

København, den 21. maj 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsstyrelsen

Høringssvar fra DSAM vedrørende Lovforslag om ny organisering af det almenmedicinske tilbud

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til Lov om ændring af sundhedsloven (Indførelse af national opgavebeskrivelse og basisfunktion for det almenmedicinske tilbud, aftale om vilkår for alment praktiserende læger, differentieret honorarstruktur, praksisklagenævn m.v.).

1. Indledning

DSAM er enige i sundhedsreformens overordnede mål om flere praktiserende læger og en styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Vi mener dog, at lovforslaget i sin nuværende form fuldstændig modarbejder denne ambition.

DSAM er på flere væsentlige områder uenige i det fremsatte lovforslag. Vi mener, at lovforslaget fundamentalt og afgørende ændrer ved faget almen medicin. Lovforslaget vil være ødelæggende for den faglige udvikling af faget og vil på sigt forringe patientbehandlingen i almen praksis.

Faget kan miste sin attraktionsværdi for unge læger, og rekrutteringen til almen praksis kan stagnere og falde, mens eksisterende læger kan gå tidligere på pension. Loven vil stik imod sin intention kunne øge manglen på praktiserende læger.

DSAM anbefaler, at lovforslaget gennemgår en grundig revision med henblik på genfremsettelse.

2. Overordnede bemærkninger

2.1 Intentioner i loven vs. lovtekst

Bemærkningerne til lovforslaget indledes fint med at fastslå, at egen læge er og bliver en grundsten, at vi fremover skal løfte flere opgaver og sikre mere kvalitet og sammenhæng samt en differentieret indsats med mere tid til de sårbare. Vores kvaliteter omtales i afsnittet om basisfunktionen med kompetencerne; kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde. Det er kompetencer, vi også selv sætter højt, og man kunne tilføje gatekeeper-funktionen. Men i resten af lovteksten savner vi helt at se, hvordan de almenmedicinske kompetencer skal kunne udfoldes og udvikles fremover. Det fremgår ingen steder, hvordan den almenmedicinske viden og faglighed skal integreres i fremtidens samarbejdsstrukturer.

2.2 Ny styringsmodel uden inddragelse samt afskaffelse af samarbejdsfora

Loven indfører en forvaltningsretlig styringsmodel, hvor nationale krav fastlægges af indenrigs- og sundhedsministeren og Sundhedsstyrelsen, mens den faglige ledelse placeres hos regionerne – tæt knyttet til regionernes mulighed for at sanktionere, hvis de nationale krav ikke følges. De nationale krav kan ændres uden inddragelse eller aftale med de praktiserende læger.

Man afskaffer **ALT** samarbejde mellem myndigheder og praktiserende læger både centralt og regionalt og sætter ikke noget i stedet:

- Samarbejdet om forskning, kvalitet, efteruddannelse og IT samt de regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg (KAP og KEU) forsvinder.
- Det løbende samarbejde med tilpasning og justering af overenskomsten: Partsmøder/Landssamarbejdsudvalg/Samarbejdsudvalg forsvinder.
- Almen praksis bliver ikke hørt i forbindelse opgavebeskrivelse, basisfunktion og sundhedsplaner fremadrettet.
- Almen praksis bliver ikke hørt i forbindelse med nærsundhedsplaner. I et tidligere fremsat lovforslag (nr. 275 af 12. marts 2025) om sundhedsråd anføres det, at man vil høre patient- og pårørende-organisationer i forbindelse med nærsundhedsplaner, men ikke de praktiserende læger.

2.3 Risiko for topstyring, hvor kerneværdierne i almen praksis går tabt

Bemærkningerne til lovforslaget skaber bekymring for, om man reelt forstår almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet. Dansk almen praksis yder allerede behandling af høj kvalitet. Den er billig og effektiv og har høj patienttilfredshed.

Almen praksis håndterer selv 90 % af alle henvendelser til klinikkerne, og 70 % af alle patientforløb involverer slet ikke andre sundhedsaktører. I lovforslaget har man fokus på, at egen læge skal varetage flere af de opgaver, der i dag løses på sygehusene. Lovforslagets bemærkninger flytter generelt det faglige fokus til den specialiserede del af sundhedsvæsenet og glemmer kerneopgaverne i almen praksis. Vi frygter, at den basale patientbehandling forringes, hvis fokus for opgaverne flyttes.

Almen medicin hviler på relationen mellem læge og patient med kontinuitet som det helt afgørende fundament. Relationel kontinuitet er en kernefaglighed i almen praksis og en forudsætning for høj kvalitet i behandlingen. Der foreligger solid evidens for, at kontinuitet i relationen til egen læge er forbundet med lavere dødelighed, færre akutte indlæggelser, mindre brug af lægevagt og færre hospitalsydelser. [1]

¹ Sidaway-Lee K, Pereira Gray OBE D, Harding A, Evans P. What mechanisms could link GP relational continuity to patient outcomes? Br J Gen Pract. 2021 May 27;71(707):278-281. doi: 10.3399/bjgp21X716093. PMID: 34045259; PMCID: PMC8163455.

Et stort dansk registerstudie med 4,5 mio. voksne har igen påvist disse effekter, selv efter justering for alder, køn, socioøkonomi og sygdomsbillede. [2] Almen praksis er den bedste garanti for kontinuitet, fordi lægerne bliver hos deres patienter i gennemsnitligt 17 år.

