-03-13) at »de prækliniske data bag godkendelsen omfattede reproduktions- og toksikologistudier på dyr.«

Lægemiddelstyrelsen henviste her til et enkelt studie af Bowman CJ et al. Der var tale om en præklinisk undersøgelse betalt og udført af Pfizer/BioNTech (vaccineproducenten) på 44 kvindelige Wistar rotter (2), en gnaverart, der er uegnet til toksikologiske undersøgelser i forhold til den menneskelige fysiologi. Der blev ikke valgt at supplere med en mere relevant art (aber eller kinesisk hamster) til toksicitetsundersøgelser af udviklingsmæssige spørgsmål.

Pfizer inkluderede ikke integrationsstudier af kønscellerne i dette studie og udelukkede derfor ikke muligheden for genforændrende effekter hos hverken moderen eller afkommet. Rottekullene blev aflivet, efter at avlsperioden var stoppet. Der blev ikke foretaget langtidsstudier af afkomets adfærd, udvikling, kønsceller eller fertilitet. Hanrotter blev ikke undersøgt, og data om hanrotters fertilitet var ukendte før godkendelsen.

Der er således tale om et meget tyndt grundlag for godkendelsen. Studiet er udført af producenten, som må forventes at have interessekonflikt i forhold til resultatet.

En anden senere aktindsigt (3) har siden afsløret at konklusionerne i dette studie af blev manipuleret, idet en den afslørede at rottefostrene reelt havde tegn på misdannelser: Rapporten lød:

»En kombineret fertilitet- og udviklingstoksicitetsundersøgelse hos rotter viste øget forekomst af overflødige lændehvirvler hos fostre fra COMIRNATY-behandlede hunrotter«.

Knogle anomalier er et af standart målepunkterne for farligheden af et nyt stof for afkommet i forbindelse med risikoen for misdannelser ved ny medicin givet under graviditeten.

Et andet meget afgørende resultat, som man også undlod at diskutere i artiklen af Bowman et al refererer til befrugtede æg, der ikke blev implanterede i livmoderen. Der viste sig at være en fordobling af befrugtede æg der ikke blev implementeret i livmoderen hos de vaccinerede rotter. Denne forskel mellem vaccinerede og uvaccinerede rotter var statistisk signifikant og kunne således ikke henføres til en tilfældighed. Derfor tyder denne undersøgelse på, at Pfizer Covid-19-vaccinen reducerer en kvindes chancer for at blive gravid. Der var således klare tegn på at Comirnaty øgede risikoen for nedsættelse af kvinders evne til at få børn.

På trods af videnskabelige beviser, der viser det modsatte, hævdede lægemiddelmyndighederne og Pfizer fejlagtigt, at disse vacciner ingen effekt have på fertiliteten:

Konklusionen på studiet lød således: "Der var ingen effekter af BNT162b2 på hunnernes parringsadfærd, fertilitet eller nogen parametre for æggestokke eller livmoder, heller ikke på embryo-fostrets eller det nyfødte barns overlevelse, vækst, fysiske udvikling eller neurofunktionelle udvikling indtil slutningen af ammeperioden."

Denne konklusion opfattes som usand. Det var således forudsigeligt at disse vacciner indebar en risiko for at påvirke fertiliteten hos kvinder. Det står derfor helt klart at COVID-19 vaccinerne (Comirnaty) blev anbefalet til gravide uden reelt videnskabeligt grundlag.

De eksisterende sikkerhedsvurderinger af COVID-19-vaccination på mennesker, især i de tidlige stadier af graviditeten, var begrænset til studier, som observerer registrerede skader efter at vaccinerne blev godkendt til gravide, og unge i den reproduktive alder. Disse studier kaldes post marketing studier. Sådanne post marketings studier er ikke tilstrækkelige som grundlag for en godkendelse med tilbagevirkende kraft.

Hertil kom at man tillod Pfizer foretage et væsentligt skift i fremstillingsmetoden af vaccinen fra den rene PCR-baserede fremstilling, der var kostbar men uden risici for plasmid DNA, SV40 promotor, nanolipider og endotoksiner til en fremstillingsproces baseret på dyrkning af E-coli bakterier uden at Pfizer blev påkrævet nye fase 3 forsøg baseret på denne E-coli metode. Dette processkift kan være svært at forstå betydningen af.

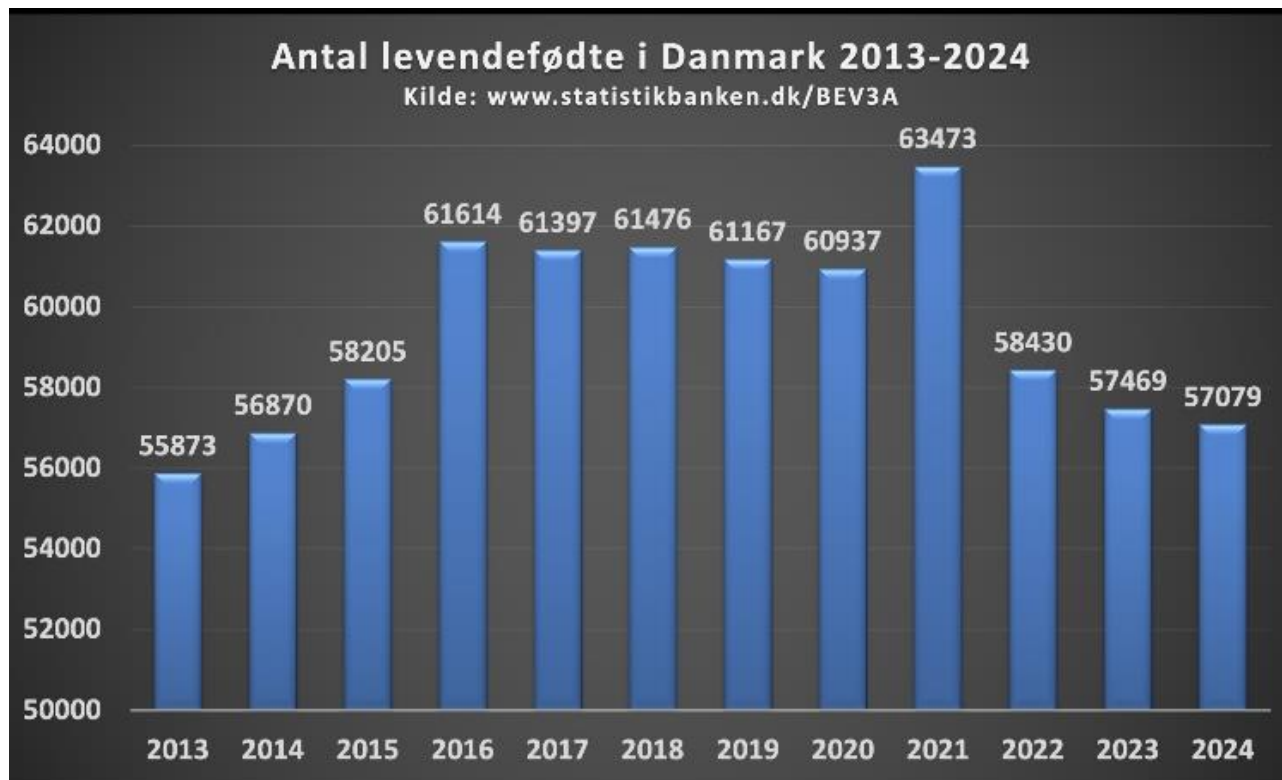
I Februar 2024 skrev jeg følgende til sundhedsminister Sophie Løhde (4):

"proces 1" involverer den syntetiske produktion af mRNA som lægemiddelsubstans fra en DNA-skabelon, der er genereret syntetisk via en PCR-metode. Denne fremstillingsproces blev anvendt i de kliniske forsøg, der udgjorde grundlaget for ansøgningen om reguleringsgodkendelse. Vaccinen, der er bragt på markedet, er ikke fremstillet ved hjælp af en proces, der er identisk med "proces 1". Produktet på markedet er fremstillet ved hjælp af proces 2, som involverer masseproduktion af en DNA-skabelon ved hjælp af et plasmid, der mangedobles og renses fra genetisk modificerede E. colibakterier (tarmbakterier). Disse to processer og de tilknyttede risici er ikke identiske og bør derfor underkastes separat GMP (God Fremstillingspraksis)"

Fremstillingsprocessen anvendt på de gravide rotter i artiklen af Bowman, som danner basis for Lægemiddelstyrelsens godkendelse, var baseret på proces 1. Hvis et sådant studie skal danne grundlag for en godkendelse af det kommercielle produkt, i dette tilfælde Comirnaty, så er det afgørende, at der er tale om samme fremstillingsproces.

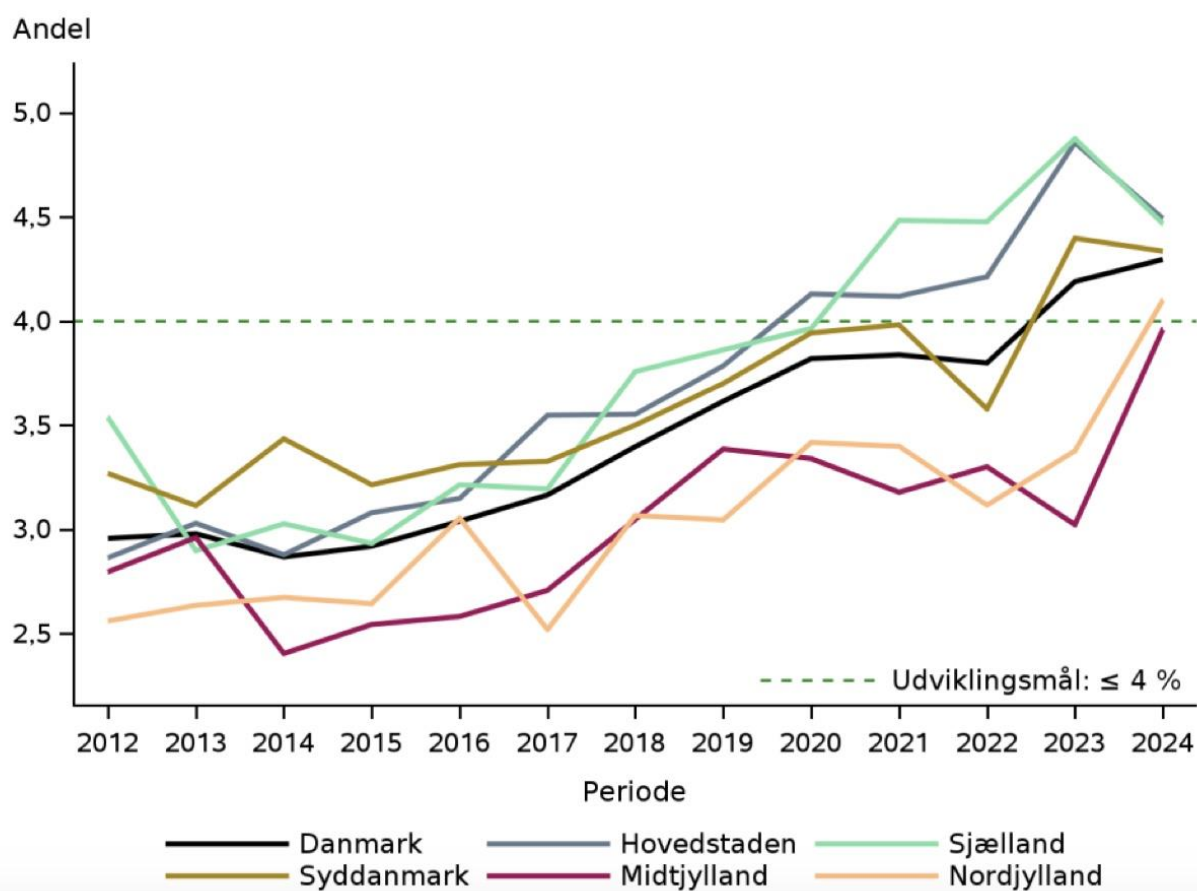
Forsigtighedsprincippet i forbindelse med fertile unge mennesker, gravide, fostre og børn blev ikke overholdt.

Hvordan står det til med fødsler og fertiliteten i Danmark?



Blødninger under og efter fødslen er steget dramatisk, hvilket er dokumenteret ved obligatorisk indberetning fra fødeafdelinger. Der er registreret mange flere tiltag til bekæmpelse af postpartum (efter fødsel) blødninger i de senere år, og myndighederne har besluttet, at patologisk blødning nu defineres som 1500 ml mod tidligere 1000 ml. Dette skyldes, at antallet af kvinder, der bløder 1000 ml eller mere, er eksploderet i de senere år. Ifølge WHO er blødninger under fødsler en af de største dødsårsager for kvinder i verden.

Den årlige rapport fra Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler for 2024 rapporterede, at blødning under fødslen er en velkendt og væsentlig årsag til mødre dødelighed (5). Definitionen af ”alvorlig postpartum blødning” har tidligere været fastsat nationalt og internationalt som ≥ 1000 ml. Indikatoren er dog for nylig blevet øget til 1500 ml. Andelen af kvinder med registreret blødning på både >1000 ml og >1500 ml i forbindelse med fødsel har været støt stigende i de seneste 10 år. Dog sker der en betydelig stigning i 2022. Se figur nedenfor.



Bemærkninger til 3.6.3. Opfølgning efter kræftforløb side 31/43

SST skriver: ”Sundhedsstyrelsen vil beskrive opgaven med kræftopfølgning i almen medicinske tilbud i den generiske del af de videreudviklede pakkeforløb for kræft, som udgives i 2026.”

Bemærkning: Der er 2 nylige store befolkningsundersøgelser, som er særligt bemærkelsesværdige;

1. En sydkoreansk analyse af 8,4 million mennesker fandt øgede risici for blodkræft og andre kræftformer efter COVID19-vaccinerne (7).
2. En 30-måneders befolkningsundersøgelse i en italiensk provins rapporterede en signifikant stigning i kræftindlæggelsesrater blandt den COVID19 vaccinerede befolkning(8).

Der er således evidens for at forekomsten af cancer er stigende med udbredelsen af mRNA teknologien, da det er velkendt og bekræftet af Lægemiddelstyrelsen, at SV40 promoter plasmid DNA sekvensen er indeholdt i disse produkter fra Pfizer (Comirnaty). SV40 er historisk forbundet med cancer.

Bemærkninger til 4.1. Sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud s. 32/43 samt 4.1.5. Øget brug af data og digitalisering s. 35/43

SST skriver: Der skal indføres ”Øget brug af data, digitalisering og ny teknologi” og ”Enkelte udviklingsområder forudsætter omfattende organisatoriske og driftsmæssige ændringer, herunder ændrede rammevilkår eller teknologisk og kapacitetsmæssig udvikling, og vil derfor først kunne realiseres på længere sigt.”

Bemærkninger:

Almen praksis bør være klar over at de teknologiske ændringer, de vil blive udsat for de kommende 5 år handler om en langt større global dagsorden, hvor speciallæger fremover vil blive autoriseret af WHO og ikke nationalt.

WHO's politikpapir for politikere i rapporten ”The Futures paper” beskriver disse præcise omlægninger fra et national til et globalt sundhedsvæsen ved hjælp af data indfangning fra lægejournaler kombineret med øget overvågning og en samlet digital adgang til alt.(9).

WHO tilbyder en ”one-size-fits-all” One Health løsning, hvor individuelle hensyn bliver uden relevans. Ændringerne vil udrulles på tværs af landegrænser. For at imødekomme de nævnte problemer er det nødvendigt med en afgørende omlægning fra reaktiv, fragmenteret ”siloed” (læs national) pleje til integrerede (læs globale) tjenester. Det forstås at de tidligere nationale sundhedssystemer er utilstrækkelig og bør omlægges til et system der forbinder disse ”decentrale” Det vil være hensigtsmæssigt, at der fremover sker systematisk registrering af ICPC-koder i almenmedicinske klinikker, så dette kan være et supplerende datagrundlag.

