

Til Sundhedsstyrelsen

Generelle bemærkninger til høringssvar til specialebeskrivelser

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til de opdaterede specialebeskrivelser.

Specialebeskrivelserne giver samlet set et relevant og fagligt solidt billede af de enkelte specialers kerneopgaver. DSAM finder det positivt, at der i flere beskrivelser er fokus på samarbejde mellem sektorer, på behovet for sammenhængende patientforløb og på en tydelig opgavefordeling mellem sektorerne.

DSAM finder det væsentligt i denne indledning at levere en vision for fremtidens almen praksis og kommentere på forhold, der går igen i mange af specialbeskrivelserne.

1. Vision for almen praksis i et 15 års perspektiv

DSAM vurderer, at almen praksis i et 10-15-årigt perspektiv vil spille en endnu mere central rolle i tidlig diagnostik og udredning, koordination af komplekse forløb og håndtering af patienter med akutte tilstande, psykiske lidelser, sygemeldinger, kronisk sygdom og multisygdom.

Rettidig udredning og behandling og mere tid til patienterne vil kunne forebygge, at patienterne henvises til sekundærsektoren. Vi har set, hvordan indlæggelser forebygges og henvisninger begrænses, når patienterne på et plejehjem får ekstra tid med lægen, fordi plejehjemmet får en plejehjemslæge. Tid og kontinuitet er afgørende faktorer i denne sammenhæng.

Man taler ofte om TNT (time needed to treat). Patientbehandling tager tid, og patientbehandling er en af almen praksis' kerneopgaver.

Der er imidlertid et andet begreb, der er ligeså vigtigt: TNNT (time needed not to treat). Det tager tid at berolige og forklare, at symptomer og tilstande IKKE kræver blodprøver, billeddiagnostiske undersøgelser og henvisninger, og det er en mindst lige så vigtig kerneopgave, som kan aflaste det øvrige sundhedsvæsen.

DSAM ser et potentiale for et større samarbejde mellem almen praksis og speciallæger på sygehus og i speciallægepraksis. Visionen er, at specialerne kan samarbejde om fx vurdering af udrednings- og behandlingsniveau i relation til patientens samlede sygdomsbillede.

Almen praksis får en stærkere tovholderrolle, når samarbejdet mellem sektorer foregår både før, under og efter behandling i sekundærsektoren.

Samarbejdet mellem specialerne skal være velbeskrevet og ligeværdigt, og det skal være tydeligt, hvem der har ansvar for patienten.

DSAM foreslår, at den praktiserende læge kan bestille enkeltstående specialistvurderinger og sammedagsscreening på sygehuset, hvor almen praksis bevarer ansvaret for patientens behandling og følger op efter undersøgelsen.

Almen praksis har i hver enkel specialebeskrivelse anført, hvilke opgaver almen praksis kan varetage i et 10-15 årigt perspektiv.

2. Nye opgaver skal med fordel kunne løses i en almenmedicinsk kontekst

En gennemgående problemstilling i flere specialebeskrivelser er, at det lægges til grund, at opgaver kan overdrages til almen praksis, så de bliver udført på samme måde som på sygehuset. Man angiver, at der kan foreligge fælles retningslinjer, anvisninger i epikrisen og at de praktiserende læger kan konferere med speciallæger og dermed blive "klædt på" til opgaven.

Hvis man antager dette, glemmer man at tage højde for de rammer, som opgaverne skal løses indenfor. Det almenmedicinske speciales styrke er, at det er et speciale i egen ret og at opgaver løses ud fra en almen medicinsk teori, hvor man med udgangspunkt i patientens ønske udreder og behandler med et biopsykosocialt perspektiv. Konsultationen har en anden struktur og et andet tidsperspektiv.

Opgaver kan derfor ikke flyttes 1:1 mellem sektorer. Opgaver, der i dag varetages i specialiserede miljøer, vil nødvendigvis blive løst på en anden måde i almen praksis. Hvis de rigtige opgaver flyttes, er det en fordel for patienten.

3. Nye opgaver skal være almene, så speciallæger i almen medicin kan opretholde en rutine

Flytter man sjældne, risikofyldte eller højt specialiserede opgaver, som forudsætter løbende konference med en speciallæge på sygehuset, eller epikriser fyldt med detaljerede opskrifter på kontrol og behandling eller uddrag fra lærebøger, er det ikke patientsikkert at overdrage opgaven.