2.4 Erfaringer fra Norge

I Norge har fastlægerne også gennemgået en reformproces med Samhandlingsreformen fra 2009. Målet var, at fastlægen skulle være drivkraft i et mere forebyggende, koordineret og nært sundhedstilbud. Da reformen blev evalueret af EVASAM i 2016, viste det sig, at målene kun delvist blev nået. En central årsag var, at fastlægerne ikke var obligatoriske parter i de lovpligtige samarbejdsaftaler, og at deres rolle i koordineringen af patientforløb manglede klare strukturelle rammer. Resultatet var, at fastlægerne ikke fik reelle betingelser for at udfylde den rolle, reformen havde tiltænkt dem, og rekrutteringen blev negativt påvirket. Den nye nationale plan for samhandling 2024–2027 forsøger at rette op på dette ved systematisk at inddrage fastlægerne i udvikling og evaluering.

Vi håber på, at vi i Danmark kan drage lære af denne proces og sikre inddragelse af den almenmedicinske viden og erfaring og indtænke de praktiserende læger fra starten.

Uden involvering af de praktiserende læger er det som fagvidenskabeligt specialeselskab vanskeligt at se dette lovforslag som andet end afvikling af specialet almen medicin. Det vil være et stort tab for det danske sundhedsvæsen.

3. Centrale problemområder

3.1 Opgavebeskrivelsen

DSAM bifalder, at opgaverne for det almenmedicinske tilbud beskrives i en national opgavebeskrivelse og i en basisfunktion for almen praksis. En national almenmedicinsk opgavebeskrivelse giver mulighed for at forankre de almenmedicinske kerneværdier i en fælles faglig ramme og kan med den nødvendige faglige inddragelse omsættes til konkrete fordele for både faget, patienterne og det samlede sundhedsvæsen. Desuden kan en opgavebeskrivelse definere skæringsfladerne mellem almen praksis og de øvrige specialer og dermed forhindre ukontrolleret opgaveglidning og afviste henvisninger. Det kræver viden fra dagligdagen i almen praksis. Det er derfor afgørende, at den almenmedicinske faglighed inddrages løbende i opgavebeskrivelsen, både nu og i fremtiden, og det bør skrives klart ind i loven.

3.2 Samarbejde og faglige institutioner

Samarbejdet mellem de praktiserende læger og myndighederne er udviklet og forfinet i over 5 årtier. Sygesikringsloven fra 1971 var den første lov, der formaliserede samarbejdet med krav om, at der skulle oprettes et samordningsudvalg, som havde til formål at fremme samarbejdet mellem de praktiserende læger og sygehusene.

² Prior, Anders and Rasmussen, Linda Aagaard and Virgilsen, Line Flytkjær and Vedsted, Peter and Vestergaard, Mogens, Continuity of Care in General Practice and Patient Outcomes: A Population-Based Cohort Study in Denmark. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=5213380> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5213380>

Fokus i lovgivningen var engang at sikre adgang og kontakt mellem sektorerne gennem en konsensuspræget tilgang.

I 1990'erne blev der indført krav om udarbejdelse af sundhedsplaner, og der blev for første gang sat krav om kvalitetsmål. Siden er samarbejdsaftaler afløst af sundhedsaftaler, praksisplaner og sundhedsklynger.

Centralt har PLO og Danske Regioner opbygget Fonden for Almen Praksis, hvor parterne i fællesskab har udviklet forskning, efteruddannelse, kvalitet og IT med stor succes. Forskning i almen praksis er blevet et internationalt fyrtårn. Efteruddannelsen er af høj kvalitet og uafhængig af medicinalindustrien. IT-udviklingen har frembragt minlæge-appen, forløbsplaner og integration af den digitale svangrejournale og en dataplatform til populationsomsorg er på vej.

Seneste skud på stammen er KIAP, Kvalitet i Almen Praksis, en velfungerende organisation, som understøtter lægernes kvalitetsklynger, hvor 98 % af lægerne deltager.

DSAM opfordrer til, at det gode samarbejde mellem praktiserende læger og myndigheder skrives ind som en del af lovforslaget.

3.3 Opgaveflytning og kapacitet

De almenmedicinske opgaver ændrer og udvikler sig over tid. Det er efter DSAM's opfattelse en naturlig udvikling. Det er derfor løbende relevant at vurdere, om nye opgaver kan løses af det almenmedicinske speciale. Imidlertid har specialet i årevis ikke fået tilført den kapacitet, der har været nødvendig. Lægemangel i kombination med demografi og opgaveglidning har lagt et betydeligt pres på fagets bæreevne. På grund af manglende politisk prioritering er hverken antallet af læger, kapacitet eller strukturer fulgt med – og gode intentioner for almen praksis er i stedet endt i en implementeringskløft. Den bruges som en undskyldning for at afskaffe det faglige samarbejde og indføre topstyring.

DSAM mener, at flere læger samt en prioritering og investering i almen praksis i sig selv vil kunne styrke og accelerere fagets udvikling, så almen praksis efterhånden kan varetage flere opgaver. Tillid og investering vil øge rekrutteringen og løse lægemanglen. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at beregninger viser, at de første 700 læger frem mod 2035 alene går til at dække lægemanglen og den demografiske udvikling.

Det foreliggende lovforslag indfører i modsætning hertil en mulighed for at tilføre nye opgaver til almen praksis, uden at der er garanti for, at der er kapacitet og læger nok og uden inddragelse af de praktiserende læger. Lægerne har ikke engang mulighed for at klage, hvis der tilføres arbejde, der giver et større ressourcetræk end forventet.

Man ønsker indblik i klinikernes regnskaber, hvilket kan bidrage til, at læger, der arbejder ekstra timer samt udvikler og effektiviserer deres virksomhed med øget overskud til følge, blot tilføres nye opgaver. Dette er gift for motivationen og kan stoppe lægernes udvikling af deres klinikker og få lægerne til at fokusere på bibeskæftigelser i stedet.