Desuden bør Almen praksis vide at, data fra ICPC (International Classification of Primary Care) i dansk almen praksis deles indirekte med både WHO og EU, primært gennem aggregerede statistikker og harmoniserede klassifikationssystemer.

Referencer.

1. Andet brev til den Danske Sundhedsminister og svar fra Lægemiddelstyrelsen. <https://activecivilian.com/activities/f/second-letter-to-the-danish-government>
2. Lack of effects on female fertility and prenatal and postnatal offspring development in rats with BNT162b2, a mRNA-based COVID-19 vaccine. Bowman C et al. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890623821000800?via=ihub>
3. <https://expose-news.com/2022/05/05/pfizer-hid-dangers-covid-vaccination-pregnancy/>
4. Svar fra den Danske Lægemiddelstyrelse på spørgsmål til sundhedsministeren vedr. proces 2. <https://www.dropbox.com/scl/fi/3tx0s3r222ked3kp4gq4a/Respons-from-lmst-Jakob.pdf?rlkey=snldvle1mwxnikynkmkjdfb0p&e=1&dl=0>
5. Danish Quality Database for Births, Annual Report 2024. <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-kvalitetsdatabase-for-foedsler-dkf/viden/>
6. Danish Quality Database for Births, Annual Report 2023. <https://www.sundk.dk/media/mediefnz/e8d557a3cdf646f695e0b55cfccda6e4.pdf>
7. Kim, H., Kim, MH., Choi, M. et al. 1-års risiko for kræft i forbindelse med COVID-19-vaccination: en stor befolkningsbaseret kohortundersøgelse i Sydkorea. *Biomark Res* 13, 114 (2025). <https://doi.org/10.1186/s40364-025-00831-w>

8. Martellucci A, *et al.* (2025). **COVID-19-vaccination, dødelighed af alle årsager og hospitalsindlæggelse for kræft: 30-måneders kohortundersøgelse i en italiensk provins.** <https://doi.org/10.17179/excli2025-8400>
9. <https://iris.who.int/handle/10665/383271>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (Background paper for the second European Programme of Work. Report: EPW2 2026-2030:) <https://iris.who.int/bitstreams/3b19a299-48f9-4a4b-a2a4-bbc8e00dfbb5/download>)

Med venlig hilsen

Dr. Jeanne A. Rungby, MD.

Speciallæge

Høringssvar fra KL vedrørende national opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende national opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud. KL anerkender behovet for fra nationalt hold at beskrive, hvad det almenmedicinske tilbud skal levere – samlet set og på kliniskniveau.

KL kvitterer for, at opgavebeskrivelsen afspejler de mange og væsentlige samarbejdsflader mellem kommuner og det almenmedicinske tilbud. Borgers egen læge udgør en af de mest væsentlige samarbejdspartnere for personale på en række af de kommunale forvaltningsområder, og det er derfor positivt, at opgavebeskrivelsen anerkender, at dette samarbejde er vigtigt og bør prioriteres i det almenmedicinske tilbud.

Dato: 8. december 2025

E-mail: NISV@kl.dk
Direkte: 3370 3832

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 5

Kommentarer til afsnit 2. Myndighedsansvar

2.3.2 Fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser

Opgavebeskrivelsen beskriver, at regionen skal tilvejebringe fasttilknyttede speciallæger i almen medicin på plejehjem og botilbud. Dette er afgørende for at styrke det primære sundhedsvæsen og dermed undgå unødvendige indlæggelser samt at mindske ulighed i sundhed. Dækningsgraden for fasttilknyttede læger på plejehjem er i dag høj (estimeret over 90 pct.), mens dækningsgraden på botilbud fortsat er under 10 pct. Dette afspejler bl.a., at aftalen om faste læger på botilbud først blev indført med overenskomsten fra 2025.

Opgavebeskrivelsen bør ikke desto mindre indeholde en klar ambition om at styrke dækningen på botilbuddene i tråd med intentionen i sundhedsreformen. Opgavebeskrivelsen bør fx beskrive en tidsramme for, hvornår alle relevante botilbud bør have en fasttilknyttet læge. Derudover bør det beskrives, at det er ambitionen, at alle typer af botilbud bør dækkes. Aftalen i overenskomsten, der gælder i dag, vedrører udelukkende tilbud efter serviceloven § 108 og almenboliglovens § 105 med hjælp efter servicelovens § 85. Tilbud efter serviceloven §107 og efter Barnets Lov bør tilsvarende dækkes.

Derudover gælder det for både botilbuds- og plejehjemslægeordningen, at det bør beskrives, at ordningen giver mulighed for, at borgere, der ønsker det, kan vælge den fast tilknyttede læge, uagtet at denne ellers har lukket for patienttilgang.

Endeligt mener KL, at der bør indføres krav om fasttilknyttet læge på kommunale midlertidige pladser baseret på den kommende model for lægedækning af sundheds- og omsorgspladser. Det fremgår ubegrundet og ulogisk, såfremt der ikke søges etableret styrket lægedækning på disse pladser, mens plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser omfattes.

Dato: 8. december 2025

E-mail: NISV@kl.dk
Direkte: 3370 3832Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 2 af 5

2.3.3 Tværsektorielle samarbejdsfora

KL kvitterer for, at forpligtelsen til at indgå i tværsektorielle fora, fx Kommunalt Lægelige Udvalg fremgår af opgavebeskrivelsen. KL mener dog ikke, at den nuværende beskrivelse er hensigtsmæssig, bl.a. da de temaer, der nævnes som eksempler på opgaver i udvalgene, primært vedrører samarbejdet med sygehusene/regionerne.

KL foreslår, at følgende formulering indsættes vedrørende de Kommunalt Lægelige Udvalg: *"Kommunerne etablerer Kommunalt Lægelige Udvalg med repræsentanter fra det almenmedicinske tilbud og fra kommunen med henblik på samarbejde og implementering af nye opgaver omkring fælles borgere."* KL noterer sig, at parterne indenfor rammene af arbejdsgruppen har tilkendegivet et udtrykkeligt ønske om, at opgavebeskrivelsen rummer en sådan rammesætning af samarbejdet mellem kommuner og repræsentanter for læger i lokalområdet.

Gældende overenskomst rummer en forpligtelse for kommuner til at etablere Kommunalt Lægelige Udvalg (KLU'er). Udgifter til udvalgenes drift afholdes af kommunerne. Der kan i øvrigt henvises til denne vejledning:

[Bilag B-7: Vejledning om kommunalt lægelige udvalg](#)

Kommentarer til afsnit 3. Basisfunktion

3.4.1. Samarbejde med kommuner

Afsnittet beskriver en række opgaver, der er afgørende for at sikre et godt samarbejde mellem kommuner og det almenmedicinske tilbud, herunder tilgængelighed via elektroniske korrespondancer og henvisning til kommunale tilbud.

Adgang til bag-om-numre for kommunalt personale og samarbejde om akutte problemstillinger

KL mener, at der udestår en beskrivelse af samarbejdet omkring de mere akutte problemstillinger, herunder det kommunale personales adgang til hurtig telefonisk kontakt. I aftalen bag overenskomst om almen praksis 2022 blev det som en del af indsatsen i det sammenhængende sundhedsvæsen fastsat, at praktiserende læger og klinikker forpligtede sig til at stille bagom-numre til rådighed for kommunalt personale fra kommunernes hjemmepleje. Bagom-numrene skal muliggøre, at personalet kan få kontakt til de praktiserende læger i akutte tilfælde uden om den generelle telefonbetjening i dagtid. Det bør på den baggrund fremgå af basisfunktionen, at der skal stilles direkte numre til rådighed for kommunalt personale.

Derudover udestår en beskrivelse af, hvordan det sikres, at der kan tilbydes rettidig lægehjælp i eget hjem ved behov (hjemmebesøg), herunder for borgere på plejehjem eller botilbud. Her tænkes på situationer, hvor en tilstand fx kræver lægehjælp samme dag, men dog ikke er så akut, at situationen vil skulle håndteres via 1813 eller 112.

Overblik over kommunale tilbud

KL noterer sig, at det fremgår, at det er en forudsætning for et velfungerende samarbejde, at den almenmedicinske klinik har adgang til et overblik over

kommunale tilbud, som patienter bør informeres om eller henvises til. KL mener, at det med fordel her kan beskrives, at dette overblik fremgår af sundhed.dk. Her fremgår oversigter på kommuneniveau over hhv. kommunale og regionale tilbud til borgere med forskellige diagnoser eller problemstillinger samt over henvisningsvejene.

Dosispakket medicin

KL mener, at lægernes forpligtelse til at medvirke til udbredelsen af dosispakket medicin bør fremgå af basisfunktionen. I 2023 indgik PLO og RLTN aftale om egen læges bidrag til udbredelsen af dosispakket medicin til relevante patienter, dog særligt patienter med hjælp fra hjemmeplejen. Hver gang 75 borgere går fra manuel medicin håndtering til dosispakket medicin, bliver der gjort en sygeplejerske eller SOSU-assistent fri til andre vigtige opgaver i kommunerne, hvor manglen på medarbejdere er presserende. Dosispakket medicin kan samtidig øge patientsikkerheden markant: Ved manuel pakning af medicin sker der 2-4 fejl pr. 100 pakkede dosisæsker, mens der ved dosispakninger fra apoteket kun sker 2 fejl pr. 1.000.000 pakkede dosisæsker. Det er derfor afgørende for at bruge det samlede sundhedsvæsens ressourcer bedst muligt, at lægerne bidrager til udbredelsen af dosispakket medicin.

I afsnittet om ændret opgavevaretagelse nævnes opstart af dosispakket medicin som eksempel på en opgave, der på sigt kan overgå til apotekerne. Behandlingsfarmaceuter på apoteker kan allerede iværksætte dosispakket medicin for borgere i stabil behandling (samme medicin og samme dosis i mindst seks måneder). Det er i den forbindelse afgørende, at der er overensstemmelse mellem lægernes og apotekernes forståelse af, hvilke borgere der er egnede til opstart. Derudover påpeger KL, at opgaven ifm. dosispakket medicin ikke primært ligger i opstarten, men derimod mere i den løbende vedligeholdelse. KL ser et stort potentiale i at arbejde for mere smidig medicin håndtering på tværs af systemer, herunder at se på om andre faggrupper kan spille en større rolle.

Kommentarer til afsnit 4. Udvikling og ændret opgavevaretagelse

4.1.2 Patientforløb med færre og bedre overgange

Afsnittet beskriver, at det på sigt vil være hensigtsmæssigt, at der gives mulighed for, at almenmedicinske tilbud, i tillæg til sygehusene, kan henvise til genoptræning i kommunerne. Almen praksis kan allerede i dag henvise til genoptræning i kommunen efter ældre-/servicelovgivningen, mens det fortsat kun er sygehusene, der kan udarbejde genoptræningsplaner efter sundhedslovens §140. Det fremstår derfor uklart i opgavebeskrivelsen (s. 34), hvad det fremtidige sigte er. KL forstår muligheden således, at det almenmedicinske tilbud skal kunne henvise til genoptræning efter §140 i sundhedsloven. KL understreger, at en sådan henvisning kræver en fyldestgørende genoptræningsplan. KL ser umiddelbart positivt på muligheden, der kan medvirke til, at flere relevante borgere vil få imødekommet deres behov for genoptræning. Dog skal det samtidig understreges, at den eventuelle nye henvisningsvej vil kræve nærmere analyse, herunder af forventet meraktivitet og dertilhørende behov for ekstra økonomi på genoptræningsområdet.

Dato: 8. december 2025

E-mail: NISV@kl.dk

Direkte: 3370 3832

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 3 af 5

Dato: 8. december 2025

E-mail: NISV@kl.dk
Direkte: 3370 3832

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 5

4.1.3 Et styrket samlet primært sundhedsvæsen

KL ser positivt på, at opgavebeskrivelsen indeholder et udviklingsspor, der indebærer en øget gensidig tilgængelighed mellem det almenmedicinske tilbud og kommuner. Her nævnes øget mulighed for telefonisk kontakt, videokontakt og tværfaglige møder. Dermed beskriver afsnittet i høj grad forhold, der bør være på plads allerede i dag. Afsnittet bør indeholde en mere klar ambition om udvikling. Det kunne fx dreje sig om fasttilknyttede læger til de faste teams i hjemmeplejen. Et udviklingstiltag kunne også være øget tilgængelighed, fx udvidet åbningstid, for kommunale samarbejdspartnere.

4.1.4 Bedre brug af ressourcer

Henvisning til fysioterapi

KL mener, at det bør præciseres, at der er tale om fri adgang til *tilskudsberettiget* og ikke *vederlagsfri* fysioterapi - også i sidste sætning. Se tekstmært forslag nedenfor:

Almenmedicinske tilbud vurderer aktuelt patienter før henvisning til tilskudsberettiget fysioterapi, men forsøg med fysioterapi uden henvisning har vist, at patienterne oftest selv kan vurdere behovet. Regelsættet kan ændres, så patienter får adgang til [indsæt: tilskudsberettiget] fysioterapi uden forudgående henvisning fra almenmedicinske tilbud.

Tekstnære bemærkninger

Generelt:

Det bør ensrettes gennem opgavebeskrivelsen, hvordan der refereres til de kommunale områder med snitflader til almen praksis. En dækkende betegnelse er "det kommunale sundheds-, ældre-, social-, beskæftigelses- samt børne- og ungeområde".

Midt side 8 fremgår denne sætning: "Rådene har endvidere ansvar for, at kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud samarbejder om sammenhængende forløb og fordeling af ressourcer". KL mener, at denne sætning er misvisende, da rådene er stående udvalg i regionen, mens samarbejde mellem kommuner og regioner er et fælles ansvar, hvor parterne kan vælge at benytte sundhedsrådene som ramme for den dialog.

På side 10 fremgår: "den faglige ledelse af almenmedicinske tilbud skal, inden for rammerne af den nationale opgavebeskrivelse, understøtte at kapacitet, kompetencer og opgaveplacering løbende tilpasses. Forebyggelse, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering skal ske der, hvor det er mest hensigtsmæssigt for patienterne og det samlede sundhedsvæsen". Denne formulering lægger op til, at det er en del af regionens faglige ledelse at beslutte opgavefordelingen i det samlede sundhedsvæsen. KL understreger, at regionen udelukkende skal drive faglig ledelse for det almenmedicinske tilbud og ikke for fx kommunerne.



Nederst på side 11 bruges betegnelsen "den kommunale del af sundhedsvæsenet". Udtrykket bør erstattes med fx blot "kommuner" for at afspejle, at det almenmedicinske tilbud har samarbejdsflader med mere end blot det kommunale sundhedsområde.

Side 21 under afsnittet om forebyggelse fremgår dette: "Almenmedicinske tilbud har desuden en opgave i at henvise til kommunale og regionale forebyggelsestilbud, herunder patientrettede forebyggende indsatser målrettet patienter med kroniske sygdomme med henblik på forebyggelse af forværring samt forbedring af egenomsorg og livskvalitet". KL mener, at borgerrettede forebyggelsestilbud ligeledes bør nævnes.

Nederst på side 22 om koordination: De borgergrupper, der fremhæves som dem, det almenmedicinske tilbud har et særligt ansvar over, er også dem, der meget ofte vil modtage kommunale indsatser. Det bør derfor fremgå af dette afsnit, at kommunerne er en væsentlig samarbejdspartner ift. koordination af forløb for sårbare borgere.