Nye opgaver skal forekomme med en hyppighed, der gør det muligt for lægerne både at opbygge og vedligeholde deres kompetencer. Det forudsætter både relevant efteruddannelse og at den praktiserende læge ser patienter med den pågældende sygdom tilstrækkelig ofte i konsultationen.

Opgaver bør heller ikke flyttes hvis de kræver dedikerede behandlingsrum eller specielt udstyr.

4. Konference kan ikke erstatte kompetence

Nye opgaver forudsætter, at viden om det konkrete sygdomsområde bliver integreret viden i det almenmedicinske speciale og er velbeskrevet i denne kontekst.

Opgaven skal behandles i Fagligt Råd, som skal pege på:

- relevante kliniske vejledninger målrettet almen praksis
- relevant efteruddannelse
- strukturer for kvalitetsudvikling
- vurdering af om det giver anledning til forskningsprojekter

5. Stabil og velbehandlet er ikke i sig selv indikation for flytning af en opgave

Flere steder i specialebeskrivelserne angives det, at patienter med stabil eller velbehandlet sygdom kan følges i almen praksis. DSAM finder dette relevant for mange sygdomsområder, fx hvis en patient har fået lagt en stent i hjertet, medicinen justeret og patienten kan afsluttes til fortsat kontrol i almen praksis. Det er et område, hvor almenmedicineren har de relevante kompetencer.

Men DSAM finder det væsentligt at understrege, at stabil eller velbehandlet sygdom ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at den praktiserende læge har den nødvendige basalviden og kompetencer. Mange patienter kan være stabile og velbehandlede, men samtidig have behov for højtspecialiseret viden, monitorering eller behandling. Det gælder fx patienter med epilepsi eller patienter, der er i behandling med visse psykofarmaka. Disse patienter er forkert placeret i almen praksis. Skal disse patienter ikke ses på sygehuset, er det oplagt at se på muligheden for at følge patienten i speciallægepraksis.

Opgaven bør, udover at være stabil og velbehandlet, være velplaceret i en almenmedicinsk kontekst, jf. afsnit 1.

Et godt eksempel på en opgave, der planlægges flyttet på denne måde, er behandling af visse patienter med demens. Der er ved at blive skrevet en ny DSAM-vejledning. Der er skabt nye systematiske efteruddannelsesstilbud for praktiserende læger. Når opgaven implementeres, vil der være et godt udgangspunkt for både forskning og løbende kvalitetsarbejde.

6. Nuværende praksis vs. fremtidig varetagelse skal klart adskilles

DSAM bemærker, at der i flere specialebeskrivelser ikke skelnes tydeligt mellem nuværende praksis og mulige fremtidige samarbejdsmodeller.

Der beskrives i flere tilfælde et samarbejde om behandling og opfølgning mellem sygehus og almenmedicinske tilbud, som ikke aktuelt er etableret. Dette kan give indtryk af, at opgaver allerede er overdraget til almen praksis, selv om der ikke foreligger nationale aftaler eller basale strukturer herfor (jf. afsnit 1).

DSAM anbefaler, at der konsekvent skelnes mellem:

- opgaver, der aktuelt generelt varetages i almen praksis
- og opgaver, der eventuelt kan overdrages i fremtiden

Hvis en opgave udføres af enkelte læger i visse geografiske områder, kan den ikke registreres som en generel nuværende praksis.

7. Opgaveglidning kan ikke sidestilles med etablerede opgaver

Der er for mange tilstande og sygdomme sket en betydelig opgaveglidning fra specialiserede enheder til almen praksis. Dels via afviste henvisninger og dels ved, at man har etableret hotlines.

Mange af de nye opgaver er tilført uden overordnet planlægning, uden ledsagende DSAM-vejledninger og uden tilstrækkelig efteruddannelse og kvalitetssikring.

DSAM finder ikke, at sådanne opgaver kan beskrives som veletablerede almenmedicinske opgaver i dag og gør opmærksom på dette i de specialebeskrivelser, hvor det er relevant. Hvis opgaven vurderes relevant, kan den beskrives som en fremtidig opgave og implementeres, jf. afsnit 1.

8. Samarbejde og konference

DSAM støtter et tæt samarbejde mellem specialer og almen praksis.

Dette samarbejde bør baseres på ligeværdig faglig dialog mellem speciallæger, hvor begge parter bidrager med deres respektive kompetencer. DSAM anbefaler, at begrebet "konference" anvendes frem for "rådgivning", da det bedre afspejler dette ligeværdige samarbejde.