3.4 Fremtidens "almenmedicinske tilbud" og rekruttering

Regeringen forudser, at lovforslaget vil medføre en ændret sammensætning af kliniktyper, herunder en stigende andel af udbuds- og regionsklinikker. ^[3] Disse klinikformer vil have svært ved at rekruttere læger.

En ny undersøgelse viser, at unge læger i hoveduddannelse til almen medicin ønsker at arbejde i almen praksis med egne patienter. ^[4] Kun 3 % ønsker at arbejde i regionsklinikker. Hvis man undergraver selvstændigheden og fremmer udbuds- og regionsklinikker, skaber man et "almenmedicinsk tilbud", som der ikke findes læger til. Det vil skade rekrutteringen og forværre lægemanglen.

3.5 Patientperspektivet

Med 5.000 praktiserende læger vil alle borgere frit kunne vælge den læge, de foretrækker.

Dette vil gavne relationen til lægen og dermed patientbehandlingen. Hvis en praktiserende læge tilbyder mindre kontinuitet, dårligere tilgængelighed eller ikke lytter til patienten, vil denne blive fravalgt, fordi der er reel konkurrence mellem lægerne.

Det er imidlertid DSAM's opfattelse, at lovforslaget, som det er fremsat, vil forringe kvaliteten af den almenmedicinske behandling.

Forringet kontinuitet: Flere patienter skal tilknyttes regions- og udbudsklinikker med skiftende vikarer. Der er endda ingen sikkerhed for, at lægerne i regions- og udbudsklinikker er speciallæger i almen medicin. Konsekvensen er tab af både faglighed og langvarige læge-patient-relationer, der som nævnt er afgørende for behandlingen i almen praksis. Dette vil især ramme de mest skrøbelige patienter.

Forringet faglighed: Der er ingen sikring af, at den almenmedicinske faglighed inddrages i kvalitetsarbejde, efteruddannelse, forskning og lokalt samarbejde i sundhedsråd m.v.

Forringet kvalitet: I lovforslaget lægges der op til, at der skal ske en væsentlig omfordeling, hvor klinikker i byerne skal have flere patienter uden at få tilført yderligere ressourcer. Disse patienter vil få sværere ved at få en lægetid og mindre tid hos lægen. DSAM bifalder, at der oprettes nye ydernumre, så læger, der har patienter med høj sygdomsbyrde, får færre patienter. Men lighed i sundhed og øget adgang for nogle patientgrupper må aldrig blive på bekostning af andres helbred.

³ Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud), 2025.02.05, s. 35.

⁴ [FYAM medlemsundersøgelse 2025: pixiversion om rekruttering](#)

4. Konkrete forslag

DSAM foreslår følgende 10 konkrete ændringer af lovforslaget, der styrker fagligheden og understøtter sammenhængen mellem opgaver og kapacitet. De 10 forslag løser reelle problemer i lovforslaget og kan gennemføres indenfor den aftalte politiske ramme.

Almenmedicinsk faglighed

1. **At kravene til basisfunktionen og kerneværdierne for almen praksis præciseres i lovforarbejderne.**
2. **At det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen.**
3. **At det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen nedsætter et "rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis" og et nationalt videnscenter for almen medicin.**
4. **At de institutioner, der har bidraget til udviklingen af faget, skrives ind i lovforslaget.**
5. **At den almenmedicinske ledelse og faglighed er repræsenteret på sundhedsrådsniveau, når der tages beslutninger, der involverer almen praksis.**

Objektiv sammenligning og prioritering af alle almenmedicinske tilbud

6. **At der i lovforslaget indføres indberetningspligt af ensartede kvalitetsdata fra alle typer almenmedicinske tilbud mhp. evaluering.**

Retssikkerhed omkring nye opgaver og sanktionering af praktiserende læger

7. **At der bør ske en vurdering af tidsforbrug, kapacitet og økonomi ved justering af opgaver i basisfunktionen for almen praksis.**
8. **At Praksisklagenævnets kompetence udvides.**
9. **At Praksisklagenævnets sekretariat gøres uafhængigt af Danske Regioner.**
10. **At Praksisklagenævnet finansieres af egne midler, så lægernes klager ikke tager ressourcer fra patientbehandlingen.**

4.1 DSAM foreslår, at kravene til basisfunktionen og kerneværdierne for almen praksis præciseres i lovforarbejderne

DSAM anbefaler, at det i lovbemærkningerne præciseres, at klinikker, der udfører opgaver indeholdt i den nationale opgavebeskrivelse, anses som en del af det almenmedicinske tilbud og derfor skal opfylde kravene i basisfunktionen, samt at der i basisfunktionen skal være fysisk tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin enten som ejerlæger eller ansatte. Formålet med præciseringen er at sikre patienterne et behandlingstilbud, der opfylder samme krav til faglighed i alle almenmedicinske tilbud. DSAM foreslår derudover, at basisfunktionen ikke alene skal beskrive opgaver og tekniske krav, men også tydeligt afspejle almen praksis' særlige kerneværdier – herunder kontinuitet i læge-patient-relationen, lokal forankring af praksis, helhedsorienteret behandlingsansvar, visitation og gate-keeping.