Dato: 8. december 2025

E-mail: NISV@kl.dk
Direkte: 3370 3832

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 5

Høringssvar til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

KiAP (Kvalitet i Almen Praksis) vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar til ovennævnte.

Nedenstående høringssvar vil primært være centreret omkring de forhold i opgavebeskrivelsen, der omhandler kvalitetsudvikling og understøttelsen heraf.

Kvalitetsbegrebet er flerdimensionelt

Der bør anvendes en bred definition af kvalitet i de almenmedicinske tilbud, herunder et organisatorisk og et patientrettet fokus. En for ensidig fokusering på fx behandlingsmål for konkrete sygdomme, vil give et misvisende billede af kvaliteten af det samlede arbejde, der udføres i den almenmedicinske dagligdag. Kvalitetsmål bør omfatte forhold, som også berører den hjælp og støtte, der ydes til patienterne omkring større egenomsorg og bedre sundheds- og sygdomsforståelse, det arbejde der løbende udføres for at undgå indlæggelser, sikring af forhold omkring patientsikkerhed mv. Herudover bør patienternes egen vurdering af kvalitet spille en stor rolle, og det bør overvejes om forhold som arbejdsmiljø, trivsel og tilfredshed internt i klinikkerne også skal medtages, da sådanne forhold også har betydning for arbejdet med forbedring af kvaliteten i patientbehandlingen.

En bred forståelse af kvalitet i de almen medicinske tilbud vil i øvrigt være i tråd med det kvalitetsbegreb lovforslagets § 227 introducerer omkring, de kvalitetskriterier regioner skal påse, når de skal udbyde driften af ledige ydrenumre: *Ved »kvalitet« forstår i den foreslåede bestemmelse f.eks. kontinuitet, bemanning af læger, anvendelse af praksispersonale, samarbejde med øvrige sundhedsvæsen og tilgængelighed mv.*

Der kan med fordel inddrages den definition af kvalitet som er udarbejdet af DSKS.

Brugen af målepunkter fremfor indikatorer

I modsætning til lovforslaget anvender opgavebeskrivelsen 'indikatorer' som måden, hvormed kvaliteten af en række forhold omkring de almenmedicinske tilbud skal monitoreres.

I det aktuelle kvalitet- og klyngearbejde i almen praksis anvendes 'målepunkter' frem for indikatorer. Forskellen på de to er, at der i målepunkter ikke fastsættes et arbitrært mål for 'god' kvalitet. Der er i stedet fokus på variation mellem fagkollegaer og refleksion over egen aktivitet. Den faglige professionalisme, hos den enkelte praksis bliver driveren for det ønskede forandringsarbejde. Den måde at arbejde med kvalitetsudvikling på, har vist god effekt i regi af klyngearbejdet med udgangspunkt i de nationale og regionale klyngepakker. På den baggrund opfordres der til, at der i opgavebeskrivelsen anvendes målepunkter som udtryk for forhold, der kan arbejdes med i relation til kvalitetsforbedringer og kvalitetsmonitorering.

Opgavebeskrivelsen kan med fordel også italesætte behovet for, at der skal arbejdes med, hvordan man kan synliggøre det 'svært målbare' jf. afsnittet om kvalitetsbegrebet, der i langt højere grad end i en hospitalskontekst gør sig gældende i det almenmedicinske arbejde. En del af belysningen heraf kan komme fra PRO-data og patienttilfredshedsundersøgelser, hvor forhold omkring kontinuitet, tillid og tilfredshed og ikke mindst patienternes egen oplevelse af deres helbred og kvalitet af behandlinger mv. er centrale elementer.

Fokus på det tværsektorielle samarbejde

I afsnit 3.4.1 italesættes samarbejdet med kommunerne. KiAP har i en årrække tilbudt en række tværsektorielle klyngepakker, der bl.a. faciliterer samarbejdet mellem kommuner og almen praksis. Her samles læger og relevante medarbejdere fra kommunen om et aktuelt tema, som de på baggrund af typisk spørgeskemadata og refleksionsspørgsmål drøfter og med afsæt heri aftaler, hvordan samarbejdet kan forbedres. Disse pakker er udbredte og vellidte hos både læger og kommuner. Det kan overvejes om dette koncept i opgavebeskrivelsen skal italesættes som en mulighed og et værdifuldt omdrejningspunkt for samarbejdet mellem kommuner og de almenmedicinske tilbud.

På samme måde kunne det styrke det tværsektorielle samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis og understøtte udviklingen af en fælles kvalitetskultur, hvis der udvikles et lignende koncept omkring tværsektorielle fælles faglige møder.

Se KiAP's pakker her: [Pakketilbud - KiAP](#)

I lovudkastet lyder det: *Den nationale opgavebeskrivelse vil også skulle indeholde krav til regionsrådets opgaver og forpligtelser i relation til faglig udvikling, som regionsrådet vil skulle efterleve i sin planlægning og tilrettelæggelse af det almenmedicinske tilbud. Det vil være krav til regionsrådets understøttelse af de almenmedicinske tilbud med fokus på udvalgte udviklingsområder, som f.eks. multisygdom og komplekse patienter, differentiering, forskning og kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.*

For at ovenstående kan lykkes er det nødvendigt, at der stilles relevante data til rådighed fra den øvrige primære sundhedssektor og hospitalerne, for det tværsektorielle samarbejde og den tværsektorielle kvalitetsudvikling. Ikke mindst i forhold til den almenmedicinske varetagelse af kronikeromsorgen, er dette afgørende.

Ligeledes bør regionerne sikre en organisering, der smidigt og forpligtende stiller faglighed til rådighed for fælles læring og kvalitetsudvikling. Det kunne eksempelvis være i regi af klyngepakker og klyngearbejdet, hvor der med udgangspunkt i fælles populationsdata reflekteres over samarbejdet og løbende arbejdes med vedligeholdelse heraf.

I afsnit 2.1.2. Kvalitetsudvikling fremgår det, at *"Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet har til opgave at pege på områder, hvor Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) bør udarbejde*

klyngepakker til klyngernes arbejde. Efter denne sætning kunne der med fordel tilføjes en regional forpligtelse om at understøtte de nationale pakker lokalt, det kunne være i form af datakonsulenter, facilitering, efteruddannelsestilbud eller lignende.

Klyngepakkernes fundament

De faglige retningslinjer, der omhandler patientgrupper, som primært varetages i almen praksis, bør udarbejdes med udgangspunkt i det almenmedicinske arbejde og understøttes af det øvrige sundhedsvæsen.

De kvalitetspakker, der initieres af Fagligt råd bør konceptuelt skulle favne efteruddannelse og forskning hvor relevant. Det vil give et bredere implementeringsfokus og understøtte udbredelsen bedre.

En national dataplatform

Under 2.1.2, sidste afsnit, italesættes udvikling af en national dataplatform fra den 1. januar 2027. Det er uklart hvilken platform, der henvises til, og i hvilket regi den udvikles. Er man opmærksom på, at KiAP aktuelt på vegne af PLO og RLTN arbejder på at etablere en kvalitetsplatform, der vil indeholde alle strukturerende data fra almen praksis?

Efteruddannelsestilbud kan understøttes af Kvalitetsplatformen (jf. ovenfor) og således tage udgangspunkt i klinikkernes egne data og patientpopulationer. Det bør overvejes, at fremtidens efteruddannelsestilbud skal understøtte? Implementeringen af disse datamuligheder.

Systematisk registrering af ICPC-koder

Mange af de ambitioner, der beskrives omkring populationsomsorg, datadrevet kvalitetsudvikling, monitorering af kvalitet, datadeling omkring et tværsektorielt samarbejde mv. kræver data af høj validitet og kvalitet. Det forudsætter en god og bred registreringspraksis i de almenmedicinske tilbud - ikke mindst i forhold til diagnosekodningen.

Derfor bifaldes det at netop systematisk registrering af ICPC-koder fremhæves som et fokusområde i de almenmedicinske klinikker. Der bør være en løbende opmærksomhed på området i form af fx undervisning og formidling af diagnosekodningens mange fordele. Et arbejde der bør integreres i den almenmedicinske uddannelse.

Den nuværende lovgivning modarbejder ambitionerne

I samme afsnit, 5.2.1, lyder det senere: *De tekniske løsninger skal understøtte integration til fælles platforme, adgang til relevante datakilder og understøttelse af tværsektorielt samarbejde og dokumentation. Dette indebærer klare snitflader og kædeansvar i forhold til driftsansvar, datakvalitet og support, så det almenmedicinske tilbud kan levere og anvende data som en integreret del af deres opgaveløsning.*

Der vil i den nuværende lovgivning være juridiske forhindringer for at gennemføre datadeling, så den imødekommer alle relevante behov i det tværsektorielle samarbejde og i arbejdet med populationsomsorg i de almenmedicinske tilbud. Her skal særligt nævnes *Bekendtgørelsen om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger*. Heri fremgår at opslag om medicin og vaccinationer kun må ske i forbindelse med konkret patientbehandling. Det umuliggør at kunne lave et populationsopslag med fuldt opdaterede informationer om medicin og vaccinationer.

Der er behov for, at lovgivningen følger med de italesatte forventninger i opgavebeskrivelsen. Opgavebeskrivelsen kunne med fordel følges af et midlertidigt eller dynamisk tillæg omhandlede de aktuelle juridiske forhindringer for smidig datadeling mellem sundhedsaktører. Dette kunne så være retningsgivende for det løbende lovarbejde i Sundhedsministeriet.

Forpligtelse til at deltage i klyngearbejdet

I afsnit 3.5.3 lyder der: *Klinikken er forpligtet til at indgå i en kvalitetsklynge og benytte nationalt bestemte digitale værktøjer, som medvirker til overblik, faglig udvikling og bedre patientforløb.*

Vær opmærksom på, at deltagelse i klyngearbejdet i det nuværende overenskomstregi, påfalder den enkelte læge og ikke en klinik. Det er således i den nugældende aftale ikke tilstrækkeligt at lade en klinik repræsentere i klyngearbejde med et mindre antal ejerlæger, end hvad der er tilknyttet den pågældende klinik.

Vi håber, I vil se positivt på ovenstående, og står naturligvis til rådighed for uddybning mv.

Med venlig hilsen

Sundhedsstyrelsen
fopssst@sst.dk
cc: hesap@sst.dk

5. december 2025

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høringssvar vedr. opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar på opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud er et skridt på vejen til at understøtte en ændret opgavevaretagelse i det almen medicinske tilbud.

Opgavebeskrivelsen har en god opdeling af beskrivelse af regionens myndighedsansvar, almen praksis' kerneopgaver og udvikling af det almen medicinske tilbud.

Ældre Sagen finder det positivt, at der i opgavebeskrivelsen er fokus på udvikling og ændret opgavevaretagelse, og at der er skitseret en række sigtelinjer. Vi havde dog gerne set, at sigtelinjerne havde været mere ambitiøse og haft større fokus på det almenmedicinske tilbuds rolle i omstillingen af sundhedsvæsenet, bl.a. i forhold til kronisk syge og sårbare patienter, herunder ældre medicinske patienter og samarbejdet omkring denne gruppe.

Ældre Sagen havde gerne set, at det almenmedicinske område fik en endnu større rolle i behandlingen og koordineringen af indsatsen for ældre medicinske patienter og indgår i et mere formaliseret og tæt samarbejde med helhedsplejen og får mulighed for at visitere til kommunale ydelser. Der er i den sammenhæng behov for nytænkning af opgavebeskrivelsen i afsnit 4 *Udvikling og ændret opgavebeskrivelse* med konkrete forslag til samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud og den regionale akutsygepleje, hjemmebehandlingsteams, helhedsplejen samt de nye sundheds- og omsorgspladser.

Vi er opmærksomme på, at omstillingen af sundhedsvæsenet medfører, at der skal ske en løbende udvikling af det almenmedicinske tilbud. Ældre Sagen finder det derfor også positivt, at der er mulighed for mindre tilpasninger hvert andet år. En videreudvikling af opgavebeskrivelsen vil være nødvendig for at kunne imødekomme ambitionerne med reformen.

Ældre Sagen er dog bekymret for, at der flyttes en række opgaver fra sygehusene og det specialiserede sundhedsvæsen, fx udredning af demens, uden at der i tilstrækkelig grad er taget højde for nye rammer for samarbejde, nye kompetencer, opgavefunktioner og tilstrækkelige ressourcer. Vi frygter derfor, at det eksisterende

almenmedicinske tilbud ikke kan leve op til sundhedsreformens ambitioner om, at flere opgaver skal varetages i det almen medicinske tilbud.

2. Myndighedsansvar

2.2.3. Faglig sparring og rådgivning

Ældre Sagen finder det positivt, at regionen yderligere skal understøtte, at almenmedicinske tilbud indgår i relevante samarbejdsfora med kommuner og regionale aktører. Det gælder blandt andet, at sygehusene i højere grad skal fungere som udadvendte aktører, der aktivt understøtter det almenmedicinske tilbud gennem gensidig faglig sparring og rådgivning.

Ældre Sagen mener, at det bør præciseres, at svækkede ældre patienter, som ofte har flere forskellige sygdomme og et diffust sygdomsbillede, kan have fordel i involvering af det almenmedicinske tilbud, også ved henvisning til yderligere udredning. Dette er vigtigt for at undgå unødvendige undersøgelser og frem-og-tilbage-forløb. Almenmedicinske tilbud bør derfor som tovholder i videst muligt omfang være involveret i hele forløbet.

Ligeledes bør der være mulighed for, at der i samarbejde mellem det almenmedicinske tilbud og hospital er fleksible og klare rammer for, hvem der har behandlings-ansvaret for svækkede ældre patienter og hvor længe. Hvis det almenmedicinske tilbud og hospitalet vurderer behov for yderligere samarbejde i en begrænset tidsperiode, bør der etableres mulighed for udvidet behandlings-ansvar fra hospitalet i en længere periode som i "Kom trygt hjem"-modellen, hvor hospitalet har behandlingsansvaret i 14 dage.

2.3.2. Fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgs-pladser

Fasttilknyttede læger på plejehjem er en stor succes mange steder. Antallet af plejehjemspladser falder desværre i forhold til udviklingen i antallet af 80-årige. I 2012 var der plejeboliger nok til 19,5 pct. af de 80+ årige. I 2025 er tallet faldet til 13 pct. Ældre mennesker er således længere tid i eget hjem og er ofte meget svækkede og syge, inden de eventuelt kommer på plejehjem. Samtidig behandles og plejes flere ældre patienter i eget hjem frem for på hospitalet.

Ældre Sagen ser derfor behov for at videreføre erfaringer fra det tætte samarbejde mellem almen praksis og plejehjems personale til faste teams i helhedsplejen i en lignende model. Hvis ældreplejen skal forebygge indlæggelser og genindlæggelser, er det helt afgørende, at det almenmedicinske tilbuds udadvendte rolle også udvides til gavn for hjemmeboende ældre og ældreplejen i et mere organiseret samarbejde, hvor der er fast tilknytning mellem det almenmedicinske tilbud og helhedsplejen. Dette bør evt. tilføjes som et konkret forslag under sigtelinjerne i *afsnit 4 Udvikling og ændret opgavevaretagelse*.

I forbindelse med oprettelsen af nye sundheds- og omsorgspladser skal almen praksis kunne indlægge eller tildele ophold på regionale sundheds- og omsorgs-pladser.

3. Basisfunktion

Med flere opgaver til det almenmedicinske tilbud er det vigtigt, at det almenmedicinske tilbud udvikles, så det modsvarer sundhedsreformens ambitioner om, at almenmedicinske tilbud skal have nye roller ifm. palliation, demens og i pakkeforløb. Det er ikke tydeligt, hvor det kompetenceløft og ændring af det almenmedicinske tilbuds rolle beskrives, udover det nævnte i afsnit 4.1.6 *En styrket kvalitetsudvikling og forskning*.

