

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 infektionsmedicineren. 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

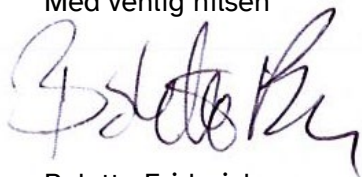
Her nævnes, at opfølgningen har fokus på 2 målepunkter – *”om regioner og klinikker udfører beskrevne opgaver og funktioner samt om der sker en udvikling i kvaliteten i de levede indsatser.”*

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