DSAM foreslår, at det i forarbejderne til loven præciseres:

- At klinikker, der udfører almenmedicinsk behandling omfattet af den nationale opgavebeskrivelse, anses som en del af det almenmedicinske tilbud og derfor skal opfylde kravene i basisfunktionen.
- At basisfunktionen stiller krav om, at der skal være fysisk tilstedeværelse af læger med autorisation som speciallæge i almen medicin.
- At basisfunktionen eksplicit skal sikre rammer for kontinuitet i læge-patient-relationen.
- At kvalitetsmål ikke alene omfatter aktivitetsbaserede indikatorer, men også skal inkludere praksisnære indikatorer som patientoplevelt kvalitet, kontinuitet og generalistkompetence.
- At den myndighedsrettede del af opgavebeskrivelsen skal indeholde sektorens forpligtelser til præ- og postgraduat uddannelse.

4.2 DSAM anbefaler, at det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen

I lovforslagets § 57 l introduceres en ny reguleringsramme, hvori indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion. Denne opgavebeskrivelse skal udmønte målsætningerne i den nationale sundhedsplan og danne grundlag for regionernes tilrettelæggelse af det samlede almenmedicinske tilbud.

I de forklarende bemærkninger til lovforslaget fremgår, at opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud fremover skal fastlægges af Sundhedsstyrelsen med inddragelse af relevante faglige selskaber. Dette fremgår imidlertid ikke af lovteksten, hvilket er problematisk. DSAM ønsker, at det i lovgivningen tydeliggøres, at det er Sundhedsstyrelsen, som udarbejder den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen for almen praksis. Sundhedsstyrelsen er garant for den faglige ekspertise og kan beskytte klinikkerne mod ikke fagligt begrundede ændringer i opgavebeskrivelsen.

DSAM foreslår, at det i sundhedslovens § 57 l, stk. 1 tilføjes: *at Sundhedsstyrelsen fastsætter krav og opgaver mv. til det almenmedicinske tilbud.*

4.3 DSAM anbefaler, at det af lovteksten fremgår, at Sundhedsstyrelsen nedsætter et "rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis" og et nationalt videnscenter for almen medicin

I lovforslagets forklarende bemærkninger står, at opgavebeskrivelsen skal fastlægges med inddragelse af relevante faglige aktører og med inddragelse af faglige input fra relevante aktører.

DSAM er enig i disse bemærkninger. Det er vigtigt, at opgavebeskrivelsen sker med bred inddragelse af relevante aktører. Manglende faglig forankring vil kunne svække almen praksis' kernefaglighed og den lokale tilpasningsevne.

DSAM foreslår på den baggrund, at der nedsættes et centralt rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis efter samme principper som det rådgivende udvalg for specialeplanlægning på sygehusområdet, jf. sundhedslovens § 207 og bekendtgørelse nr. 1645/2005.

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis foreslås nedsat af Sundhedsstyrelsen og at bestå af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, DSAM, PLO, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening.

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis har til formål at rådgive Sundhedsstyrelsen om opgavebeskrivelsen og basisfunktionen for almen praksis. Udvalget skal bidrage til at sikre faglig kvalitet, sammenhæng i ydelser mellem region, kommune og almen praksis og kapacitet i almen praksis. Udvalget er et centralt rådgivende organ ved fastsættelse og ændring af opgaver i almen praksis.

Udvalgets hovedopgaver er:

- At rådgive Sundhedsstyrelsen forud for ændringer i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion for almen praksis.
- At rådgive Sundhedsstyrelsen i forbindelse med ændring i sundhedsplanen, regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplaner.
- At vurdere kapacitet: Sundhedsstyrelsen forelægger analyser af kapaciteten i almen praksis, der dokumenterer de økonomiske og arbejdsmæssige konsekvenser ved ændringer i opgaverne for almen praksis, før nye opgaver indføres.
- At vurdere sammenhæng i ydelser på tværs af sektorgrænser og kontinuitet i patientbehandlingen.
- At fremme inddragelse og dialog mellem relevante aktører med henblik på en fagligt og organisatorisk bæredygtig udvikling af almen praksis.

Udvalget skal for at opfylde sin rådgivende opgave høres forud for ændringer i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen. Udvalgets udtalelser offentliggøres samtidig med offentliggørelsen af forslag til ændringer.

Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning skal understøttes af et nationalt videnscenter for almen medicin. Formålet med et videnscenter er at tilvejebringe et uafhængigt, evidensbaseret grundlag for de beslutninger og anbefalinger, der træffes om almen praksis. Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning får dermed adgang til solide analyser af evidens, opgaveomfang, tidsforbrug og kapacitet, når nye opgaver foreslås flyttet til almen praksis. Uden et sådant datagrundlag risikerer politiske og administrative beslutninger at hvile på skøn og hensigtserklæringer. Med et videnscenter kan specialerådet kvalificere debatten med solide beregninger og scenarier og dermed sikre, at omlægninger kun gennemføres, hvis de er realistiske i forhold til klinikkernes drift og kapacitet.

Videnscentret foreslås placeret som et selvstændigt center på et universitet med et medicinsk fakultet. Videnscentret sikres dermed uafhængighed, forskningsforankring og faglig legitimitet.

Videnscentret kan også servicere andre offentlige myndigheder, fx aftaleparterne og sundhedsrådene. Det kan bistå med forslag og beregninger, når der lokalt skal udarbejdes forløbsbeskrivelser. Det vil på sigt kunne understøtte den almenmedicinske ledelse i sundhedsrådene/sygehusdirektionen med evidens for hensigtsmæssigt sektorsamarbejde og opgavefordeling, mhp. at patienterne oplever et sammenhængende sundhedsvæsen med et minimum af overgange.