Der er et betydeligt potentiale i at styrke mulighederne for konference – både skriftligt, telefonisk og via video – herunder også med mulighed for, at speciallæger på sygehuset kan tage kontakt til almen praksis, når det fx er indiceret at konferere behandlings- og udredningsniveau med en, der kender patientens sygehistorie mere bredt.

Der bør være klare aftaler om logistik og kompetencer. Konferencer bør kunne afholdes både på telefon og video. Der bør være en frist for svar på korrespondance meddelelser, uanset om de går fra almen praksis til sygehus eller omvendt.

9. Funktionelle lidelser

I flere specialebeskrivelser anføres det, at funktionelle lidelser hovedsageligt varetages i almen praksis med henvisning til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018.

DSAM bemærker, at disse anbefalinger beskriver en stepped care-model, hvor almen praksis indgår som første niveau i et samlet system med adgang til specialiserede funktioner og tværfaglige tilbud. Denne organisering er imidlertid kun i begrænset omfang implementeret nationalt, og det fremgår da også af flere specialebeskrivelser, at der ikke er etableret behandlingstilbud i alle regioner.

Anbefalingerne fra 2018 beskriver en række opgaver for almen praksis, men de organisatoriske forudsætninger, som modellen bygger på, er ikke implementeret. Der er således ikke tilført ressourcer eller øget kapacitet til almen praksis' håndtering af funktionelle lidelser siden 2018.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2022 en videnssamling og redskabskasse til almen praksis, men denne er ikke implementeret i praksis, da der ikke blev tilført ressourcer i forbindelse med udgivelsen.

DSAM foreslår derfor, at formuleringerne i specialebeskrivelserne bliver mere konstanterende, eksempelvis:

“Patienter med funktionelle lidelser varetages i dag i betydeligt omfang i de almen-medicinske tilbud, som fortsat mangler de ressourcer og den organisatoriske implementering, der forudsættes for at implementere Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018.”

DSAM anbefaler, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger for almen praksis og (en mindre omfattende udgave af) redskabsskassen for funktionelle lidelser implementeres i almen praksis indenfor de næste 10 år. Vi foreslår, at dette beskrives under fremtidig varetagelse, hvor det er relevant.

10. Opgaver der er usynlige for sygehusspecialerne

I enkelte specialebeskrivelser er de aktuelle opgaver i almen praksis indenfor de enkelte sygdomsområder mangelfuldt beskrevet. Det handler måske om, at opgaven sjældent medfører sygehushenvisning og derfor er usynlig. I de få tilfælde hvor det er aktuelt, har DSAM gjort opmærksom på det.

11. Kapaciteten skal være til stede før opgaveflytning

Opgaveflytning planlægges i forventning om, at der vil være 5.000 praktiserende læger i 2035. Opgavebeskrivelsen for de almenmedicinske tilbud indeholder allerede en række nye opgaver, som forventes opstartet fra 1. januar 2027. Den demografiske udvikling vil i sig selv medføre et øget behandlingsbehov i hele landet i de kommende år.

Samtidig er der et betydeligt behandlingsefterslæb, særligt i områder med lægemangel. Størstedelen af de nye læger vil skulle anvendes til at indhente dette efterslæb. I praksis sker dette ved, at normtallet reduceres i de praksis, der har høj sygdomsbyrde, i takt med at der tilføres flere læger.

I 2025 er normtallet imidlertid øget i byerne. Det betyder, at der aktuelt er et meget begrænset potentiale for opgaveflytning i de fleste bypraksis. På trods af dette indeholder opgavebeskrivelsen mange nye opgaver, som vil belaste praktiserende læger i hele landet.

Der er således allerede disponeret over den eksisterende kapacitet. Samtidig lægges der op til opgaver, som overstiger den kapacitet, der forventes opbygget de kommende år.

I et 10-15-årigt perspektiv, i takt med at normtallet også reduceres i de større byer, vil der kunne blive plads til yderligere opgaver, forudsat at disse er fagligt relevante.