3.2.4 Palliation

I opgavebeskrivelsen fremgår det, at den almenmedicinske klinik skal identificere palliative behov hos patienter med livstruende sygdomme og varetage basal palliation i samarbejde med relevante aktører.

Herudover fremgår det, at det almenmedicinske tilbud er den gennemgående sundhedsfaglige kontakt for patienten og skal koordinere indsatser på tværs af sektorer i det palliative forløb for patienter med livstruende sygdomme.

Det bør af opgavebeskrivelsen fremgå, at det almenmedicinske tilbud, som den gennemgående sundhedsfaglige kontakt og koordinerende funktion, sikrer, at pårørende tilbydes relevant og nødvendig støtte i forbindelse med palliative indsatser.

Ligesom der bør være et tæt samarbejde med nøgle- eller ressourcepersoner i den kommunale sygepleje med specialkompetencer indenfor palliation.

I dag har en fjerdedel af plejehjemmene ikke fokus på at yde palliation til mennesker med livstruende sygdomme, selvom de fleste beboere er alvorligt svækkede og er i de allersidste år af deres liv. Beboerne lever i gennemsnit to år og otte måneder på plejehjem, og knap en tredjedel dør indenfor et år. Ca. halvdelen af beboerne lider af en eller flere kroniske og/eller livstruende sygdomme og to tredjedele har en demenssygdom. Det vil sige, at stort set alle plejehjemsbeboere ville have gavn af palliativ indsats. Hertil kommer, at Dansk Palliativ Database gennem flere år har kunnet påvise betydelig ulighed i adgangen til den specialiserede palliation afhængig af diagnose, bopæl, alder og uddannelsesniveau. Et kompetenceløft er i forlængelse heraf en væsentlig forudsætning for, at alle med en livstruende sygdom tilbydes en palliativ indsats med udgangspunkt i den enkeltes behov.

Med sundhedsreformen 2024 skal der udarbejdes nationale tværgående kvalitetsstandarder også for det palliative område. Opgavebeskrivelsen bør derfor opdateres i overensstemmelse med de tværgående nationale kvalitetsstandarder.

Det er vigtigt, at der sker et kompetenceløft indenfor palliation i det almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med de nye tværgående nationale standarder for at sikre, at alle patienter får lige adgang til lindrende behandling ved alvorlig og livstruende sygdom og svækkelse.

3.6.2 Udredning af demens

Indfrielsen af Sundhedsreformens ambitioner om, at de almenmedicinske tilbud fremover skal udrede og behandle en større andel af personer med demens, er en vidtgående og stor ændring af det almenmedicinske tilbud. Derfor har Ældre Sagen en række bekymringer, som ikke nødvendigvis skal beskrives i opgavebeskrivelsen, men som vi i så fald mener skal adresseres et andet sted af mere forpligtende karakter end de faglige anbefalinger. Det drejer sig både om nødvendige kompetencer, værktøjer, undersøgelsesmetoder, redskaber, sparring fra det specialiserede område, så der kan ske en tidlig opsporing.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens "Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens (2025)", at formålet med opgavebeskrivelsen for de almenmedicinske tilbud er "... at skabe en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af de almenmedicinske tilbud, bedre samarbejde og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb og et grundlag for at gennemføre en faglig og organisatorisk udvikling af det almenmedicinske tilbud. Det er forventningen, at for så vidt angår beskrivelsen af udredning af demens i opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud vil det tage afsæt i de faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens."

I de faglige anbefalinger understreges det blandt andet, at "... tilstrækkelige kompetencer i det almenmedicinske tilbud, [er] en væsentlig forudsætning for, at flere patienter kan færdigudredes i almen praksis." Anbefalingerne gør samtidig klart, at opgavebeskrivelsen skal "... indeholde krav og anbefalinger til den samlede almenmedicinske ydelse, som regionen er forpligtet til at tilvejebringe, samt krav til basisfunktionen, herunder opgaver, funktioner og kompetencer, som den enkelte praksis er forpligtet til at tilvejebringe."

På den baggrund stiller Ældre Sagen sig uforstående overfor, at krav til kompetenceudvikling relateret til demensudredning helt er udeladt i opgavebeskrivelsen. Kompetencer bliver afgørende for, at mennesker med symptomer på demens modtager tidlige og kvalificerede tilbud – både i forhold til den indledende udredning i almen praksis og i forhold til korrekt og rettidig henvisning til regional udredningsenhed, når dette er nødvendigt for den enkelte patients behandling og støtte.

Behovet bliver kun mere presserende i lyset af de kommende lægemidler til behandling af Alzheimers sygdom, hvor effekten forudsætter tidlig opsporing og udredning – betydeligt tidligere end det ofte sker i dag.

De faglige anbefalinger fremhæver også, at speciallægen i almen medicin skal tage stilling til en række juridiske implikationer af kognitiv svækkelse, herunder kørekort, våbentilladelse, fremtidsfuldmagt og værgemål. Da Ældre Sagens erfaring er, at disse forhold ofte ikke håndteres tidligt nok i demensforløbet, anbefaler vi, at denne opgave indgår eksplicit i opgavebeskrivelsen eller et andet sted.

Herudover bør opgavebeskrivelsen tydeliggøre, at de almenmedicinske tilbud skal have adgang til de nødvendige undersøgelsesmetoder og -redskaber, der er en forudsætning for at kunne varetage en større del af udredningen. Det omfatter fx blodprøver, kognitive tests (fx MMSE eller BASIC4), EKG og adgang til CT-scanning. Ligeledes bør det fremgå eksplicit, at almen praksis skal have let adgang til rådgivning fra de regionale udredningsenheder ved fortolkning af resultater og ved tvivlstilfælde. Ældre Sagen anbefaler, at det præciseres, at denne rådgivning bør være let tilgængelig i et organiseret samarbejde.

Opgavebeskrivelsen angiver, at det almenmedicinske tilbud skal "... udrede og behandle patienter med demenssygdom, hvor specialiseret udredning ikke vurderes at ændre behandling eller indsatser." Denne vurdering er en individuel og kompleks lægefaglig opgave, som bl.a. er med til at understrege vigtigheden af de rette kompetencer i det almenmedicinske tilbud. Der bør også med henblik på øget lighed i sundhed præciseres, at der skal udarbejdes kriterier, der ligger til grund for, hvornår man bliver vurderet til at have adgang til specialiseret udredning, og hvornår man kan udredes i det almenmedicinske tilbud. Ældre Sagen foreslår derfor, at sondringen mellem indledende udredning og færdigudredning præciseres.

4. Udvikling og ændret opgavevaretagelse

Det almen medicinske tilbud har en helt afgørende rolle i udviklingen af det nære sundhedsvæsen og visionen med sundhedsreformen.

Sigtelinjerne i afsnit 4 er derfor positive, men skal løbende udvikles og opdateres med henblik på at udvikle det almen medicinske tilbud i takt med, at den regionale akutsygepleje, helhedsplejen, de nye sundheds- og omsorgspladser samt kvalitetsstandarder på palliationsområdet udvikles og defineres.

Ældre Sagen havde gerne set, at opgavebeskrivelsen havde været med til at sætte rammerne og ambitionerne for nye samarbejder, arbejdsopgaver og snitflader med ældreplejen, hospitaler, regional akutsygepleje og sundheds- og omsorgspladser.

Ældre Sagen havde gerne set, at hensigterne i udviklingen af det almen medicinske tilbud havde en mere forpligtende karakter og var mere konkret formuleret med flere "skal"-opgaver.

4.1.1. Øget lighed i sundhed

Ældre Sagen er meget enig i sigtelinjerne om, at det almenmedicinske tilbud skal have en større rolle særligt for ældre patienter i forbindelse med:

Styrkelse af opsøgende indsatser

For at forebygge indlæggelser og genindlæggelser kan det almenmedicinske tilbud med fordel tilbyde opsøgende hjemmebesøg målrettet skrøbelige ældre patienter med behov for hjemmebesøg i tæt samarbejde med ældreplejen og evt. pårørende ved begyndende eller forværring af skrøbelighed.

Formålet med besøget er at vurdere den ældres ressourcer, funktionsevne og livssituation, at forebygge/håndtere begyndende sundhedsproblemer, at iagttage og evt. revidere patientens medicinforbrug efter medicingennemgang og at ajourføre FMK.

Differentiering

Almen praksis arbejder i forvejen med at differentiere patienter og identificere mennesker med et særlige behov, fx sammenhæng og kontinuitet.

Ældre Sagen vil opfordre til, at der inden for målgruppen ældre patienter indføres et fælles sprog og en fælles referenceramme på tværs af sektorer og faggrupper for særligt skrøbelige ældre. Et fælles sprog på tværs af sektorer vil styrke de tværfaglige indsatser og sikre et mere helhedsorienteret behandlingsforløb. For at understøtte ældreplejens arbejde og forebygge unødvendige indlæggelser skal almen praksis have særlig bemyndigelse og udvidede opgaver i forhold til denne gruppe af patienter i ældreplejen.

Det kunne fx være, at alle aktører anvendte Clinical Frailty Scale (CFS) som skrøbelighedsvurdering. Dette anvendes allerede i nogle kommuner, i dele af almen praksis og på hospitaler.

4.1.2. Patientforløb med færre og bedre overgange

Ældre Sagen finder det meget positivt, at der i sigtelinjerne tages højde for, at mange ældre patienter behandles i det nære sundhedsvæsen og ikke nødvendigvis udskrives med en genoptræningsplan for sygehus.

Det er således positivt, at der i *afsnit 4.1.2. Patientforløb med færre og bedre overgange* åbnes op for, at det almen medicinske tilbud kan henvise til genoptræningsforløb efter sundhedsloven uden indlæggelse.

Ældre Sagen vil foreslå, at dette skærpes yderligere i teksten, så der står, at regelsættet skal ændres, så patienter får adgang til genoptræning efter sundhedsloven uden at have været indlagt på sygehus.

Ældre Sagen vil desuden opfordre til, at der tilføjes følgende udviklingsområder:

- Ernæringsindsatser - for svækkede og syge ældre patienter kan underernæring være et stort problem. Det almenmedicinske tilbud har en afgørende rolle i forbindelse med at opspore ernæringsrisiko hos ældre patienter. Det almen medicinske tilbud bør således have mulighed for at henvise patienter til diætister og ernæringsvejledning samt sikre, at ernæringsstatus indgår i henvisninger til hospitaler, ligesom det almen medicinske tilbud bør involveres i eventuelle ernæringsindsatser igangsat i forbindelse med udskrivning fra hospital.
- Visitation til sociale indsatser (social prescribing) for at forebygge ensomhed og social isolation. Der er positive erfaringer med social prescribing fra England samt fra et igangværende projekt i Københavnsområdet, hvor både lokale læger og civilsamfund deltager. Projektet er inspireret af lignende initiativer i England og har allerede hjulpet ældre mennesker

videre til meningsfulde fællesskaber. Denne model bør forhandles enten nationalt eller i de regionale sundhedsråd, men det kan allerede nu være en målsætning, at det almenmedicinske tilbud udvides og får en central rolle i denne sammenhæng. Dette kan evt. beskrives under sigtelinjer på et længere sigte.

- Ældre Sagen mener, at det almenmedicinske tilbuds udbygning af tovholderfunktionen for ældre patienter med høj skrøbelighed bør være mere omfattende end for den almene patient og indeholde yderligere beføjelser ift. behandling og undersøgelse af skrøbelige ældre med kontakt til kommune. Det almen medicinske tilbud skal derfor kunne visitere til helhedsplejeforløb, herunder sygepleje, genoptræning og ernæringsindsatser. Dette vil lette adgangen til hjælp for den enkelte ældre, fremme lægefagligt baseret behovsvurdering og bidrage til rettidig hjælp, hvilket styrker trivsel og forebygger behov for mere omfattende indsatser.

4.1.3. Et styrket samlet primært sundhedsvæsen

Under mere hjemmebehandling bør hjemmebehandlingsteams også nævnes.

4.1.5. Øget brug af data og digitalisering

Det er helt afgørende, at det - som også beskrevet i høringsmaterialet - er frivilligt, at patienter kan vælge digitale løsninger til kontakt, undersøgelser, behandlinger og opfølgning, fx videokonsultationer, hjemmebehandlingsudstyr, herunder til forebyggende indsatser.

Det er afgørende, at dette fastholdes i perspektiv af den netop udsendte *høring over lov om ændring af sundhedsloven og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Anvendelse af beskyttelseshandsker på inhabile patienter, lempelse af krav om forudgående information, sundhedspersoners ordination af medicin med tilskud samt ændret autorisationsproces for kliniske tandteknikere med professionsbacheloruddannelse i klinisk tandteknik)*, hvor der lægges op til, at man kan fravige kravet om mundtlig information i forbindelse med visse patientbehandlinger og udelukkende gennemføre behandling som digitalt forløb.

Det må aldrig blive en pligt at benytte digitale sundhedsløsninger, men derimod en ret at have adgang til, under forudsætning af at det er sundhedsfagligt forsvarligt at tilbyde brug af disse.

5.3 Plan for opdatering af opgavebeskrivelse

Ældre Sagen har værdsat at deltage i følgegruppen for opgavebeskrivelse og bidrager gerne til fremadrettede tilpasninger samt opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse i det rådgivende udvalg.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

Mail til:
fopssst@sst.dk

www.cancer.dk

Kopi til:
hesap@sst.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedr. "Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud"

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere udkast til "Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud."

Kræftens Bekæmpelse er enig i behovet for en styrket og mere ensartet ramme for almenmedicinske tilbud, og opgavebeskrivelsen indeholder flere positive initiativer, der understøtter dette. Opgavebeskrivelsen er imidlertid meget overordnet, og flere afhængigheder forventes uddybet i andre planer og faglige retningslinjer. Det stiller krav om, at den nationale sundhedsplan samt øvrige nationale og regionale planer og retningslinjer præciserer kravene til det almenmedicinske tilbud, så der sikres mere ensartede tilbud på tværs af regionerne.

Kræftens Bekæmpelse bemærkninger til opgavebeskrivelsen fremgår i nedenfor og er jævnfør høringsbrevet så vidt muligt angivet med tydelig reference til kapitel, sidetal og afsnit:

Patientperspektivet

Opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud har primært fokus på sundhedsvæsenets organisering, men patientperspektivet stort set mangler. Inddragelse af patienter og pårørende bør være et gennemgående element, med fokus på patientoplevels kvalitet, fælles beslutningstagen og relevante beslutningsstøtteværktøjer.

Kapitel 1: Introduktion

1.1. Baggrund og formål (s. 5)

I introduktionen (s. 5) kan der med fordel tilføjes en kort læsevejledning til opgavebeskrivelsen, hvor det bl.a. fremgår, hvordan de blå tekstbokse skal læses. Er de blå tekstbokse anbefalinger eller krav til regionerne?

Illustration af udvikling af funktioner over tid (s. 6)

Illustrationen virker noget uklar, da hverken indholdet i basisfunktion eller øvrige funktioner er forklaret i introduktionen – men først senere i opgavebeskrivelsen. Derudover fremgår det

ikke, hvor stor en del af opgaverne, der forventes at ligge i basisfunktionen. Der bør i den forklarende tekst til illustrationen indarbejdes en beskrivelse af, hvilke opgaver der er faste i det almenmedicinske tilbud, og hvilke der kan indføres gradvist frem mod 2035 i takt med, at lægemanglen forventes at blive reduceret. Derudover anbefaler vi, at det tydeliggøres, hvilke opgaver alle klinikker skal kunne varetage, og hvilke der er afhængige af lokale aftaler eller særlige kompetencer. Det vil styrke gennemsigtigheden og sikre, at patienter i hele landet får et ensartet tilbud.