DSAM forslår, at der indsættes en ny § 57 m:

§ 57 m stk. 1. Sundhedsstyrelsen nedsætter et rådgivende specialeudvalg for almen praksis. Udvalget skal høres forud for ændringer i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen for almen praksis. Udvalgets udtalelser offentliggøres samtidig med offentliggørelsen af forslag til ændringer.

Stk. 2. Der oprettes et Videnscenter for Almen Medicin med det formål at understøtte specialerådet for almen medicin og andre relevante myndigheder og aktører.

Stk. 3. Videnscenteret skal gennemføre analyser af evidens, opgavens omfang, tidsforbrug og kapacitetsbehov i almen praksis, herunder i forbindelse med omlægninger og nye opgaver. Videnscenteret skal herunder bidrage til udviklingen af samarbejdet mellem almen praksis og øvrige dele af sundhedsvæsenet, herunder ved at fremkomme med forslag til forbedringer og kvalificere forslag fra andre aktører.

Stk. 4. Videnscenteret forankres ved et universitet med et sundhedsvidenskabeligt fakultet.

4.4 DSAM foreslår, at de institutioner, der har bidraget til udviklingen af faget, skrives ind i lovforslaget

I lovforslagets § 57 l stk. 1 fastsættes krav og opgaver til det almenmedicinske tilbud i den nationale opgavebeskrivelse og i en basisfunktion. I de ledsagende bemærkninger til bestemmelsen står, at den nationale opgavebeskrivelse også omfatter regionernes understøttelse af forskning i almenmedicinske tilbud og patientforløb i det primære sundhedsvæsen og dataunderstøttet kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Der er i lovforslaget ikke en ny organisering af forskningen, men derimod en bred

formulering af Sundhedsstyrelsens og regionernes ansvar. Der nævnes ingen forpligtelse til faglig inddragelse af lægerne. Der er ingen videreførelse af de eksisterende samarbejdsorganer, såsom Fonden for Almen Praksis, der omfatter efteruddannelsen, forskningsenhederne, KiAP og IT-udvikling, og heller ikke de lokale kvalitets- og efteruddannelsesenheder, KAP eller KEU.

Det er efter DSAM's opfattelse afgørende, at den almenmedicinske faglighed inddrages systematisk. Uden en tydelig videreførelse og øremærket finansiering trues fagets internationalt anerkendte kvalitetsinfrastruktur med afvikling. Det vil forringe fagligheden og ramme patienterne.

DSAM anbefaler:

- At der oprettes et Fagligt Udvalg for Almen Praksis, som erstatter for Fonden for Almen Praksis.
- At der på Finansloven afsættes midler til Fagligt Udvalg for Almen Praksis, som reguleres i takt med antallet af praktiserende læger.
- At Fagligt Udvalg for Almen Praksis varetager de opgaver, der hidtil er varetaget af Fonden for Almen Praksis, herunder forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse og IT.
- At Fagligt Udvalg for Almen Praksis består af medlemmer udpeget af PLO, Danske Regioner og som nyt af DSAM, og hvor PLO og DSAM har 4 medlemmer og Danske Regioner har 4 medlemmer.
- At formandskab går på skift mellem parterne.
- At der oprettes tre underudvalg; et forsknings- og kvalitetsudviklingsudvalg, et efteruddannelsesudvalg og et IT-udvalg.
- At DSAM fungerer som sekretariat for Forsknings- og Kvalitetsudviklingsudvalget.
- At PLO fungerer som sekretariat for Efteruddannelsesudvalget og IT-udvalget.

DSAM forslår derfor, at der indsættes en ny § 57 n:

§ 57 n, stk. 1. Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at etablere et Fagligt Udvalg for Almen Praksis med det formål at fremme forskning, kvalitetsudvikling og efteruddannelse inden for almen medicin. Ministeren fastsætter nærmere regler om udvalgets sammensætning, herunder antallet af medlemmer og sammensætning.

4.5 DSAM foreslår, at den almenmedicinske ledelse og faglighed er repræsenteret på sundhedsrådsniveau, når der tages beslutninger, der involverer almen praksis

DSAM foreslår, at den almenmedicinske faglighed forankres på regions- og sundhedsrådsniveau for at sikre bæredygtige lokale løsninger, som er praktisk gennemførlige inden for almen praksis' rammer og med færrest mulige sektorskift.

Den almenmedicinske faglighed kan forankres i en ny samarbejdsstruktur – for enkeltheds skyld kaldet SAM. Den samler de tidligere regionale organisationer KAP (Kvalitet i Almen Praksis), KEU (Kvalitet og Efteruddannelse) og PKO (praksiskonsulenter) med noget helt nyt – nemlig connect til den nye almenmedicinske leder.

Den almenmedicinske leder bør være repræsenteret i koncernledelsen (evt. i sygehusdirektionen i hvert sundhedsrådsområde) ligestillet med øvrige direktionsmedlemmer. Lederen bør være almenmediciner og have aktivt patientarbejde i almen praksis for at bevare kendskabet til klinisk hverdag. Den almenmedicinske leder og overlæge skal både bygge bro til andre specialer og styrke almen praksis' rolle som kontinuitetsbærende aktør i sundhedsvæsenet. Lederen skal også deltage til bestyrelsesmøder i den nye samarbejdsorganisation.

Den nye samarbejdsenhed SAM bør have følgende opgaver:

- Bygge bro mellem almen praksis og øvrige sundhedsaktører,
- give fagligt input til sundhedsråd og nærsundhedsplaner,
- bidrage til implementering af sundhedsrådsbeslutninger,
- udarbejde og godkende forløbsbeskrivelser,
- definere kvalitetsmål og vejlede almen praksis,
- diskutere aktuelle samarbejdsudfordringer,
- drive konsulentvirksomhed om organisation, ledelse, kvalitetsudvikling og efteruddannelse,
- arrangere lokale efteruddannelses- og kvalitetsmøder,
- sikre kobling mellem centrale kvalitets- og efteruddannelsesinitiativer og det lokale arbejde.