Nye opgaver i almen praksis indenfor de næste 5 år

- Behandlingsefterslæb/lægemangel
- Demografi
- Fasttilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladser
- Fasttilknyttede læger på botilbud
- Tilbud til sårbare målgrupper med særlige behov
- Opsøgende indsats ved børnevaccinationer
- Mere systematisk basal palliativ indsats
- Forebyggelse/koordination for sårbare patienter
- ICPC-kodning
- Vedligehold af diagnosekort
- Demens - større rolle
- Senfølger
- Pakkeforløb for KOL
- Pakkeforløb lænderyg
- Pakkeforløb Diabetes type 2
- Pakkeforløb hjertesygdom
- Pakkeforløb for kompleks multisygdom

12. Digitalisering og teknologi

DSAM finder det positivt, at der i flere specialebeskrivelser er fokus på digitale løsninger og anvendelse af kunstig intelligens.

Det er imidlertid afgørende, at nye teknologiske løsninger:

- er dokumenteret effektive og afprøvet,
- er teknisk stabile,
- kan anvendes af alle patientgrupper
- og ikke øger uligheden i sundhed.

Erfaringen fra almen praksis er, at øget digital adgang kan medføre et større træk fra ressourcestærke patienter, mens de mest sårbare patienter risikerer at blive tabt. Dette stiller krav om, at digitale løsninger suppleres med målrettede og opsøgende indsatser.

Digitalisering kan være et supplement til klinisk arbejde, men kan ikke erstatte den kliniske vurdering og relationen mellem patient og læge.

13. Kunstig intelligens (AI)

DSAM vurderer, at kunstig intelligens kan få stor betydning i sundhedsvæsenet både ved at lette administrative opgaver og som beslutningsstøtte for sundhedspersonale. DSAM finder imidlertid, at AI-teknologi i nogle af specialebeskrivelserne beskrives for positivt og unuanceret. I andre specialebeskrivelser anlægges en mere realistisk tilgang.

Når det gælder anvendelse af AI i klinisk beslutningstagning og behandling, er der tale om højrisikoteknologi. En række væsentlige spørgsmål rejser sig:

- Hvem har det faglige og juridiske ansvar for beslutninger, der er truffet med AI-støtte?
- I hvilket omfang logges og dokumenteres AI-baserede beslutninger med henblik på patientsikkerhed og eventuelle klagesager?
- Hvordan håndteres situationer, hvor beslutningsstøtten bygger på fejlbehæftede data eller giver ukorrekte anbefalinger?
- Hvordan sikres transparens i de algoritmer, der anvendes, herunder mulighed for at forstå og efterprøve beslutningsgrundlaget?
- Hvordan undgås bias i data, som kan føre til systematiske fejl eller ulighed i behandling?

- Hvordan sikres det, at anvendelsen af AI ikke medfører en uhensigtsmæssig standardisering, hvor den individuelle kliniske vurdering og patientens præferencer får mindre betydning?

Det er desuden ikke sandsynligt, at AI-baseret beslutningsstøtte vil medføre besparelser, som det antydes flere steder. Dels er AI-teknologi forbundet med betydelige omkostninger. Dels kan øget opmærksomhed på prøvesvar og behandlingsmuligheder føre til flere udredninger og behandlinger. Dette kan i sig selv være hensigtsmæssigt, men indebærer også en risiko for overdiagnostik og øgede udgifter i sundhedsvæsenet.

DSAM anbefaler en kreativ, men kritisk tilgang til anvendelsen af AI i specialebeskrivelserne. DSAM finder det afgørende, at AI anvendes som et supplement til – og ikke en erstatning for – den kliniske vurdering. AI kan ikke påtage sig et ansvar. Ansvaret for den endelige beslutning må fortsat ligge hos den behandlende læge.

14. AI-understøttede henvisninger

Det fremgår i flere specialebeskrivelser, at AI-understøttede henvisninger kan bidrage til, at relevante patienter henvises.

DSAM finder, at denne tilgang er uhensigtsmæssig, hvis AI anvendes som et efterfølgende filter, der kan afvise henvisninger eller gøre det umuligt at sende henvisningen.

AI kan med fordel anvendes som beslutningsstøtte for lægen i den kliniske situation og understøtte lægen i vurderingen af, hvornår patienten bør henvises. Ansvaret for den kliniske beslutning må imidlertid forblive hos lægen.

Når lægen – eventuelt med støtte fra beslutningsværktøjer og i dialog med patienten – har truffet beslutning om henvisning, bør denne ikke efterfølgende kunne afvises af en algoritme.

15. Afsluttende bemærkning

DSAM ønsker at bidrage til en fortsat udvikling af et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor opgaver placeres der, hvor de løses bedst, og hvor patienterne oplever kompetencer, kontinuitet, kvalitet og tryghed.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Formand for DSAM