Klare forpligtelser

Det er positivt, at ansvarsfordeling og forventninger flere steder i opgavebeskrivelsen fremstår tydelige. Der er imidlertid også mange steder, hvor der står *bør* og *kan* i stedet for *skal*. Hvis der skal skabes større lighed i tilbud på tværs af landet, er det nødvendigt at opstille bindende krav. Derfor bør formuleringerne strammes, så det tydeligt fremgår, hvad der er obligatorisk.

Kapitel 2: Myndighedsansvar

2.1 Faglig ledelse og samarbejde (s. 10)

Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet er nedsat i relation til opgavebeskrivelsen og skal understøtte sammenhængen mellem kvalitet, efteruddannelse og forskning i almenmedicinske tilbud samt Sundhedsstyrelsens arbejde med den fremadrettede udvikling af opgavebeskrivelsen. Kræftens Bekæmpelse ser behov for en samlet og tydelig beskrivelse af rådets rolle samt for, at patienter og pårørende bliver repræsenteret i rådet. Derudover er sammenhængen mellem det faglige råd og ansvarsområder og opgaver for kvalitetsudvikling i de enkelte regioner og for de nationale kvalitetsorganisationer (Fagligt Råd, Sund-K, KiAP, DSAM og PLO-E) uklare, og der er behov for en mere eksplicit og samlet forklaring af den samlede kvalitetsorganisation omkring de almenmedicinske tilbud.

2.2.1 Diagnostiske undersøgelser (s. 14)

Afsnittet er overordnet og præget af hensigtserklæringer, f.eks.: *Regionens skal understøtte, at relevante diagnostiske undersøgelser er lettilgængelige for almenmedicinske tilbud.*"

Let adgang til diagnostiske undersøgelser skal være en ret for almenmedicinske tilbud. De diagnostiske ydelser bør beskrives mere konkret for at sikre klinisk relevans og sammenhæng i patientforløbene. Det anbefales, at der fastsættes tydelige frister for både adgang til undersøgelser og svartider, da "lettilgængelighed" alene ikke sikrer rettidig udredning. Derudover bør billeddiagnostiske undersøgelser ledsages af en kort faglig vurdering eller anbefaling fra sygehuset om det mulige næste skridt i forløbet, så det almenmedicinske tilbud får et kvalificeret grundlag for den videre planlægning baseret på paraklinikerens specialistviden.

2.2.2 Henvisninger og udskrivningsbreve (s. 15)

Det er generelt positivt, at antallet af tilbagehenvisninger skal nedbringes, og at udskrivningsbreve fra sygehuset skal understøtte gode sektorovergange igennem kortfattede og letforståelige beskrivelser af patientens forløb samt med angivelse af, hvad det almenmedicinske



tilbud anbefales at følge op på. Afsnittet kan godt skærpes, så det tydeligt fremgår, at en afvist henvisning ikke må have opsættende virkning på patientens forløb. Derudover skal sidste og sidste afsnit strammes, så der står, *skal* i stedet for *bør*, så indsatserne bliver forpligtende.

2.2.3 Faglig sparring og rådgivning (s. 16)

Det fremgår, at adgang for almenmedicinske tilbud til sparring og rådgivning er en forudsætning for en opgaveudvidelse i det almenmedicinske tilbud. Sygehusene skal i højere grad fungere som udadvendte aktører, der aktivt understøtter det almenmedicinske tilbud gennem gensidig og lettilgængelig sparring. Derfor etableres der forskellige muligheder for at opnå rådgivning, som imødekommer forskellige behov afhængig af henvendelsens kompleksitet og behovet for hurtig afklaring.

Kræftens Bekæmpelse ser det som positivt, at det almenmedicinske tilbud har forskellige muligheder for rådgivning afhængig af henvendelsens karakter.

Det fremgår af den blå tekstboks, at regionen skal understøtte adgang til telefonisk og skriftlig sparring og rådgivning mellem læger fra relevante specialer og almenmedicinske tilbud med svartid inden for tre hverdage. Det er positivt, at der sættes en tydelig tidsramme, men Kræftens Bekæmpelse anbefaler, at dette nuanceres, så det fremgår, at svartiden bør afspejle henvendelsens karakter – herunder at akutte eller særligt komplekse spørgsmål kræver hurtigere rådgivning.

2.3.1 Almen medicinske tilbud ud over basisfunktionen (s. 17)

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på etableringen af almenmedicinske tilbud, der er særligt indrettet til sårbare målgrupper med særlige behov. Første afsnit bør formuleres i overensstemmelse med den blå tekstboks, så det tydeligt fremgår, at regionerne *skal* gennemgå deres patientunderlag med henblik på at etablere almenmedicinske tilbud målrettet sårbare grupper, hvor disse er overrepræsenteret.

2.3.4 Lægevagtsordning (s. 18)

Kræftens bekæmpelse er enig i, at den fremtidige udvikling af de regionale lægevagtsordninger *skal* - og ikke *bør* som det står i opgavebeskrivelsen - tage udgangspunkt i "Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats", da dette sikrer en mere ensartet tilrettelæggelse af tilbuddet.

Kapitel 3: Basisfunktionen

3.1 Målgruppen for almenmedicinske tilbud og specialet almen medicin (s. 20)

Afsnittet: *"Speciallæger i almen medicin arbejder ud fra principperne for personcentreret almen medicin, hvor en tillidsfuld professionel relation og kendskabet til den enkelte patient danner grundlag for mødet med og behandlingen af patienten. Der anvendes en personcentreret konsultationsproces, som tager udgangspunkt i patientens problem, herunder hvilke*



bekymringer, tanker og funktionsbegrænsninger det har medført, og hvad patienten forventer af lægen” er fint, men bør udbygges med, at lægen træffer en faglig beslutning om udredning og behandling i fællesskab med patienten, jf. det efterfølgende afsnit.

3.2.1 Udredning, behandling og opfølgning (s. 20)

Se bl.a. under afsnit 2.2.1. ”Diagnostiske undersøgelser og ”3.6.3 ”Opfølgning efter kræftforløb”.

3.2.2. Forebyggelse (s. 21)

Afsnittet er meget overordnet uden beskrivelse af hverken målgruppe eller indsatser og kun med fokus på forebyggelse af sygdom. Almenmedicinske tilbud bør også omfatte forebyggelse efter sygdom, herunder opfølgning, rehabilitering og rådgivning med henblik på at reducere risikoen for recidiv eller nye sygdomsforløb. Dette er særligt relevant for patienter, der har gennemgået et kræftforløb. Indsatsen skal understøtte tidlig opsporing, kontinuitet i forløbet og støtte til relevante livsstilsændringer.

Derudover ønsker Kræftens Bekæmpelse, at der tilføjes en yderligere anbefaling i den blå boks med følgende ordlyd: ”Den almenmedicinske klinik henvise til stop-kurser ift. tobak og nikotin”. Anbefalingen kan alternativt tilføjes i den blå boks under afsnit 3.2.3 ”Klinisk vurdering og visitation.

3.2.4 Basal palliation

Kræftens Bekæmpelse finder det positivt, at basal palliation er nævnt i opgavebeskrivelsen, men afsnittet er noget overordnet. Det anbefales, at der henvises til [den kliniske vejledning for almen praksis om palliation fra 2024](#).

3.2.5. Koordination og 3.2.6. kontinuitet (s. 22-23)

Aftalepartierne er med Sundhedsreform 2024 enige om, at det almenmedicinske lægetilbud fra 2027, som en del af basiskravene til det almenmedicinske tilbud, skal varetage en særlig tovholderfunktion for de mest sårbare borgere. Det skal gøre en forskel for patienter, der enten generelt eller i en periode har behov for særlig hjælp og støtte. Dette fremgår også af Kræftplan V.

Der mangler en tydelig beskrivelse af forventningerne til tovholderfunktionen. For at styrke koordinationen bør der udvikles redskaber, som understøtter lægen i rollen som tovholder i patientforløbet. Dette kan f.eks. være redskaber, der tidstro deler patientens nøgledata på tværs af sygehus, kommune og det almenmedicinske tilbud. Dette omfatter også støtte til den opsøgende rolle, så det almenmedicinske tilbud mere systematisk kan identificere, følge op på og koordinere indsatser for patienter med behov for særlig opmærksomhed. Det kan også uddybes under kapitel 4 ”Udvikling og ændret opgavevaretagelse.”

3.2.7 Populationsomsorg (s. 23-24)

Det er vigtigt at have særligt fokus på sårbare grupper, men der anbefales samtidig at være opmærksom på borgere, som normalt ikke opsøger læge, men oplever symptomer, der kan



være tegn på kræft eller anden alvorlig sygdom. Sårbarhed kan desuden ændre sig under et sygdomsforløb, så patientens samlede behov bør løbende vurderes.

3.4.1 Samarbejde med kommuner (s. 26)

Det er vigtigt, at samarbejdet med kommunerne sikrer kontinuitet i patientforløb, især for borgere med alvorlig sygdom som kræft.

Der står intet i afsnittet, at *“Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for kommunalt plejepersonale via elektroniske korrespondancer, og svartiden skal bestræbes gensidigt at være maksimalt tre hverdage.”* og *“Almenmedicinske tilbud og speciallæger i almen medicin er de primære lægefaglige sparringspartnere for det kommunale sundheds-, ældre-, social- og beskæftigelsesområde. Parterne skal derfor være tilgængelige for hinanden med mulighed for nem og rettidig kontakt”.*

Behovet for løbende og rettidig koordinering harmonerer ikke med, at den eneste nævnte kontaktmulighed er med svarfrist inden for tre hverdage. Sårbarhed kan også ændre sig under et sygdomsforløb, hvilket understreger behovet for løbende koordinering mellem kommune og almen praksis. Afsnittet bør derfor uddybes, så alternative kontaktmuligheder beskrives, hvis der er behov for hurtigere rådgivning.

3.4.2 Samarbejde med sygehus, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor (s. 27)

Også her fremgår, at almen praksis skal indgå i samarbejdet om komplekse patientforløb på tværs af sektorer og være tilgængelig for regionale samarbejdspartnere via elektroniske korrespondancer med svar inden for tre hverdage. Alternative kontaktmuligheder bør også nævnes.

3.5.3 Kvalitetsudvikling og forskning (s. 29)

Afsnittet fremstår vagt formuleret og forpligter ikke til en egentlig forskningsindsats og lever ikke op til ambitionerne i Sundhedsreform 2024 og Kræftplan V, hvor det understreges, at der fremover skal forskes mere i, hvordan kvaliteten i det nære sundhedsvæsen kan styrkes – herunder i det almenmedicinske tilbud. Når flere og mere komplekse patientforløb skal håndteres tættere på borgeren, er det nødvendigt, at forskning i almenmedicinske tilbud styrkes, så udviklingen bygger på solid viden og kan sikre høj faglig kvalitet.

3.6 Opgaver i relation til udvalgte målgrupper (s. 29-30)

Det er jf. afsnittet regionernes ansvar at understøtte implementeringen af nye opgaver i takt med, at der bliver kapacitet til det i det almenmedicinske tilbud. Kræftens Bekæmpelse er enig i, at nye opgaver først kan implementeres i det almenmedicinske tilbud, når der er kapacitet til det. Uden en kapacitetsudvidelse risikerer patienter at blive henvist til tilbud, der hverken har tilstrækkelig tid eller de nødvendige kompetencer, hvilket både går ud over kvaliteten og skaber pres på lægerne i det almenmedicinske tilbud. Det er derfor afgørende, at der udarbejdes en plan for, hvornår nye opgaver skal overgå til almen praksis i takt med tilgangen af flere læger i det almenmedicinske tilbud.



3.6.3 Opfølgning efter kræftforløb (s. 31)

Kræftens Bekæmpelse finder det meget positivt, at almen praksis nu får en specifik opgave med at bidrage til opfølgningen af personer med eller efter en kræftsygdom. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse fra 2023 viser, at mange patienter ikke har været i kontakt med deres praktiserende læge under eller efter kræftbehandlingen: 58 % havde ikke kontakt under behandlingen ([Del 1, s. 70](#)), og 55 % havde ikke kontakt efter behandlingens afslutning ([Del 2, s. 55](#)). Blandt dem, der havde kontakt, oplevede hver tredje, at lægen i mindre grad eller slet ikke hjalp med udfordringer relateret til livet med eller efter kræft (32 %).

Samtidig viser en [undersøgelse fra 2021](#) ([Kræft i Danmark, 2022](#)), at mens 62 % af de praktiserende læger føler sig kvalificerede til kræftopfølgning, har færre end hver tredje implementeret systematiske indsatser, og omkring hver fjerde tager sjældent selv initiativ til at kontakte patienter om opfølgning.

Dette understreger et stort behov i de almenmedicinske tilbud for systematisk opfølgning og rehabilitering, herunder håndtering af senfølger, genoptræning og støtte til at vende tilbage til hverdagen. Senfølger kan opstå eller forværres flere år efter behandling, og opfølgningen skal derfor kunne tilpasses patienternes langsigtede behov.

For at sikre trygge og koordinerede forløb kræver det tid, kompetencer og ressourcer i almenmedicinske tilbud. De almenmedicinske tilbud bør derfor først overtage ansvar for opfølgningen, når disse forudsætninger er til stede. Effektiv opfølgning forudsætter også, at lægen jf. afsnit 2.2.2 modtager fyldestgørende epikriser med anbefalinger til opfølgning samt, at der på tværs af sygehus, almen praksis og kommune findes klare procedurer for samarbejde og kommunikation om patienten.

Ifølge både Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud og Kræftplan V (s. 16) skal alle kræftpatienter efter endt behandling have en opfølgende samtale og en individuel opfølgningsplan hos egen læge. Særligt sårbare patienter skal have tættere og mere individuelt tilpasset opfølgning, herunder hyppigere kontakt og adgang til støttende sundhedstilbud. Det er nødvendigt at udvikle konkrete redskaber til systematisk opfølgning, herunder klare kriterier for, hvornår patienten senest skal have den opfølgende samtale, og hvilket indhold samtalen skal have. Opfølgningsindsatsen bør desuden monitoreres løbende for at kunne følge implementeringen og for at understøtte en høj faglig kvalitet, og at patienternes behov imødekommes. Kræftens Bekæmpelse ser frem til at bidrage til arbejdet med videreudvikling af pakkeforløb for kræft, så opfølgningen i almen praksis implementeres og tilpasses den enkelte patients situation og behov.

Kapitel 4: Udvikling og ændret opgavevaretagelse

4.1.5 Øget brug af data og digitalisering (s. 35)

Kræftens bekæmpelse støtter udviklingen af teknologiske løsninger, så som videokonsultation og hjemmebehandling, men udgangspunktet skal altid være patientens ønsker og behov.



Kapitel 5: Implementering, opfølgning og plan for opdateringer

Indledningen (s. 37)

Der står, at *"I takt med at udviklingen skrider frem, vil opgavebeskrivelsen blive opdateret, så den fortsat afspejler udviklingen i praksis og understøtter et velfungerende tidssvarende almenmedicinsk tilbud. Rammer og planer for dette er under udarbejdelse og vil blive foldet yderligere ud i 2026."* Kræftens Bekæmpelse forventer, at patient- og pårørenderepræsentation også indgår i dette arbejde.

5.1 Implementering og 5.2 Opfølgning (s. 37-39)

For at implementeringen af opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud skal lykkes, vurderer Kræftens Bekæmpelse det afgørende med en tydelig ansvar- og rollefordeling, særligt mellem regionen og det almenmedicinske tilbud. Patient- og pårørendeperspektivet bør sikres systematisk i både planlægning og opfølgning.