Den almenmedicinske overlæge bør have følgende opgaver:

- Indgå i sygehusdirektionen med almenmedicinsk perspektiv,
- sikre at sygehusfunktioner understøtter almen praksis (fx dialog om afviste henvisninger i samarbejde med praksiskonsulenter, bedre mulighed for diagnostiske undersøgelser),
- bringe spørgsmål fra sygehusledelsen videre til SAM,
- deltage i SAM-bestyrelsesmøder,
- analysere data om aktivitet og kvalitet i almen praksis,
- planlægge og foreslå faglig udvikling i almen praksis via SAM,
- tage dialog med konkrete læger.

4.6 DSAM foreslår, at der i lovforslaget indføres indberetningspligt af ensartede kvalitetsdata fra alle typer almenmedicinske tilbud mhp. evaluering

I lovforslaget ligestilles almenmedicinske klinikker med udbudsklinikker og regionsklinikker. Regionerne kan frit vælge mellem de forskellige praksisformer, og de kan oprette klinikker, der kun løser bestemte opgaver. Med lovforslaget vil der ske indgribende ændringer, og der vil derfor være behov for evaluering af kvalitet i de enkelte klinikformer for at følge op på lovgivningens resultater.

I lovbemærkningerne fremhæves behovet for indsigt i almen praksis flere steder, herunder adgang til data om aktivitet og kvalitet på klinikniveau, oplysninger om virksomhedskonstruktion, bemanning og organisering af de enkelte klinikker – ligesom det nævnes, at det kunne omfatte indblik i regnskaber. Formålet er at understøtte regionernes ledelses- og styringsopgaver samt tilsyn og kontrol med, at klinikkerne lever op til de fastsatte krav og opgaver.

Lovudkastet indeholder ikke en udtømmende liste over præcist hvilke typer data, der skal indsamles fra almen praksis, og det beskrives ikke nærmere, hvem der konkret skal stå for dataindsamlingen, eller hvordan den skal organiseres. Det fremgår, at nærmere regler herom vil blive fastlagt i kommende regulering med ikrafttrædelse fra 1. januar 2027. Klinikkerne vil dog formentlig blive pålagt indberetningspligt.

DSAM anbefaler, at datakravene tydeliggøres i lovgivningen, baseres på klare formål og teknisk gennemførlige løsninger. Der bør i videst muligt omfang gøres brug af allerede indberettede data. Nærmest alle strukturerede data er allerede i dag tilgængelige fra almen praksis.

Det er DSAM's opfattelse, at adgang til data bør anvendes til at styrke kvalitet og sammenhæng i alle typer af almenmedicinske tilbud og at alle tilbud derfor skal levere de samme data. Data bør leveres både til regionerne og Sundhedsstyrelsen. Data kan bruges til at beskrive udviklingen og sikre mulighed for sammenligning af kvalitet og pris på tværs af modeller. Især kontinuitet og rekruttering bør måles og anvendes som indikatorer for reformens succes.

DSAM foreslår, at de indsamlede data indgår i den samlede planlægning af sundhedsvæsenet og årligt forelægges Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis.

Følgende data bør indberettes fra almen praksis, regionsklinikker og udbudsklinikker:

- Kontinuitet i lægelig behandling
- Tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin
- Patienttilfredshed
- Behandling i relation til sygdomsbyrde
- Antal henvisninger
- Antal afviste henvisninger

- Antal akutte indlæggelser og genindlæggelser
- Kontakter til AMK, lægevagt, 1813 og 1818
- Pris pr. patient

Det bør løbende sikres, at de indberettede data reelt afspejler kvaliteten i almen praksis, og at datagrundlaget fra de enkelte klinikker har en validitet og ensartethed, der gør det egnet til at understøtte og fremme kvalitetsudvikling på klinikniveau. Problemer med data-kvalitet er i mange andre sammenhænge blevet undervurderet, hvilket har ført til problemfyldte og dyre implementeringer – som fx set med de automatiske ejendomsvurderinger.

DSAM foreslår, at der indsættes ny § 57 o:

§ 57 o, stk. 1. Sundhedsministeren fastsætter regler om indsamling og anvendelse af data vedrørende aktivitet, kvalitet, antal speciallæger i almen medicin, og udgift pr. patient, i de almenmedicinske tilbud.

Stk. 2. De indsamlede data skal danne grundlag for Sundhedsstyrelsens evaluering af det samlede almenmedicinske tilbuds udvikling. Evalueringen skal blandt andet belyse kontinuitet i patientbehandling, tilstedeværelse af speciallæger i almen medicin, patienttilfredshed, behandling i relation til sygdomsbyrde, henvisningsmønstre samt indlæggelser og genindlæggelser.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsens evaluering udarbejdes én gang årligt og forelægges det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis.

4.7 DSAM anbefaler, at der bør ske en vurdering af tidsforbrug, kapacitet og økonomi ved justering af opgaver i basisfunktionen for almen praksis

I lovforslaget lægges der op til, at den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion løbende skal opdateres og at Sundhedsstyrelsen administrativt kan ændre i basisfunktionen for almen praksis. Det er i bemærkningerne til lovforslaget begrundet med et ønske om omstilling og faglig udvikling samt et ønske om at sikre, at der er balance mellem opgaver, krav og ressourcer. I lovforslaget lægges der samtidig op til, at kun væsentlige ændringer i basisfunktionen udløser genforhandling af økonomien i almen praksis. Det er uklart, hvordan væsentlighed konkret vurderes. Sidstnævnte påvirker kun praktiserende læger, idet regionerne frit kan tilføre ressourcer til regions- og udbudsklinikker uafhængigt af opgaverne.

For at sikre efterlevelse af lovforslagets intentioner om, at der foretages en vurdering af balancen mellem opgaver, krav og ressourcer foreslår DSAM, at der i sundhedsloven indføres krav om, at Sundhedsstyrelsen sammen med forslag om ændringer i opgaver og krav i basisfunktionen fremlægger dokumentation for opgavens arbejdsbelastning og kapacitetskrav i almen praksis. Der vil i praksis ske en løbende tilpasning af samarbejdet, faglig udvikling, sundhedsplaner og nærsundhedsplaner, som også påvirker kapaciteten i almen praksis. DSAM foreslår derfor, at Sundhedsstyrelsen løbende vurderer balancen mellem opgaver og krav og hvordan det påvirker arbejdsbelastning og kapacitet i almen praksis. Sundhedsstyrelsen kan til brug for beregningerne lade sig bistå af Videnscenter for Almen Medicin.

For at sikre transparens foreslår DSAM, at Sundhedsstyrelsens vurdering forelægges til udtalelse hos Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning i almen praksis.

DSAM foreslår:

- At ændringer i basisfunktionen, uanset om de anses for væsentlige eller ej, skal forelægges Det rådgivende specialeudvalg ledsaget af dokumentation for forventet tidsforbrug og udgifter.
- At det i forarbejderne til loven præciseres, at nye kliniske funktioner med behov for nyt udstyr, procedurer eller væsentlig faglig omstilling anses som en væsentlig ændring.
- At der indføres årlig vurdering af, om der er balance mellem opgaver og krav, kompetencer og kapacitet, og at denne vurdering forelægges Det rådgivende udvalg for specialeplanlægning af almen praksis.

DSAM foreslår, at der indsættes en ny § 57 p.:

§ 57 p, stk. 1. Sundhedsstyrelsen udarbejder i forbindelse med fremsættelse af forslag til ændringer i basisfunktionen for almen praksis en fagligt begrundet vurdering af den forventede arbejdsbelastning. Vurderingen forelægges Specialrådet for almen praksis og skal omfatte de kapacitetsmæssige konsekvenser og deres betydning for klinikernes mulighed for at opfylde opgavebeskrivelsen.

Stk. 2. Sundhedsstyrelsen skal løbende overvåge og vurdere balancen mellem den samlede opgaveportefølje og kapaciteten i almen praksis og offentliggøre sine vurderinger mindst én gang årligt.

4.8 DSAM anbefaler, at Praksisklagenævnets kompetence udvides

Praksisklagenævnet er ifølge lovforslaget en uafhængig klageinstans. Nævnet behandler klager over regionernes administrative afgørelser om manglende efterlevelse af opgaver og krav fastsat i den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktionen for almen praksis.

Praksisklagenævnet tager stilling til, om lægen efterlever basisfunktionen, men er efter lovforslaget afskåret fra at vurdere, om ændringer i basisfunktionen, der er indført af Sundhedsstyrelsen, er væsentlige.

Læger kan dermed blive sanktioneret for ikke at løse opgaver i basisfunktionen, selvom opgaverne viser sig at være mere omfattende end forventet og burde have affødt en forhandling og ressourcetilførsel. Nævnet kan heller ikke behandle klager over fx administrative beslutninger, der rammer praksisdriften. Der er med nedlæggelsen af samarbejdsudvalgene ikke længere et organ, der kan tage stilling til forhold vedrørende samarbejdet mellem regionerne og almen praksis. Det skyldes, at nævnets kompetence er begrænset til prøvelse af afgørelser truffet af regionerne.

DSAM foreslår derfor, at klagenævnets kompetence udvides på to områder.

For det første: DSAM foreslår, at Praksisklagenævnets kompetence udvides mhp., at man ved klager over regionernes afgørelser kan tage stilling til om ændring af opgaver i

basisfunktionen, der ikke er indgået aftale om, er væsentlige.

DSAM foreslår, at der indsættes en ny § 233 a, stk. 2 og 3 samt en ny § 276 c:

§ 233 a, stk. 2. Praksisklagenævnet kan som led i behandlingen af klager over regionernes afgørelser og administrative beslutninger tage stilling til om ændring af opgaver i basisfunktionen iværksat efter § 57, og som der ikke er indgået aftale om, er væsentlig, uanset regionens eller sundhedsstyrelsens vurdering.

Stk. 3. Ved vurderingen af, om ændringer i basisfunktionen er væsentlige, skal nævnet lægge vægt på, om balancen mellem opgaver og krav samt arbejdsbelastning og kapacitet i almen praksis påvirkes i et omfang, der har væsentlig betydning for klinikkernes drift og mulighed for at opfylde basisfunktionen. I vurderingen kan bl.a. indgå krav til bemanning, åbningstid og tilgængelighed, dokumentations- og datakrav, it- og udstyrsforpligtelser, kompetence- og efteruddannelseskrav samt andre forhold med væsentlige driftsmæssige konsekvenser.

Stk. 4. Finder Praksisklagenævnet, at en ændring er væsentlig, kan ændringen ikke gennemføres uden forudgående aftale efter § 227 a eller ved regler fastsat i medfør af § 57 l, stk. 4. Klager over sådanne ændringer har opsættende virkning, indtil nævnets afgørelse foreligger.