Desuden bør implementering måles på baggrund af konkrete, målbare indikatorer som f.eks. ventetider, adgang til behandling, kvalitet i kræftopfølgning og patientoplevelse. Evalueringerne bør gennemføres regelmæssigt, og resultaterne skal danne grundlag for nødvendige justeringer. Der kan opnås inspiration i Dansk Selskab for Almen Medicins notat fra november 2025: ["Hvordan måles det om Sundhedsreformen lykkes og opgave opgavebeskrivelsen følges?"](#)

Afsluttende bemærkninger

Kræftens Bekæmpelse vil til sidst anbefale, at patientrepræsentanter og civilsamfundsaktører inddrages aktivt i udvikling og implementering af bl.a. Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud, nye klinikformer og i de lokale sundhedsråd, da borgernes stemme er afgørende for at sikre kvalitet i tilbuddene.

Kræftens Bekæmpelse ser frem til at følge implementeringen af opgavebeskrivelsen og den samlede sundhedsreform, ligesom vi naturligvis gerne vil bidrage i det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Pernille Slebsager
Patientstøttedirektør

Sundhedsstyrelsen

Sendt med e-mail til: fopssst@sst.dk med kopi til hesap@sst.dk

Dato: 08.12.2025

Navn: Hans Andersen

Lev høringsvar på "Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud"

Lev fremsender hermed vores høringsvar på ovenstående.

Levs målgruppe, mennesker med udviklingshandicap, har ofte svært ved at sætte ord på deres sundhedsproblemer og kræver derfor en særlig tilrettelagt hjælp for at kunne nyde samme lige adgang til sundhedsydelser af højeste kvalitet som andre borgere i Danmark.

Som konsekvens oplever disse borgere i dag markant ulighed i sundhed. De lever ofte med oversete eller ubehandlede sygdomme og har i gennemsnit en markant kortere levetid end den øvrige befolkning. Samtidig har de pga. en lang række system-barrierer dårligere adgang til de nødvendige sundhedsydelser end andre. Vi ved, fra bl.a. Statens Institut for Folkesundhed, at en meget væsentlig del af uligheden kan undgås med de rette indsatser¹.

Generelle bemærkninger

Overordnet set er Lev tilfredse med Sundhedsstyrelsens udkast til opgavebeskrivelse og særligt det fokus, der er på 'en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer' og at 'alle borgere skal have let og lige adgang til et almenmedicinsk tilbud med høj faglighed, uanset hvor i landet de bor.'

To væsentlige tiltag, der kan nedbringe uligheden i sundhed for mennesker med udviklingshandicap er nævnt i opgavebeskrivelsen (fasttilknyttede læger og sundhedstjek), men begge tiltag kan og bør udvikles med yderligere kvalitetssikring,

¹ Dødelighed blandt 18-74-årige med udviklingshandicap (2024)

efter-/videreuddannelse, og øget frekvens til årlige sundhedstjek, for at få de bedste resultater. Derfor foreslår Lev, at disse tilføjes i afsnittet om Udviklingsområder.

Specifikke bemærkninger

2.1.4. Efteruddannelse

Side 14, 2. afsnit kunne med fordel tilføjes et eksempel i form af de fasttilknyttede læger:

Regionerne vil kunne pege på kurser under den systematiske efteruddannelse, som områdets eller udvalgte speciallæger i almen medicin, bør deltage i. Det kunne for eksempel dreje sig om relevant efteruddannelse til de læger, der er fasttilknyttede til plejehjem eller bosteder. [foreslået tilføjelse med understregning]

2.3.2 Fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser, side 17:

Vi noterer med tilfredshed, at det er blevet en skal-opgave for regionerne, at "tilvejebringe fasttilknyttede speciallæger i almen medicin på plejehjem og botilbud" samt for præciseringen "Beboere på plejehjem og botilbud har som øvrige borgere ret til frit valg af praktiserende læge."

Vi er tilsvarende tilfredse med, at opgavebeskrivelsen fint rammesætter opgaverne: "Fasttilknyttede læger på bosteder og plejehjem skal ikke udelukkende have direkte patientkontakt med udredning, behandling og opfølgning men også fungere som lægefaglig sparring for personalet. Fasttilknyttede læger bidrager desuden til kommunens arbejde med systematisk kompetenceudvikling, undervisning og sundhedsfaglig sparring, som understøtter en højere kvalitet i pleje- og omsorgsarbejdet."

3.2.2. Forebyggelse, side 21:

Vi sætter pris på, at sundhedstjek er nævnt, og tilføjelsen "samt en årlig fokuseret somatisk undersøgelse af patienter med svær kronisk psykisk sygdom eller anden psykisk lidelse, hvor patienten på baggrund af livsforhold og sygdommens alvor er i

risiko for at have uopdaget/ubehandlet somatisk sygdom. Den enkelte borgers situation, muligheder og præferencer skal indgå i tilrettelæggelsen af forebyggelsesindsatser til sårbare grupper”.

Vi vurderer, at det vil få stor betydning for mange botilbudsbeboere – herunder med udviklingshandicap.

Vi ser dog gerne, at sundhedstjekkene tilbydes årligt frem for hvert andet år, og de udvikles og evalueres løbende – i tråd med international praksis.

Ydermere ser vi gerne, at der åbnes op for, at sundhedstjekkene også kan foregå i praksis – og ikke kun på botilbuddet, sådan som det er i dag.

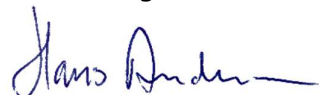
Derfor foreslår vi, at der under punkt **4.1.1 Øget lighed i sundhed**, side 33 tilføjes nedenstående punkter under **Udviklingsområder**:

- Årlige sundhedstjek for botilbudsbeboere i praksis eller på botilbuddet
- En styrkelse af sundhedstjekkenes kvalitet via en mere systematisk tilgang, evaluering og efter-/videreuddannelse

5.3 Plan for opdateringer af opgavebeskrivelsen, side 39:

Her bør det pointeres, at man ved opdateringer af opgavebeskrivelsen skal forholde sig specifikt til alle punkterne i afsnittet om **Udvikling og ændret opgavevaretagelse** i den forrige/gældende udgave af opgavebeskrivelsen.

Med venlig hilsen



Hans Andersen
politisk konsulent



Høringssvar

LÆGEFORENINGEN

Høring over udkast til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

8. december 2025
Sagsnr.: 2025-23673
Doknr.: 3366136

Godt begyndt er halvt fuldendt, men der er et stykke vej endnu

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker vi for muligheden for at afgive høringssvar til det foreliggende udkast til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Det sidste først – plan for opdateringer af opgavebeskrivelsen

Vi har noteret, at det er hensigten at opdatere den nationale opgavebeskrivelse hver fjerde år med mulighed for mindre tilpasninger hvert andet år med inddragelse af de relevante aktører, jf. afsnit 5.3. Dette er en nødvendighed for løbende afstemning af kapacitet og opgaver, hvorfor såvel kapacitetsopbygning som opgavetilpasning i primærsektoren må betragtes som en samstemt iterativ proces.

Vi forudsætter, at opgavebeskrivelsen beskrives i overensstemmelse med det indgåede forståelsespapir af 21. september 2025 vedrørende lovpakke 2b – aftalt af Regeringen og PLO.

De 2-årige opdateringer giver herefter rigtig god mulighed for en parallel udvikling i forhold til beslutning og målsætningen om i alt 5.000 speciallæger i almen medicin i 2035.

Samtidig giver det også mulighed for et parallelt forløb med det aftalebaserede system, hvor PLO fortsat vil være aftalepart i forhold til en lang række områder, herunder bl.a. varetagelse nye opgaver, efteruddannelse, forskning og kvalitetsarbejdet, jf. også det indgåede forståelsespapir.

Sikker og hurtig kontakt mellem almen praksis og patientansvarlig læge på sygehus

Vi bakker fuldt op om sundhedsreformens ambitioner om mere sammenhængende patientforløb bl.a. via et styrket nært sundhedsvæsen. Derfor er det også relevant, at det er det almenmedicinske tilbud, der jf. afsnit 3.2.5, der skal fungere som koordinator i komplekse behandlingsforløb, når der er tale om indsatser på tværs af sektorer, herunder med den patientansvarlige læge på sygehus.

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 3544 8214 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: ga@DADL.DK
www.laeger.dk



Der er dog en række forudsætninger som skal være på plads for at kunne varetage tovholderfunktionen hensigtsmæssigt, bl.a. udfordring i forhold til at skabe let og hurtig kontakt mellem lægen i almen praksis og ansvarlig læge på sygehus. Almen praksis har i dag ikke adgang til at se, hvem der er patientansvarlig læge på sygehus.

Opgavebeskrivelsen bør i forlængelse heraf indeholde en anbefaling om, at regionerne har pligt til at etablere den nødvendige logistik, digitale infrastruktur og de organisatoriske rammer, som gør det muligt med let og hurtig kommunikation mellem almen praksis og sygehus. Det vil også være kommunikationsveje, der i øvrigt med fordel kan sammentænkes med krav om sygehusenes generelt øgede rådgivningstilbud og samarbejde i øvrigt med almen praksis.

Kan, skal, bør og understøtte – gennemgang anbefales

Som en mere teknisk bemærkning, skal vi anbefale at udkastet gennemgås nærmere i forhold til brugen af ”kan” ”skal” ”bør” og ”understøtte” – og dermed også hvor forpligtet den enkelte aktør er af opgavebeskrivelsens anbefaling. Det kan f.eks. være begrænsende for muligheden for at yde en individuel behandling, hvis det fremgår af opgavebeskrivelsen, at der skal henvises til et kommunalt træningstilbud. Det kan ud fra visse aspekter af det samlede sygdomsbillede hos patienten være lægefagligt indiceret, men ud fra en samlet betragtning af patientens tilstand ikke være relevant eller værdiskabende for patienten. I den optik bør det således ikke være en absolut ”skal”-opgave.

Det vil ligeledes i en række tilfælde være relevant at være meget præcise i forhold til, hvad regionen kan, skal eller bør gøre. Vi har i denne sammenhæng også noteret, at begrebet: ”understøtte” – som er et meget elastisk begreb - anvendes ikke mindre end 95 gange i udkastet.

Regionen skal f.eks. understøtte udarbejdelsen af faglige kliniske retningslinjer målrettet almenmedicinske tilbud, jf. afsnit 2.1.3. Det fremgår ikke hvordan regionen skal understøtte. Det fremgår, at Dansk Selskab for Almen Medicin udarbejder kliniske retningslinjer, men regionens indsats begrænses til at understøtte arbejdet. Det er en god hensigtserklæring, men kan i princippet være alt fra mundtlig opbakning til selskabets arbejde til økonomisk støtte.

Det vil være en styrke, at Sundhedsstyrelsen i det videre arbejde med opgavebeskrivelsen foretager en gennemgang af brugen af de nævnte begreber. Og eventuelt også redegør herfor i et afsnit i opgavebeskrivelsen.

Fastholdelse af patienter i det nære sundhedsvæsen – udvalgsarbejde foreslås

Vi har noteret, at udkastet ikke indeholder nærmere beskrivelser af samarbejde mellem regioner, kommuner, sygehuse og almen medicinske tilbud med henblik på at kunne fastholde patienter i det nære sundhedsvæsen. Det gælder bl.a. samspillet mellem almen praksis og det udgående sygehus rolle og opgaver f.eks. i forhold til de ældste patienter.



Hvis det endnu er for tidligt at få beskrevet samarbejdet i det foreliggende udkast vil vi foreslå, at Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe, der kan udarbejde forslag hertil, som kan indgå i kommende opgavebeskrivelser.

Afsluttende bemærkninger

Som vi også har gjort opmærksom på i forbindelse med tidligere høringssvar i forbindelse med sundhedsreformens lovforslag på det almenmedicinske område, så deler vi ambitionen om at styrke det almenmedicinske område. Det gør vi fortsat og opgavebeskrivelsen er et vigtigt skridt, men der er et stykke vej endnu.

Vi skal afslutningsvist henvise til Praktiserende Lægers Organisation, der også har afgivet et selvstændigt høringssvar.

Med venlig hilsen

På vegne af Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



Til Sundhedsstyrelsen

LVS har denne kommentar til udkastet:

Det er af afgørende betydning, at der foretages en grundig vurdering af den nuværende opgaveportefølje for almen praksis, *før* man lægger nye opgaver i almen praksis.

Det er nødvendigt at beslutte, hvilke opgaver almen praksis fortsat skal varetage, og hvilke opgaver almen praksis ikke længere skal varetage.

LVS finder det særdeles uholdbart blot at give almen praksis nye opgaver uden denne stillingtagen.

Det er fagligt uholdbart for nuværende og kommende speciallæger i almen medicin, og det er uholdbart for patienterne.

LVS anbefaler derfor på det kraftigste, at man laver dette grundlæggende arbejde nu. Sundhedsvæsnets og patienternes brug for fremtidssikrede løsninger for almen praksis. Det får vi ikke, hvis man forsømmer dette element. Og i betragtning af de prisværdigt store ambitioner for både sundhedsvæsnets generelt og for almen praksis specifikt i sundhedsreformen, kan LVS ikke se nogen begrundelser for at springe dette nødvendige led over.

LVS henviser i øvrigt til Anders Beichs høringssvar.

Venlig hilsen

Marie Pinholt Krabbe
Sekretariatschef
Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Kristianiagade 12, 2100 København Ø
Tlf. 35 44 84 06 - Mobil 23 71 33 40

Til
Sundhedsstyrelsen, Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Rigshospitalet – afsnit 8008
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Mail: vide@regionh.dk
Telefon: 35 45 69 22

5. december 2025

HØRINGSSVAR

Vedr. Høring over national opgavebeskrivelse for almen medicinske tilbud

Nationalt Videnscenter for Demens har noteret sig, at der i udkast til National Opgavebeskrivelse for almen medicinske tilbud er et særskilt afsnit, der beskriver den fremtidige opgave for almen praksis ved udredning for demens. Vi finder det derfor vigtigt at afgive et høringssvar over opgavebeskrivelsen. I vores høringssvar vil vi alene forholde os til afsnittet, der omhandler demens.

I Nationalt Videnscenter for Demens er vi opmærksomme på, at udredning og behandling af patienter med demens er en kompleks opgave, der allerede nu og i fremtiden vil udgøre en væsentlig arbejdsopgave for almen praksis. Det er derfor både glædeligt og naturligt, at opgavebeskrivelsen adresserer de særlige opgaver, som det almen medicinske tilbud skal varetage samt at det understreges, at demens er en basisfunktion med nationalt fastsatte krav og opgaver, som alle almenmedicinske klinikker skal efterleve.

I afsnit '3.6.2. Udredning af demens' beskrives almen praksis rolle ved udredning af demens. I teksten henvises til Sundhedsstyrelsens nyligt opdaterede anbefalinger til organisering af demensudredning. Desværre er den anførte tekst på ingen måde i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens egne anbefalinger, som er udarbejdet efter et stærkt fælles samarbejde mellem de faglige selskaber på området, herunder DSAM samt regioner og kommuner.

I opgavebeskrivelsen står anført, at det er de praktiserende lægers opgave at beslutte, hvem der skal sendes til yderligere udredning. Det er ikke korrekt ift. anbefalingerne. I anbefalingerne er anført, at den praktiserende læge har ansvaret for den indledende demensudredning og at de derudover skal færdigudrede patienter med en MMSE < 18 – det vil sige patienter med fremskreden demens. De øvrige patienter skal henvises til regionale demensenheder. Dertil kommer, at der i anbefalingerne er lagt vægt på, at man ved udredningen af patienter med fremskreden demens i almen praksis skal sikre, at patienterne får en ætiologisk demensdiagnose samt at data deles til fx DANDEM (dansk klinisk kvalitetsdatabase for demens). Dette for at sikre, at patienterne ikke i fremtiden udredes med en ringere kvalitet end det nuværende tilbud. Der er derfor behov for en præcisering af teksten i opgavebeskrivelsen.

I opgavebeskrivelsen er der endvidere alene anført opgaver relateret til udredningen for demens, men almen praksis har også en vigtig opgave i opfølgning og videre behandling af patienter, der har fået en demenssygdom. Patienter med demens er svært syge og almen praksis har allerede i dag det lægefaglige behandlingsansvar, når patienter er færdigudredt. Men der er behov for, at dette ansvar bliver præciseret i opgavebeskrivelsen, når flere patienter i fremtiden alene følges i almen praksis og færre patienter henvises til regionale udredningsenheder.

I Nationalt Videnscenter for Demens er vi på nuværende tidspunkt i gang med at udvikle værktøjer, der skal understøtte almen praksis i opgaven med i fremtiden at kunne stille ætiologiske diagnoser på patienter med fremskreden demens. Arbejdet er støttet af midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vi ser derfor frem til at følge det videre arbejde med opgavebeskrivelsen for almen praksis og vi står naturligvis gerne til rådighed, hvis der skulle være behov for yderligere afklaring fra vores side.

Med venlig hilsen

Gunhild Waldemar
Professor, overlæge, dr.med.
Leder af Nationalt Videnscenter for Demens

Ann Nielsen
Programleder
Nationalt Videnscenter for Demens

PLO's høringssvar til udkast for National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Dato: 02.12.2025

Sagsnr.: 2025-24015

Dok.-nr.: 3358483

Sagsbehandler: Thomas
Rye

Indledning

De Praktiserende Lægers Organisation (PLO) takker for muligheden for at afgive høringssvar til den Nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

PLO anerkender regeringens ambition om at skabe en mere ensartet og kvalitetsstyret almen praksis på tværs af landet og hilser ønsket om klare rammer velkomment.

PLO tager i høringssvaret udgangspunkt i det indgåede forståelsespapir af 21. september 2025, og de dertil hørende lovforslag (lovforslag L 78 fremsat den 18. november 2025) hvor det blandt andet er fastlagt, at PLO fortsat er aftalepart på centrale områder som fx efteruddannelse, forskning og kvalitet.

Opgavevaretagelsen i almen praksis skal således fortsat bygge på et aftalebaseret system, medmindre andet klart fremgår af lovgivningen, hvilket bør fremgå af den endelige opgavebeskrivelse for de almenmedicinske tilbud.

1. Overordnede bemærkninger

1.1. Manglende beskrivelse af sygehusenes og regionernes understøttelse

Opgavebeskrivelsen er detaljeret i forhold til, hvilke opgaver almen praksis skal løfte, men mangler en tilsvarende tydeliggørelse af, hvordan det sekundære sundhedsvæsen skal understøtte, at patienterne kan forblive i det nære sundhedsvæsen.

PLO anbefaler, at den endelige opgavebeskrivelse får et stærkere afsnit

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: 3544 8477

Tlf. (dir.): 28117911

E-mail: plo@DADL.DK

E-mail: trye.plo@DADL.DK

www.plo.dk

om sygehusenes og regionernes forpligtelser, herunder som minimum:

- tydelig forpligtelse til udadrettet samarbejde – særligt ved udskrivelse og opfølgning
- krav om tilgængelighed for konferencer, rådgivning og sparring
- ansvar for at understøtte kommuner og almen praksis i komplekse forløb, fx på plejehjem
- let adgang til laboratorie og radiologiske undersøgelser

Opgavebeskrivelsen mangler endvidere et tydeligt og effektivt værn mod den "tavse" opgaveflytning, også kaldet opgavesivning eller opgaveglidning, som følge af f.eks. transformationsdagsordener og vælg klogt initiativer. Uden et sådant værn vil der ikke være en national styring og udvikling af, hvorledes ressourcerne i almen praksis skal prioriteres, idet opgavebeskrivelsens visioner vil blive udkonkurreret af hverdagens virkelighed.

Opgavebeskrivelsen bør endelig pointere, at sygehusene i fremtiden skal kunne henvise direkte til de af FAPS organiserede speciallægepraksis, især i de tilfælde hvor en opgaveløsning af regionerne flyttes fra sekundærsektorens ambulatorier til klinikker omfattet af overenskomsten med FAPS.

1.2. Overforbrug af "skal" formuleringer.

Brugen af "skal" i opgaver rettet mod almen praksis risikerer at føre til uhensigtsmæssige situationer, umyndiggør lægens faglige skøn og er i en række tilfælde i strid med forståelsespapiret og det dertil hørende lovforslag, der bruger betegnelsen, "bør".

PLO anbefaler derfor, at formuleringer i højere grad skrives som "bør" eller "i videst muligt omfang", for eksempel ved henvisning til kommunale tilbud, hvor det bør bero på en konkret klinisk vurdering og forudsætter patientens accept.

1.3 PLO som aftalepart fremstår ikke tydelig som i forståelsespapiret

PLO som aftalepart skal være tydeligt nævnt i struktur, kvalitetsklynger, datadrevne ordninger og implementeringsfora, idet man ellers de facto omgår forståelsespapiret og det dertil hørende lovforslag.

1.4 De almen medicinske tilbud, også for mindre problemstillinger

Opgavebeskrivelsen mangler at afspejle de generelle almenmedicinske kompetencer og ikke kun komplekse patientforløb. Opgavebeskrivelsen skal sikre, at forebyggelse og "mindre" problemstillinger ikke glider væk fra almen praksis, nedprioriteres eller ikke bliver løst.

2. Særskilte bemærkninger

2.1. Implementering og kapacitet

Opgavebeskrivelsen lægger op til, at en lang række nye opgaver indføres allerede fra 2027 – herunder demensudredning, opfølgning på kræftforløb og opgaver i regi af kronikerpakker.

Dette sker samtidig med krav om deltagelse i diverse tværsektorielle mødefora.

PLO understreger, at nye opgaver kun kan tilføres i takt med udvikling af kapacitet og resourcer, som fastlagt i forståelsespapiret. Ellers risikeres forringet tilgængelighed og kvalitet for patienterne.

Ydermere er det ikke i tråd med forståelsespapiret, at PLO ikke er nævnt i implementeringspartnerskabet for sundhedsreformen og i afsnittene om implementering og opfølgning. PLO bør være navngiven part i implementeringspartnerskabet og i den fremtidige opfølgning på opgavebeskrivelsen.

Opfølgning og dataindsamling bør endelig ske i tæt samarbejde med almen praksis for at undgå unødigt registrering og "korruption af forskningsdata", som der er set i sammenlignelige lande.

2.2. Honorar for konferencer

Opgavebeskrivelsen pålægger i vid udstrækning almen praksis at indgå i konferencer og søge specialistrådgivning. Der eksisterer imidlertid ingen national aftale om honorering af denne opgave. PLO finder det på baggrund af opgavebeskrivelsen tvingende nødvendigt, at der etableres en national honoreringsmodel samt klare regler for journalføring og første ordination i FMK efter gennemført konference.

2.3. Basal palliation

Når basal palliation indskrives som en opgave i den nationale opgavebeskrivelse, forventer PLO, at der etableres en national honoreraftale, så området ikke afhænger af lokale, uensartede ordninger.

2.4. Faglig ledelse

PLO ser behov for en klar definition af begrebet faglig ledelse, da denne i udkastet er uklar og risikerer at komme i konflikt med forståelsespapiret og det tilhørende lovforslag. Dette gælder især på områderne forskning, efteruddannelse og kvalitetsklynger.

Det fremgår af forståelsespapiret og det tilhørende lovforslag, at forskning, efteruddannelse og kvalitetsklynger (KiAP) fortsat er en del af forhandlingsrummet. Strukturen er ændret, således at der nedsættes et fagligt råd, der kan pege på, hvilke faglige retningslinjer, kvalitetspakker og efteruddannelsetilbud, der bør udarbejdes. Det fremgår endvidere, at der nedsættes en bestyrelse, der forvalter midlerne på området.

Dette kan ikke sættes ud af kraft ved, at opgavebeskrivelsen under dække af begrebet "faglig ledelse" tillægger regionerne en ensidig ledelsesret over områderne i form af en ret til at bestemme, hvad en praktiserende læge "skal". En sådan hjemmel er også i strid med forståelsespapirets og det tilhørende lovforslags bemærkning om, at de alment praktiserende læger som selvstændige erhvervsdrivende har ret til at drive klinikkerne som private virksomheder

med ansvar for drift, økonomi, personale og den daglige ledelse og organisering af arbejdet.

Det vil derfor være i strid med såvel forståelsespapiret som det tilhørende lovforslag, hvis opgavebeskrivelsen som følge af den faglige ledelse tillægger regionerne en reel, ensidig styringskompetence over forskning, efteruddannelse og kvalitetsklynger i relation til den enkelte praktiserende læge, idet det vil gøre såvel det faglige råd som bestyrelsens ansvar og kompetencer illusoriske.

PLO anbefaler derfor, at den faglige ledelse revideres og bringes i overensstemmelse med forståelsespapiret og det tilhørende lovforslag.

2.5. Dataadgang og kvalitetsmåling

Opgavebeskrivelsen giver regionerne adgang til data om "kvalitet". Det vil fortsat være lovpligtig indrapportering af nationale kvalitetsindikatorer, samt visning af disse på aggregeret niveau. Hvis man pålægger yderligere adgang og indberetning kan det være problematisk og en yderligere bureaukratisk byrde for klinikkerne. Derfor anbefaler PLO, at data så vidt muligt kan trækkes automatisk for herigennem at undgå ekstra indtastning af data i klinikkerne.

I udarbejdelse af indikatorer for kvalitetsarbejdet bør der være almenmedicinske kompetencer repræsenteret, således at det giver fagligt mening for den enkelte klinik.

PLO bemærker endelig, at det fremgår af forståelsespapiret og det tilhørende lovforslag, at regionerne alene skal have adgang til de data, der er relevante og nødvendige for at løfte og understøtte en udvidet opgave. Dette bør også fremgå af opgavebeskrivelsen.

2.6. Kommunikation og koordination

Afsnittet omkring krav til koordination er udfordrende på to områder: Der eksisterer i dag ingen digital infrastruktur, som gør det muligt at kommunikere med patientansvarlig læge på sygehuset, og der eksisterer heller ikke aftale om honorar for opgaven.

Opgavebeskrivelsen bør derfor præcisere, at det er regionens ansvar at etablere infrastrukturen og honoreringsaftale – ellers bør formuleringen om patientansvarlig læge udgå.

En udvidet og formaliseret tovholderrolle for en bredt defineret gruppe af sårbare patienter er en ny opgave, som ligeledes kræver honorering og ressourcetilpasning.

2.7. Kontinuitet

Forpligtelsen til aktivt at identificere patienter med kontinuitetsbehov er en ny og ressourcetung opgave uden honoreringsgrundlag.

PLO finder det ligeledes uhensigtsmæssigt at indføre en model, hvor patienter med høje

sundhedskompetencer får kortere ventetid – dette er i modstrid med almindelige prioriteringsprincipper.

2.8. Udviklingsopgaver i basisfunktionen

PLO finder det inkonsistent, at nye og udvidede opgaver med demensudredning, implementering af kræftplan V og indførelsen af kronikerpakker indgår som aktuelle basisopgaver, når de først implementeres fra 2027 og kræver betydelig kompetenceudvikling, nye honoraraftaler og tilførsel af ressourcer.

Beskrivelsen af disse opgaver bør flyttes til afsnittet om sigtelinjer for udviklingen af almen praksis.

3. Tekstnære bemærkninger

- præciseringer af begreber som ”sårbare patienter”(kap. 1.1 s. 5)
- behov for justering af tekst, så almen praksis’ opgaver defineres ud fra det almenmedicinske speciale – ikke restopgaver fra andre specialer eller udflytning af specialistopgaver (f.eks. kap 1.1 s. 5)
- behov for tydeliggørelse vedr. regional Sundhedsplan, IT-støtte, samarbejdsfora og speciallægedækning (f.eks. kap. 1.2.2 s. 8)
- præcisering af hvad der menes med at understøtte en organisatorisk infrastruktur (kap 2.3 s. 17)
- præcisering af hvad der menes med de almen medicinske tilbud kan allokere disse tilbud opgaver til nogle klinikker afstemt i forhold til enkelte kliniks kapacitet (kap. 2.3 s.17)
- det skal fremgå, at der skal være tale om en lægefaglig visitation til lægevagtsordningen (kap. 2.3.4 s.18)
- præcisering af tovholderopgaver og ansvar (kap. 3.2.5 s 22)
- korrekte gengivelser af overenskomsttekst i blå bokse (s. 25)
- nødvendigheden af honorering ved korrespondance, konferencer og patienttilfredshedsundersøgelser (f.eks. kap. 3.5.4 s. 29)
- forslag om at inkludere generisk ordination som udviklingsområde (kap.4.1.4 side 34)
- konsistens i anvendelse af ”skal/bør”(generelt)

Afsluttende bemærkning

PLO støtter ambitionen om en stærk og veldrevet almen praksis, der kan løfte flere opgaver

tæt på patienterne. Dette kræver imidlertid:

- klare rammer for regionernes og sygehusenes medansvar,
- respekt for forståelsespapiret, det tilhørende lovforslag og det aftalebaserede system,
- realistisk implementering, der følger kapacitetsudviklingen,
- national honorering for nye opgaver,
- en tydelig og afgrænset definition af faglig ledelse, og
- sikring mod unødvendigt bureaukrati og uklar datastyring.

Det er PLO's formodning, at den manglende inddragelse af præciseringer i det indgåede forståelsespapir af 21. september 2025 er utilsigtet – som de i opgavebeskrivelsen uoverensstemmelser med Aftale-22 er beskrevet som utilsigtede, men det bør konsekvensrettes i Opgavebeskrivelsen, så den er mere retvisende i forhold til, at den indgår i lovgrundlaget for sundhedsreformen.

PLO står til rådighed for videre dialog og for at sikre, at opgavebeskrivelsen udformes på en måde, der styrker det nære sundhedsvæsen og samtidig respekterer almen praksis' faglighed, rammer og ansvar.

Med venlig hilsen

På vegne af Praktiserende Lægers Organisation
Niels Ulrich Holm
Næstformand for PLO

Sundhedsstyrelsen
Att: fopssst@sst.dk
Cc: hesap@sst.dk



Høringssvar vedr. udkast til Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

5. DECEMBER 2025

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (SUND) ved Københavns Universitet takker for muligheden for at afgive høringssvar til *udkast til Nationalt fastsat Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud*.

SUND har som grundlag for høringssvaret indhentet input fra Institut for Folkesundhedsvidenskab og Institut for Klinisk Medicin.

SUND finder det meget positivt, at uddannelse og videreuddannelse er tydeligt indarbejdet som en væsentlig opgave i opgavebeskrivelsen. Vi vurderer, at dette er helt afgørende for at sikre et stærkt og bæredygtigt almenmedicinsk tilbud – både i relation til at løfte de nuværende opgaver og i takt med den forventede udvidelse af kapaciteten frem mod 2035.

FAKULTETSSTAB
LEDELSESSEKRETARIATET

BLEGDAMSVEJ 3
KØBENHAVN N.

DIR 35 33 24 69
MOB 93565764

mathias.westermann@sund.ku.dk

1. december 2025
Mahtab Jalili-Trudselv
E: mahtja@sundk.dk

Høringssvar fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut vedrørende opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Indledning

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut ("SundK") har den 18. november 2025 modtaget udkast til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud i høring med frist for bemærkninger 8. december 2025. Opgavebeskrivelsen tager afsæt i "Aftale om sundhedsreform 2024", og det fremgår af høringsbrevet, at Opgavebeskrivelsen skal ses som led i sundhedsreformens øvrige initiativer om almenmedicinske tilbud, herunder flere læger og styrket kapacitet, bedre og mere lige fordeling af læger i almenmedicinske tilbud, samt en ny aftalemodel og honorarstruktur for alment praktiserende læger.

Generelle bemærkninger

SundK vil gerne takke for muligheden for at udarbejde høringssvar vedrørende opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud.

SundK er nedsat af Danske Regioner med det formål at understøtte et styrket databaseret og mere målrettet kvalitetsarbejde, samt en bedre prioritering og ressourceudnyttelse til gavn for patientbehandlingen i Danmark.

Missionen for SundK er at sikre høj og ensartet kvalitet, samt effektiv prioritering, i hele sundhedsvæsenet, i et tæt samarbejde med sundhedsvæsenets aktører.

SundK vil som kvalitetsinstitut for hele sundhedsvæsenet indledningsvis gerne udtrykke stor tilfredshed med det fremsatte høringsudkast til opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. Opgavebeskrivelsen er med til at understøtte, at der skabes grundlag for en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af almenmedicinske tilbud, bedre samarbejde og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb - og dermed en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer ud fra den enkeltes behov.

Der er i opgavebeskrivelsen fokus på faglige kliniske retningslinjer og datadrevet kvalitetsudvikling samt de almenmedicinske tilbuds (AMTs) rolle ift. kontinuitet og koordination i patientforløbene. SundK vurderer, at instituttet kan spille en væsentlig rolle for at lykkes med ambitionerne i opgavebeskrivelsen via SundKs arbejde og kerneopgaver (se detaljer med kobling til side- og afsnits-henvisning i opgavebeskrivelsens under afsnittet med specifikke bemærkninger):

- Understøttelse af landsdækkende kliniske retningslinjer udarbejdet af de 39 specialebærende lægevidenskabelige selskaber, herunder DSAM. Understøttelse af udarbejdelse af retningslinjer på tværs af lægevidenskabelige selskaber, hvor især DSAM har snitflader til øvrige selskaber.
- Datastøttet kvalitetsudvikling med udgangspunkt i de ca. 85 kvalitetsdatabaser.
- anbefalinger og prioritering på baggrund af vurderinger og analyser, hvor data på tværs af sygdomsområder og indsatser kan kobles og tilvejebringe nyttig viden for borgere med bopæl i de enkelte sundhedsråd, samt om variation indenfor og imellem de enkelte sundhedsråd.
- Lighed i sundhed.
- Visitationsretningslinjer.
- Patientsikkerhed i patientforløbet med udgangspunkt i indrapporterede utilsigtede hændelser.

Samtidigt vurderes det, at SundK's rolle bør skrives ind i teksten i forhold til generelt at bidrage til et mere målrettet kvalitetsarbejde på tværs af sundhedsvæsenet og til mere specifikt at understøtte arbejdet med kliniske retningslinjer og samarbejdet med DSAM om denne opgave. Endvidere at SundK's rolle i forbindelse med datastøttet kvalitetsudvikling, som grundlag for kvalitetsudvikling på tværs af fagligheder og sektorer, med fordel kan skrives ind i teksten. Og endelig at muligheden for at SundK kan bidrage med analyser og vurderinger til grundlag for prioritering og anbefalinger kan skrives ind i teksten.

Specifikke bemærkninger

SundK ønsker at fremhæve følgende elementer i høringsudkastet i forhold til synergi til SundK's kerneopgaver:

- SundK noterer sig positivt den lærende tilgang til kvalitetsudviklingsarbejdet, herunder fastsættelse af ambitiøse mål med fokus på anvendelse som grundlag for datastøttede dialoger og samarbejde på tværs af aktører for at opnå fælles mål (s. 12).
- SundK noterer sig positivt initiativer støttet af landsdækkende kliniske retningslinjer, fælles kvalitetsmål, belysning af variation samt udarbejdelse af anbefalinger til brug for prioritering og udvikling på tværs (s. 12).
- SundK noterer sig positivt ambitionen om fælles data for aktivitet og kvalitet (s. 12).
- SundK noterer sig positivt, at databaseret kvalitetsudvikling og -læring skal ske systematisk og datadrevet med udgangspunkt i relevante indikatorer (2.1.2 Kvalitetsudvikling s. 12), samt forpligtelsen til at der kan indhentes kvalitetsdata fra de almenmedicinske klinikker (s. 13) også nævnt i 3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning "datadrevet kvalitetsudvikling med afsæt i mål og indikatorer, der er relevant for klinikkens patientpopulation."

- SundK noterer sig positivt, at der i opgavebeskrivelsen er fokus på sammenhæng og ensartet høj kvalitet for alle borgere, samtidigt med fokus på sårbare målgrupper med særlige behov. Ligesom det er positivt, at der rettes fokus på, at der skal etableres almenmedicinske tilbud (AMT), som er særligt indrettet til at imødekomme sårbare målgrupper med særlige behov (s.17), og allokeres mere tid til patienter med høj sygdomstyingde (s. 30).
- SundK noterer sig positivt, at AMT aktivt skal opretholde kontakten til patienter med særlig behov for kontinuitet (3.2.6 kontinuitet s. 23).
- SundK noterer sig positivt, at opgavebeskrivelsens fokus på at strukturerede data er en forudsætning for monitorering, og ønsker hermed at rette opmærksomhed på, at de kliniske kvalitetsdatabaser har mulighed for at genanvende data til brug for kvalitetsudviklingen på tværs af fagligheder og sektorer (5.2.1 Registrering og indberetning af data s. 38/39), samt bidrage med detaljeret viden om de enkelte sundhedsråds populationer via de kliniske kvalitetsdatabaser (5.2.2 Opbygning af vidensgrundlag.).

Der er enkelte elementer i det fremsatte høringsudkast, som SundK vurderer ikke står tilstrækkelig klart beskrevet:

- SundK noterer sig, at der i teksten i afsnit 2.1 "Faglig ledelse og samarbejde" (s. 11) nævnes nedsættelsen af et Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet. SundK finder det hensigtsmæssigt at deltage i dette råd for dermed at bidrage til at kvalitetsarbejdet bevæger sig i samme retning. SundK stiller sig gerne til rådighed hertil.
- SundK noterer sig, at instituttet ikke er nævnt i opgavebeskrivelsens tekst, specielt i de afsnit, hvor SundK's hovedopgaver berøres. Som eksempler kan nævnes afsnit 2.1.1 "Samarbejde om sammenhængende patientforløb" (s. 11), afsnit 2.1.2
- Kvalitetsudvikling s. 12 og s. 29 under afsnit 3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning, samt i afsnittet 2.1.3 Faglige retningslinjer s. 13. Danske Regioner har indgået aftale med LVS og Lægeforeningen om at understøtte de specialebærende LVS'ers retningslinjeindsats, herunder samarbejde med DSAM. Samarbejdet om landsdækkende kliniske retningslinjer vil derfor være relevant at tydeliggøre her.
- SundK vurderer, at det med fordel kan tydeliggøres i teksten, at kliniske retningslinjer kan bidrage til at binde sundhedsvæsenets aktører og patientforløb sammen, herunder at der bør samarbejdes om kliniske retningslinjer på tværs af faglige miljøer og sektorer. DSAM især har snitflader til de øvrige faglige selskaber. SundK understøtter både de faglige miljøers arbejde med specialespecifikke og tværgående kliniske retningslinjer.
- SundK vurderer, at det med fordel kan tydeliggøres, hvordan "Deling af data og gensidig tilgængelighed mellem relevante fagpersoner på tværs af sundhedsvæsenets sektorer er forudsætninger for at etablerer sammenhængende patientforløb og gode sektorovergange" skal ske (3.4.2 Samarbejde med sygehus, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor s. 27). Herunder at disse data kan deles til

kvalitetsudvikling i regi af SundK, der fx via de kliniske kvalitetsdatabaser kan samkøre data fra alle sektorer og dermed tilvejebringe viden om uønsket variation og behov for kvalitetsudvikling.

Tak for muligheden for at afgive høringssvar. SundK står til rådighed for eventuelle opfølgende spørgsmål. Henvendelse kan ske til juridisk specialkonsulent Mahtab Jalili-Trudslev på mahtja@sundk.dk

Med venlig hilsen

Jens Winther Jensen
Direktør

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

Mail: fopssst@sst.dk og cc hesap@sst.dk
Sagsnr.: 04-0302-38

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Health, på Aarhus Universitet sender her bemærkninger til udkast til Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud, der fremgår af Høringsportalen.

Generelt glæder det os, at det af høringsmaterialet fremgår, at den almenmedicinske klinik skal være til rådighed for medvirken til uddannelse og videreuddannelse af læger, og dermed også uddannelsen af de medicinlægestuderende, samt at det almenmedicinske tilbud skal bidrage til forskning.

Vi finder det dog bekymrende, hvis ikke universiteterne fremadrettet involveres i arbejdet med opgavebeskrivelsen, idet centrale dele af opgavebeskrivelsen omhandler uddannelse af medicinlægestuderende og klinisk forskning. De sundhedsvidenskabelige fakulteter har bl.a. til opgave at uddanne læger. Aktuelt styrkes faget almen medicin på medicinuddannelsen, både for at styrke den forskningsbaserede diagnostik og behandling i almen praksis og for at uddanne flere læger, der ønsker at etablere sig som praktiserende læger. Ligeledes er universiteterne essentielle i forhold til at udvikle klinisk forskning i primærsektoren, og universiteterne er dermed centrale samarbejdspartnere i forhold til det videre arbejde med opgavebeskrivelsen. Nedenfor fremgår henvisninger til de afsnit, som vi særligt har bemærkninger til.

I afsnit 3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning fremgår det at almenmedicinske tilbud så vidt muligt skal bidrage aktivt til forskning, eksempelvis gennem levering af data, besvarelse af surveys eller deltagelse i interventionsstudier. Health vil gerne appellere til, at afsnittet også indeholder forventning om, at de almenmedicinske tilbud tager aktiv del i forskning. De almen medicinske tilbud kan sammen med de sundhedsvidenskabelige fakulteter, der rummer forskere ansat på både universiteter og hospitaler, igangsætte og videreudvikle forskning, der således kan understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen.

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 8. december 2025

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2025-0918277

Side 1/2

I afsnit 3.5.4 Uddannelse og videreuddannelse nævnes tutorlæger fra de regionale videreuddannelsessekretariater og Dansk Selskab for Almen Medicin. Det er vigtigt at styrke de medicinstuderendes kompetencer og interesse i almen medicin i samarbejde med almen praksis. Health hilser det velkomment, at dette er indskrevet i opgavebeskrivelsen. Samtidig vil vi opfordre til, at også de sundhedsvidenskabelige fakulteter ved universiteterne nævnes som samarbejdspartner.

Desuden bemærkes det, at der bliver nedsat et ”Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet”. Idet universiteterne er en central samarbejdspartner, vil det være formålstjenligt, at de sundhedsvidenskabelige fakulteter er repræsenteret i rådet med én repræsentant.

Sammenfattende ser Aarhus Universitet positivt på, at medicinuddannelsen er indtænkt i opgavebeskrivelsen for den almenmedicinske klinik. På Health arbejder vi målrettet for at skabe bedre sundhed for alle, og vi indgår derfor gerne i samarbejder, hvor vi kan styrke sundhedsvidenskabelig forskning og videreudvikle sundhedsvidenskabelige uddannelser til fremtidens sundhedsvæsen. Vi ser derfor frem til de nye muligheder, der kommer med sundhedsreformen herunder med den nye organisering og beskrivelse af opgaver i det almenmedicinske tilbud.

Venlig hilsen

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor



December 2025

Att. Sundhedsstyrelsen, enhed for Forebyggelse og det primære sundhedsvæsen

fopssst@sst.dk

til hesap@sst.dk

Høringssvar fra foreningen Danske Demenskoordinatorer (DKDK) over udkast til Nationalt fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Danske Demenskoordinatorer (DKDK) har ikke modtaget høringen, men har valgt at afgive høringssvar, da høringen er meget relevant såvel for mennesker med demens, deres pårørende og for de medarbejdere i kommunerne som arbejder koordinerende i forhold til demensområdet.

Speciallægelig understøttelse og subakutte konsultationer

DKDK finder det positivt, at der i udkastet lægges vægt på mulighed for faglig understøttelse fra speciallæger i forbindelse med udredning og behandling, herunder på demensområdet. Vi noterer med tilfredshed, at der åbnes for subakutte konsultationer. Dette vurderes, at kunne være en relevant støtte for almen praksis i situationer, hvor der er risiko for udskrivning af psykofarmaka til mennesker med demens.

Behov for kompetenceudvikling

DKDK anerkender, at der er et særsilt behov for kompetenceudvikling. Demensudredning vil fortsat være en ny opgave for mange praktiserende læger, og vi vurderer derfor, at prioritering af efteruddannelse og sparring er nødvendig.

Almen praksis som tovholder

At almen praksis tildeles rollen som tovholder og koordinerende aktør i udredning og behandling, vurderes hensigtsmæssigt. Det gælder særligt i relation til demenssygdom, hvor tidlig opsporing og opfølgende indsats er central.

Vi kan dog være bekymrede for, om der - siden Alzheimerforeningen gennemførte en undersøgelse i 2018 - er sket tilstrækkelig udvikling i mødet med patienter og pårørende. Undersøgelsen fra 2018 viste, at i knap hver femte samtale, der omtaler læger på Alzheimerforeningens rådgivningslinje, Demenslinien, fortæller demenspatienter og pårørende, at de oplever, at den praktiserende læge har afvist at gøre noget ved de symptomer, der er baggrund for henvendelsen.

DKDK finder det relevant, at en kommende kvalitetsplan på området kan anvendes til systematisk opfølgning på disse forhold.



Kapacitet og opgaveomfang

I materialet peges der på udfordringer i relation til kapacitet, lægedækning og behov for øget opgavedelegation. Samtidig fremhæves, at der mangler opdateret viden om sygdoms- og kontaktmængder i almen praksis. Den seneste Kontakt- og Sygdomsmønsterundersøgelse (KOS) er fra 2008. Vi deler vurderingen af, at de kommende KOS-tal i 2025 vil kunne bidrage til et mere retvisende grundlag.

Med udsigt til en forventet tilgang på omkring 5.000 læger i almen praksis frem mod 2035, kan der være behov for at vurdere, om de beskrevne opgaver i høringsudkastet samlet set kan implementeres. DKDK anbefaler, at målsætninger og opgavebeskrivelser gennemgås igen, når de nye KOS-tal foreligger.

Erfaringer med opgavedeling

DKDK er bekendt med, at Region Nordjylland har gennemført en opgavedeling, hvor dele af udredningsopgaven for mennesker med demens løses hos kommunale demenssygeplejersker/demenskoordinatorer. Vi savner en inddragelse af disse erfaringer i udkastet og anbefaler, at denne model vurderes i det videre arbejde.

Vi henviser endvidere til de gældende anbefalinger på demensområdet vedrørende tværsektorielt samarbejde, hvor forløbskoordination behandles indgående.

Implementering og kendte barrierer

Vi kan desuden henvise til erfaringer fra Region Nordjyllands samordnede demensudredningsmodel, hvor implementering har været en længerevarende proces med identificerede barrierer og udfordringer. DKDK anbefaler, at disse erfaringer indhentes og inddrages i det videre arbejde, så eventuelle udfordringer kan imødegås tidligt.

På bestyrelsens vegne,

Gitte Kirkegaard

Formand for Danske Demenskoordinatorer