For det andet: DSAM foreslår, at Praksisklagenævnets kompetence udvides til at omfatte andet end afgørelser truffet af regionerne efter § 276 b, så lægerne også kan klage over administrative beslutninger.

DSAM foreslår, at det i forarbejderne præcises, at der ved **administrative beslutninger** forstås bl.a. henstillinger, vejledninger, instrukser, pålæg om administrative rutiner, data- og dokumentationskrav, it-procedurer og andre driftsrettede dispositioner rettet mod de enkelte klinikker.

*§ 276 c, stk. 1. Regionsrådets truffet i medfør af §§ 57 l, 206 b, **276 a-276 b** og 227 c samt **administrative beslutninger** vedrørende samarbejde og driftsforhold, der udspringer af disse bestemmelser, kan, hvis ikke andet er fastsat i loven eller regler udstedt i medfør heraf, påklages til Praksisklagenævnet, jf. §§ 233 a og 233 b. Bestemmelsen omfatter ikke generelle regler fastsat af indenrigs- og sundhedsministeren i medfør af § 57 l, stk. 4.*

4.9 DSAM foreslår, at Praksisklagenævnets sekretariat gøres uafhængigt af Danske Regioner

Danske Regioner fungerer efter lovforslaget som sekretariatet for Praksisklagenævnet. Sekretariatet forbereder efter lovforslaget behandling af sager, der skal forelægges klagenævnet. Sekretariatet forestår dermed sagsoplysninger, høring af sagens parter og udarbejder indstilling til afgørelse i de enkelte sager, som forelægges Praksisklagenævnet til afgørelse.

Danske Regioner er interesseorganisation for regionerne og arbejdsgiver for det sekretariat, der forbereder og udarbejder indstilling til afgørelse i Praksisklagenævnet, som behandler klager over afgørelser truffet af Danske Regioner egne medlemmer.

Lægeforeningen har i juni 2025 – efter mange års arbejde – opnået væsentlige forbedringer i tilsynssystemet og patientklagesystemet. Med afsæt i erfaringerne fra bl.a. Svendborgsagen har fokus været at sikre større proportionalitet, gennemsigtighed og retssikkerhed for sundhedspersoner. DSAM vurderer, at disse principper også bør gælde for det foreslåede Praksisklagenævn.

Danske Regioner har en åbenlys interessekonflikt, der svækker tilliden til sekretariatets uafhængighed. Det er i lovforslaget præciseret, at sekretariatet skal være uafhængigt af Danske Regioner, at sekretariatet refererer direkte til Praksisklagenævnet og i bemærkningerne uddybes, at sekretariatet ikke må modtage instruktioner fra Danske Regioner om behandlingen af konkrete sager.

Selvom lovforslaget anfører, at sekretariatet skal være "uafhængigt", skaber den foreslåede struktur en iboende interessekonflikt, herunder:

- At placeringen af sekretariatet hos Danske Regioner indebærer en reel risiko for organisatorisk inhabilitet, fordi sekretariatet organisatorisk er forankret i den samme interesseorganisation, hvis medlemmer nævnets afgørelser retter sig imod.
- At sekretariatet ikke er økonomisk uafhængigt, når Danske Regioner finansierer og huser sekretariatet med risiko for indirekte påvirkning gennem ressourcetildeling og prioriteringer.
- DSAM finder det afgørende, at retssikkerheden styrkes og ikke svækkes, når der sker så vidtgående ændringer i det almenmedicinske landskab. Der bør ikke gælde lavere retssikkerhedskrav for Praksisklagenævnet end for tilsyn og patientklager – tværtimod. Der er tale om vurderinger, som har direkte betydning for klinikkernes eksistensgrundlag. Vi anbefaler, at sekretariatet for at sikre reel uafhængighed og tillid til klagesystemet bør placeres i Nævnenes Hus eller anden neutral institution – ikke hos den interesseorganisation, der repræsenterer de medlemmer, hvis sager nævnet træffer afgørelse i.

DSAM foreslår, at der indsættes ny § 233 c:

§ 233 c. stk. 1. Praksisklagenævnet bistås af et sekretariat, der organisatorisk er forankret i Nævnenes Hus. Sekretariatet skal herunder bistå med forberedelse og behandling af sager der forelægges Praksisklagenævnet.

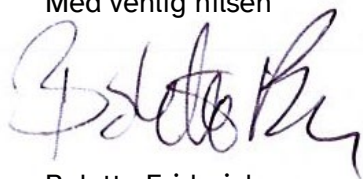
Stk. 2. Sekretariatet refererer direkte til Praksisklagenævnet angående sager, der indbringes for Praksisklagenævnet. Praksisklagenævnets sekretariat må ikke modtage instruktioner fra andre myndigheder eller organisationer om behandlingen af konkrete sager.

Stk. 3. Nævnenes Hus er arbejdsgiver for sekretariatets personale og stiller de nødvendige ressourcer til rådighed for sekretariatets opgaver. Udgifter til drift af Praksisklagenævnets og dets sekretariat afholdes ligeligt af regionerne.

**4.10 DSAM foreslår, at Praksisklagenævnet finansieres af sin egen pulje, så læger-
nes klager ikke tager ressourcer fra patientbehandlingen**

Det fremgår af loven, at klagenævnet finansieres gennem den økonomiske ramme for de almenmedicinske tilbud. Dette betyder reelt, at jo mere lægerne klager, jo mindre ressourcer bliver der til patientbehandlingen i alle almenmedicinske tilbud. Praksisklagenævnet bør derfor have selvstændig finansiering, hvilket bør fremgå af lovforarbejderne.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM