

# Opgaverne for almen praksis

## En rapport fra DSAM

# Kolofon

Opgaverne for almen praksis – En rapport fra DSAM

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

2. udgave, september 2023

*Rapporten er udarbejdet af:*

Bolette Friderichsen, praktiserende læge og formand for DSAM

Anne Møller, praktiserende læge og lektor ved Københavns Universitet

Niels Kristian Kjær, praktiserende læge og professor ved Syddansk Universitet

Søren Prins, praktiserende læge og formand for Videreuddannelsesudvalget i DSAM

Anne Christina Kjerulff, praktiserende læge og næstformand for DSAM

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent i DSAM's sekretariat

# Introduktion til rapporten ”Opgaverne for almen praksis” – Hvad er almen medicin?

Almen medicin er den alment praktiserende læges speciale. Almen medicin har en helhedsorienteret tilgang til patienten og tager højde for hele patientens livssituation, dvs. både biologiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer. Behandlerkontinuitet er en vigtig faktor i almen medicin, og forskning viser, at denne faktor fører til bedre sundhedsresultater, lavere dødelighed, færre indlæggelser og reducerede omkostninger i sundhedsvæsenet. Almen medicin omfatter forebyggelse og behandling af både fysiske og psykiske sygdomme.

Den britiske læge og forsker Julian Tudor Hart fremførte betydningen af at have en stærk primær sektor i sundhedsvæsenet. I 1971 formulerede han ”The Inverse Care Law”<sup>1</sup>, hvor han beskrev, at i den betjente befolkning er kvaliteten af de sundhedsfaglige tilbud omvendt proportionale med behovet. Med andre ord: jo større behov der er for sundhedsfaglig hjælp i en given befolkning, jo ringere er de tilgængelige sundhedstilbud. En stærk primær sektor er nøglen til at løse eller i hvert fald reducere dette problem og bidrage til mere lige muligheder for sundhed på tværs af samfundet, uanset befolkningens geografiske placering eller socioøkonomiske status.

Barbara Starfield var en anden pioner inden for studier af sundhedspleje og folkesundhed<sup>2</sup>. Hun bidrog til at formulere fagets særlige metoder og kvaliteter samt dokumenterede styrken ved, at almen praksis spiller en central rolle i at fremme sundhed for den enkelte, hvorved der opnås bedre folkesundhed og lavere omkostninger i sundhedsvæsenet.

Også i dag er en stærk almen praksis afgørende for, at det samlede sundhedsvæsen kan levere både høj kvalitet og kvantitet og samtidig være omkostningseffektivt. Faktisk bliver det tiltagende betydningsfuldt at have en veludbygget og fagligt stærk almen praksis, da sundhedsvæsenet i Danmark, ligesom i resten af verden, er under pres på grund af en aldrende befolkning og stigende forventninger fra borgerne. Politikerne har derfor konstant fokus på at omstrukturere og omfordele opgaver for at forbedre opgaveløsningen i sundhedsvæsenet. Men omfordeling af opgaver vil nok ikke løse problemerne alene. Det vil også blive tiltagende nødvendigt at prioritere i de mange mulige opgaver, så vi anvender de samlede ressourcer og tid klogt.

DSAM har udarbejdet denne rapport, der beskriver principperne for, hvilke opgaver der bedst kan løses i almen praksis. Desuden leverer vi et forslag til standardydelse (“common trunk”), der kan leveres i (næsten) alle lægehuse samt en liste over mere specielle ydelser, der kan være tilgængelige i nogle lægehuse. Endelig er der et bilag, der indeholder en liste over de aktuelle regionale kvalitetssikringstilbud for almen praksis. Bilaget kan bruges i forståelsen af, hvorfor der kan være regionale forskelle i ”common trunk”.

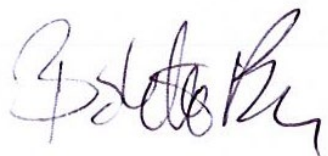
---

<sup>1</sup> Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

<sup>2</sup> Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), 1129-1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)

Det er vores håb, at rapporten kan bidrage til diskussionerne om sundhedsvæsenets organisering, så vi som samfund kan træffe de bedst mulige beslutninger i de kommende år.

På vegne af arbejdsgruppen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bolette Friderichsen', written over a faint horizontal line.

Bolette Friderichsen  
Formand for DSAM  
April 2023

# Indholdsfortegnelse

Hvilke opgaver ligger bedst i almen praksis?.....	6
Forskellige hensyn skal afbalanceres .....	6
Almen medicin er almindelig medicin .....	7
Rationel brug af lægens og patientens tid .....	7
Om behandlingsansvar og om at gøre sit arbejde færdigt .....	8
Almen praksis er specialet, hvorfra man aldrig afsluttes .....	8
Populationsomsorgen .....	9
Udvikling af faget og prioritering af nye opgaver .....	10
Faget er uhyre bredt og udvikler sig sammen med de øvrige specialer.....	11
Oversigt over arbejdsfunktioner, patientkontakter, undersøgelser og hensigtsmæssigt klinikudstyr .....	12
1. Indledning .....	12
2. Overordnet definition af specialet .....	13
3. Den individuelle patientkontakt.....	15
4. Efteruddannelse og kvalitetsudvikling .....	24
5. Opgaver, som almen praksis ikke kan påtage sig .....	25
6. Akkumuleret liste.....	26
BILAG .....	29

## Hvilke opgaver ligger bedst i almen praksis?

Om rationel brug af sundhedsvæsenets ressourcer, fordeling af opgaver mellem primær og sekundær sektor, almen praksis' rolle som tovholder og hensynet til den enkelte såvel som til populationen.

### *Fra "Professionsetikken":*

*"Centralt i praktiserende lægers virke er at gøre det, der er det bedste for den enkelte patient, også selvom det ikke altid er det samme som at gøre det, den enkelte patient – eller andre – ønsker.*

*Det faglige arbejde indebærer, at andre hensyn (til bl.a. arbejdstilrettelæggelse, karriere og indtjeningsmuligheder) underlægges hensynet til den enkelte patients bedste. Hvis dette undlades, svigter den praktiserende læge sine patienters, sine fagfællers og offentlighedens tillid.*

*Således skal lægen se sig selv som læge med de værdier, der er lagt i faget og dets etik; og i mindre grad som købmand, hvis primære målsætning er omsætning uden skelen til lødigheden af varen."*

Almen praksis er hovedindgangen til sundhedsvæsenet. Vi har en lang række opgaver, som altid har hørt til hos os. De påbegyndes, gennemføres og afsluttes hos os, uden at resten af sundhedsvæsenet nogensinde involveres i problemstillingerne.

Men der er også opgaver, som principielt godt kunne ligge andre steder (og gennem tiderne har gjort det). Afgrænsningen i forhold til de øvrige lægelige specialer og aktører i sundhedsvæsenet ændrer sig løbende. Det er både som konsekvens af nye behandlingsmetoder og politiske beslutninger, men også fordi demografien og dermed sygdomsmønsteret i befolkningen løbende ændrer sig.

Hvilke opgaver hører på denne baggrund til i almen praksis frem for andre steder i sundhedsvæsenet?

### Forskellige hensyn skal afbalanceres

Som udgangspunkt skal opgaver ligge i almen praksis, hvis det gavner patienten bedst.

I almen praksis er der fri og lige adgang for alle. Enhver kan komme med alle slags symptomer og helbredsbekymringer. Vi forebygger, udreder, diagnosticerer, behandler og følger op på langt de fleste tilstande. Almen praksis følger også op på tilstande, når patienten er afsluttet fra andre speciallæger. Vi følger patienterne over tid, gennem flere livsfaser og møder dem både som raske og syge. Som patientens primære læge med indblik i den samlede helbredssituation vil den praktiserende læge ofte være den nærmeste sundhedsperson til at hjælpe patienten med at prioritere og lægge en plan, der giver mening, når helbredet svigter.

Det skal naturligvis altid være fagligt forsvarligt at udføre opgaven i almen praksis. Det bør ikke kræve særlig viden eller specielle færdigheder, der kun kan optrænes eller holdes ved lige i andre lægelige specialer. Den praktiserende læge kan heller ikke diagnosticere de mere sjældne tilstande. Men den praktiserende læge er trænet i at få mistanken om alvorlig sygdom og kan derfor "hejse et rødt flag", når der er brug for assistance fra andre specialer. Det betyder, at kun en mindre del af de samlede henvendelser til almen praksis bliver henvist til udredning eller behandling hos andre fagspecialiserede

samarbejdspartnere. Vi er trænedede i gatekeeper-funktionen.

Der skal være en rationel brug af de begrænsede lægeressourcer i almen praksis. Hvis en ny opgave skal placeres hos os, skal det være nødvendigt med en lægefaglig vurdering. Hvis der ikke er noget lægefagligt at bidrage med, skal opgaven ikke ligge hos os, f.eks. hvis der kun er administrative, juridiske eller organisatoriske årsager til at ønske en opgave placeret i almen praksis. Det vil typisk være en almenmedicinsk opgave, når opgaven fordrer brug af vores baggrundsviden om patientens øvrige helbred og livssituation. De opgaver, der kan løses lige så godt eller bedre andre steder – i kommunen, af patienten selv, i det øvrige sundhedsvæsen, hos tandlægen eller af civilsamfundet – skal ikke placeres i almen praksis.

## **Almen medicin er almindelig medicin**

Det skal være almindelige tilstande, hvis de skal høre hjemme under almen medicin. Der skal være et vist volumen, for at den enkelte læge kan opnå kompetence og erfaring. Den enkelte opgave må altså ikke forekomme alt for sjældent for den enkelte læge. Det er særligt vigtigt af hensyn til patientens sikkerhed – ”at der ikke må ske noget farligt”. Der kan også være sjældne opgaver, som er meget tidskrævende at læse op på eller at udføre for en praksislæge, der måske kun vil opleve et eller to tilfælde i hele sin karriere (af det meget sjældne). Her vil det oftest være mere rationelt at overlade dette til en fagspecialist, som er rutineret i netop denne procedure eller opgave. Endelig er det en forudsætning, at opgaven kan løses med det tekniske udstyr, der findes i almen praksis, eller som vi umiddelbart kan henvise til.

Trods disse begrænsninger vil der være mange enkeltssager, hvor egen læge kan acceptere at overtage behandlingsansvaret, selvom tilstanden er sjælden, måske endda på trods af at lægen har begrænset erfaring, og der ikke er en strukturel aftale. Det kan nemlig være mere trygt eller bekvemt for patienten med et nært tilbud hos egen læge, som kender patienten. Det fordrer i så fald, at situationen er stabil, og at fagspecialisten har tilsendt en individuel plan for patienten, hvoraf det fremgår, at patienten kan genhenvises, hvis tilstanden udvikler sig. Endelig skal patienten selvfølgelig acceptere det. Det skal her pointeres, at det er individuelt, hvilke særlige opgaver en praktiserende læge vil, kan og/eller ønsker at påtage sig.

## **Rationel brug af lægens og patientens tid**

I almen praksis har vi ofte mange møder med den enkelte patient over tid. Efterhånden opbygger vi en relation til patienten og en viden om patientens liv og helbred. Tiden mellem konsultationerne er også en del af behandlingen. Der kan være mange emner i spil i den enkelte konsultation. Nogle gange hænger de sammen, andre gange ikke. Det er ofte en god ide at få overblik over alle problemer, inden man går i gang, og dernæst at tage det vigtigste først. Nogle ting kan afklares med det samme. Andet skal ses an med et såkaldt sikkerhedsnet (råd og vejledning om, hvad patienten skal gøre, hvis symptomerne udvikler sig inden næste opfølgning), eller patienten får symptomdagbog, øvelser eller andre opgaver med hjem. Måske skal der også hentes information om parakliniske undersøgelser eller andet som led i den diagnostiske proces.

Det er unikt for det almenmedicinske speciale, at tiden spiller så vigtig en rolle i diagnosticeringsprocessen. Planlægning af forløbet skal tage hensyn til patientens tid, så man når så meget som muligt på den samme

dag inden for den aftalte tid. Erfaringsmæssigt er der dog en øvre grænse for, hvor mange emner man meningsfuldt kan behandle i samme konsultation, hvis både patient og læge skal kunne huske og overskue, hvad der blev aftalt – dvs. afgrænsningen sker også af hensyn til patientsikkerheden.

## **Om behandlingsansvar og om at gøre sit arbejde færdigt**

Som udgangspunkt gør enhver læge sit arbejde færdigt og overdrager ikke halvgjort værk til andre. Når patienten forlader os i almen praksis, skal vedkommende så vidt muligt være tryk ved den plan, der er lagt, så behovet for vagtlægeydelse og kontakt til andre sundhedsaktører minimeres. Når vi henviser for tilstande, der ikke er tidskritiske, har vi udredt det, som vi selv kan, og vi har forsøgt med de mest gængse behandlinger selv, dvs. både farmakologisk og non-farmakologisk. Som regel betyder det, at patienten har nogle konsultationer hos os, inden vi eventuelt henviser. Igen er tiden mellem konsultationerne ofte en del af behandlingen. Mange ting går over af sig selv, eller patienten bliver klogere på sit eget helbred og lærer at håndtere sine symptomer. Symptomer fluktuerer, og det er ofte fornuftigt at se tiden an med et sikkerhedsnet, frem for at henvise når symptomerne er værst. Nogle tilstande har dog en ringere prognose, hvis der ikke henvises hurtigt. Det kan være akut koronart syndrom (AKS, herunder blodprop i hjertet), akut cerebral trombose (blodprop i hjernen), visse kræftsygdomme, akutte alvorlige infektioner eller lignende. Det er en almenmedicinsk spidskompetence at kende forskel på disse tilstande og at få videresendt de alvorlige tilstande uden forsinkelse – enten akut eller i pakkeforløb.

Tilsvarende forventer vi, at læger andre steder i sundhedsvæsenet færdiggør deres arbejde. Den læge, der finder indikation for en undersøgelse, må selv bestille undersøgelsen og så vidt muligt selv give svar. Det er ikke effektiv udnyttelse af de samlede ressourcer at bede egen læge konsultere lærebøger og læse op på emnet og indkalde patienten til en konsultation for at give svar på undersøgelser, som andre har ordineret. Det samme gør sig gældende, hvis andre fagspecialister opfordrer almen praksis til at lave en henvisning for en patient, de selv har set. Alligevel ser vi ofte, at opgaver ikke færdiggøres. Et eksempel er de patienter, der følges i flere forskellige ambulatorier. Det vil ofte være en fordel for patienten at få samlet sine behandlinger hos egen læge, når tilstanden er stabil. Men så længe patienten følges for en kronisk sygdom et andet sted (typisk et sygehusambulatorium), er ambulatorielægen den behandlingsansvarlige for den pågældende sygdom. Ambulatorielægen skal også forny recepterne på egne ordinationer frem til næste ambulante kontakt, så patienten ikke skal møde to steder for den samme tilstand; den læge, der udskriver recepten, er også ansvarlig for behandlingen. Et andet eksempel er, at en patient bliver bedt om at kontakte egen læge før en planlagt operation for at få en recept på smertestillende medicin. En sådan henvendelse tager tid fra andre patienter i almen praksis og forlænger dermed den generelle ventetid uden at tilføje sundhedsfaglig værdi for patienten.

## **Almen praksis er specialet, hvorfra man aldrig afsluttes**

Den praktiserende læge er den mest gennemgående sundhedsperson for den enkelte borger. Nogle patienter har i perioder af deres liv en særlig tilknytning til en anden læge, som dermed får rollen som den koordinerende og centrale læge, f.eks. i pædiatriske forløb, kræftforløb, psykiatriske forløb eller palliative forløb. Men også her har egen læge opgaver (både inden for profylaksen og opfølgning for øvrige kroniske



sygdomme), som ikke varetages i det pågældende speciale. Desuden er der opgaver forbundet med attestarbejde, samarbejde med kommunens forskellige afdelinger og omsorg for pårørende, der (måske) også er patienter i lægehuset. Ikke mindst i forhold til terminal palliation kan egen læge bidrage med betydningsfuld hjælp. Den patient, der ønsker at dø derhjemme, har større mulighed for at vælge den løsning, der er rigtig for ham, hvis egen læge kan tilbyde sin hjælp i den sidste tid.

Det er vigtigt, at vi ikke mister patienterne helt af syne, når de følges i andet regi. Der er brug for overblik både over den enkelte patients samlede forløb og over lægens samlede patientpopulation.

## Populationsomsorgen

Alle landets borgere har "egen læge". Intet andet lægeligt speciale har tilsvarende helbreds- og kontaktoplysninger om samtlige borgere.

Den praktiserende læge har et ansvar for at fordele sine kræfter og sin arbejdsindsats, så der gøres mest for dem med størst behov på patientlisten. Det er ikke nødvendigvis de patienter, der stiller de største krav eller er bedst til at få bestilt tid. Alle har ret til at få en konsultation hos egen læge inden for en rimelig tid. Derfor må lægen sørge for, at der er "bufferplads" i kalenderen, så den også kan rumme akutte problemer eller en konsultation, der tager lidt ekstra tid, fordi patienten har brug for mere hjælp eller koordinering end andre. Det kan sommetider være nødvendigt at begrænse andre konsultationers varighed eller at inddele en konsultation i flere aftaler. Det kan også være af hensyn til de øvrige patienter (jf. hensynet til patientsikkerhed og overskuelighed, se afsnittet "Rationel brug af lægens og patientens tid").

De fleste patienter er kompetente og tager medansvar for, at konsultationstiden overholdes. Det vil sige, at man prioriterer sine emner, tager det vigtigste først og overholder aftaler om egenbehandling, hjemmeopgaver og forberedelse. Det må være en del af LEON-princippet (at opgaver løses på Laveste Effektive Omkostnings Niveau), at det man som patient kan gøre selv, skal lægen ikke udføre. Et eksempel kunne være kommunikation med andre aktører, såsom apotek, speciallæger, ambulatorier eller kommune. Et andet eksempel kunne være hjemmebehandling af forskellige skavanker, hvor patienten kan finde instruktion i Patienthåndbogen (under sundhed.dk) eller få rådgivning på apoteket til behandling af en lidelse.

Nogle patienter kan have brug for en ekstra indsats. Alle mennesker kan blive sårbare i perioder. Nogle kan måske have brug for at have en fast kontaktperson i lægehuset, der kan yde en opsøgende indsats ved behov. Det kan f.eks. være patienter med svær psykiatrisk sygdom, nyopstået alvorlig sygdom, mange kroniske lidelser, et skrøbeligt socialt netværk, dårlige danskundskaber, pårørende til alvorligt syge, patienter med begyndende demens eller patienter i terminale forløb. Når vi har behandlingsansvaret for én eller flere kroniske sygdomme, sætter vi gerne en ny aftale i kalenderen, så vi ikke mister patienten af syne. Hvis recepter fornyes uden for den årlige status, eller patienter udebliver fra aftaler, kan det være relevant at følge op, eksempelvis ved at læge eller personale i klinikken forsøger at kontakte den pågældende for at tilbyde en tid.

Den praktiserende læge er egen læge for alle de tilmeldte patienter, uanset om de henvender sig i praksis eller ej – også for dem, der måske har brug for det, men ikke får det gjort.

At levere almen lægehjælp er et kontinuerligt samarbejde mellem lægen/lægehuset og patienten om sundhed og sygdom på langt sigt over mange år. I dette samarbejde kan lægen godt være den, der kontakter patienten, hvis lægen bliver opmærksom på behov for dialog. Men altid med respekt for patientens autonomi – nu og da får man et nej tak, og så må lægen naturligvis tilpasse sin indsats.

## Udvikling af faget og prioritering af nye opgaver

Inden nye opgaver placeres i almen praksis, bør man først tage stilling til: Giver det fagligt mening? Hvor stor en arbejdsmængde medfører det? Er ressourcerne til stede (arbejdstimer, IT-udvikling, lokaler)? Uanset om opgaver er nyopståede eller flyttes fra andre aktører til almen praksis, bør beslutningen være afklaret og aftalt på overordnet niveau, så alle samarbejdspartnere ved, hvad de kan forvente af hinanden.

Aktuelt (april 2023) er det samlede sundhedsvæsen under pres, og almen praksis har været under pres i længere tid. Som konsekvens af den situation har udbrændthed, manglende arbejds glæde og nye ledelsesformer været særligt på dagsordenen i de seneste år i almen praksis. Vi må forvente, at disse forhold også vil fylde fremover, da der er mange organisatoriske forandringer på vej i det samlede sundhedsvæsen og stigende forventninger til vores sektor. Øget tværfaglighed løser ikke udfordringerne alene. Der er hårdt brug for flere speciallæger i almen medicin, og der vil gå nogle år endnu, før hænderne er der. I mellemtiden er det nødvendigt at holde hus med de kræfter, der er til stede. Vi må undgå, at flere opgaver presses ukoordineret ind i almen praksis. Der skal skabes overblik over opgavemængden. Det kan gøre det muligt at prioritere indsatsen, både i branchen som helhed og i det enkelte lægehus. En rationel, bæredygtig og prioriteret indsats er nødvendig, hvis vi fortsat skal kunne levere almen medicin, hvor LEON-princippet gør sig gældende.

På det nationale plan ser vi nye forpligtende opgaver komme fra mange forskellige myndigheder: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (myndighedsvejledninger på Retsinformation), Sundhedsstyrelsen (anbefalinger, der lægges til grund i f.eks. klagesager), Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (indikatorer og standarder for målopfyldelse) og Styrelsen for Patientsikkerhed (der selv udvælger årets målepunkter og anlægger standarden for bedømmelsen).

Også i det lokale samarbejde mellem f.eks. almen praksis og sygehusene er det vigtigt, at man ikke ændrer de tværgående arbejds gange og arbejdsdelingen uden forudgående dialog og aftale mellem parterne.

Der bør stilles krav om, at almen praksis (Dansk Selskab for Almen Medicin) inddrages, når der skal udarbejdes nationale sundhedsfaglige retningslinjer, der involverer almen praksis. DSAM bør også inddrages i de løbende prioriteringer, der vedrører vores branche.

Når nye opgaver overvejes til almen praksis – uanset om det er lokale eller nationale – bør det først undersøges, om det giver fagligt mening. Er det til fordel for patienten, at opgaven ligger i almen praksis? I så fald bør opgaven ideelt set ligge i almen praksis. Dernæst skal man vurdere, om de nødvendige ressourcer er til stede, for at opgaven kan løses. Er kompetencen til stede? Er der det nødvendige mandskab? Er der lokaler og udstyr? Er IT-understøttelsen tilstrækkelig, eller kræver det udvikling?

Med hver ny opgave bør det konkret vurderes, hvor meget arbejdsmængden i almen praksis stiger som følge heraf. Det bør også vurderes, om denne stigning kan absorberes umiddelbart, eller om andre opgaver skal udgå. Ellers må der aftales ændringer i rammerne.

Overenskomstparterne og de lokale parter skal tage ansvar for dette ved løbende at føre "regnskab" med nye opgaver og løbende opgøre det samlede arbejdspress og indtjeningen i almen praksis, så det kan vurderes, om der skal tilføres flere kapaciteter og/eller højere takster.

Der bør så vidt muligt foreligge almenmedicinsk forskning, der understøtter, at opgaven giver kvalitet for patienterne i almen praksis. En diagnosespecifik population i et sygehusambulatorium (hvor meget forskning foregår) er ikke nødvendigvis den samme population som i almen praksis, selvom diagnosekoden er den samme. Det gælder for både psykiatriske og somatiske diagnoser. Nogle af vores patienter er mere raske og andre langt mere syge end dem, der finder vej til sygehusets ambulatorier.

Tilgangen i et sygehusambulatorium kan heller ikke nødvendigvis overføres til almen praksis, f.eks. systematisk opsamling af data fra Patient-Reported Outcome Measures (PROM). At en opgave ikke længere giver mening i et sygehusambulatorium (f.eks. 5-års opfølgning efter malignt melanom) berettiger ikke til at lægge opgaven i almen praksis, hvis der ikke er nogen sundhedsmæssig gevinst ved det, eller hvis praksis ikke har kompetencer eller udstyr til at varetage opgaven (se ovenfor).

Nye teknikker, f.eks. ultralyd, kunstig intelligens eller telemedicinske løsninger, skal ikke indføres i almen praksis, før fordele og ulemper for patienter og samfund er forskningsmæssigt belyst i tilstrækkelig grad i konteksten af almen praksis.

## **Faget er uhyre bredt og udvikler sig sammen med de øvrige specialer**

I almen praksis diagnosticerer, behandler og følger vi selv op på størstedelen af alle patienthenvendelser vedrørende alle 38 lægelige specialer. Det almenmedicinske fagområde udvikler sig hele tiden. Ovenstående gennemgang italesætter principperne for, hvilke opgaver der ligger bedst i almen praksis. Det falder uden for rammerne for denne tekst at give en detaljeret aktuel beskrivelse af de mange konkrete opgaver i almen praksis. Her må henvises til målbeskrivelsen, til traditionen og til næste kapitel "Oversigt over arbejdsfunktioner, patientkontakter, undersøgelser og hensigtsmæssigt udstyr", der omhandler udstyr og ydelser, som almen praksis leverer til de mange forskellige typer af kontakter og konsultationselementer.

# Overblik over arbejdsfunktioner, patientkontakter, undersøgelser og hensigtsmæssigt klinikudstyr

## 1. Indledning

Honorarstrukturrådet, som blev nedsat af Danske Regioner og PLO efter overenskomstforhandlingerne i 2022, har bedt Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) om at beskrive en "common trunk" for almen praksis, dvs. de opgaver og procedurer, som man kan forvente, at praktiserende læger som udgangspunkt varetager i egen klinik.

Den vigtigste funktion for almen praksis i Danmark er den individuelle patientkontakt med de tilmeldte patienter, som praksis yder almenmedicinsk omsorg og behandling.

Der findes ikke nogen officiel beskrivelse af, hvad almen praksis' opgaver er, men den almenmedicinske målbeskrivelse beskriver de minimumskompetencer, man skal besidde som speciallæge i almen medicin. Heri ligger en forventning om, at man skal anvende disse kompetencer i sit virke som praktiserende læge. Målbeskrivelsen udgør således en specialebeskrivelse, som også danner udgangspunkt for planlægning af efteruddannelse, herunder den systematiske efteruddannelse. I denne beskrivelse af den praktiserende læges arbejdsopgaver har vi derfor valgt at tage udgangspunkt i målbeskrivelsen for faget.

Kapitlet skal ikke ses som en udtømmende liste over almen praksis' opgaver. Det er et forsøg på at afgrænse, hvilke opgaver der honoreres i den nuværende overenskomst, som man må kunne forvente, at praktiserende læger kan udføre uanset honorarstruktur.

De ydelser, som udbydes af almen praksis, afhænger i nogle tilfælde af lokale forhold i områdets øvrige sundhedstilbud. For eksempel kan det være nødvendigt at håndtere patienter med psykiatriske lidelser i almen praksis, hvor det ud fra et fagligt synspunkt kunne være mere hensigtsmæssigt at henvise til en psykiatrisk specialist, men hvor tilgængeligheden ikke er tilstrækkelig. Et andet eksempel er forebyggelseskonsultationer (rygestop, vægttab mv.). Tidligere blev de i langt højere grad tilbudt i almen praksis, men i dag varetages de i tiltagende omfang af kommunernes sundheds- og forebyggelsestilbud.

Derfor kan der være nogle individuelle forskelle på, hvilke opgaver de enkelte klinikker påtager sig, og hvilke aktører de henviser til. Disse forskelle er også betinget af lokale forhold, f.eks. tilgængeligheden af praktiserende speciallæger og kommunale tilbud, klinikens patientsammensætning og lægens personlige interesser.

Trods disse variationer vil DSAM alligevel **pege på et fælles standardniveau** for opgaver og ydelser, herunder laboratorieundersøgelser og klinikudstyr i almen praksis, som alle lægehuse som udgangspunkt bør have. Vi vil derudover **pege på særlige ydelser**, som er hensigtsmæssige ved særlige geografiske eller demografiske forhold, herunder lokale henvisningsmuligheder, eller som kan ses som et udviklingspotentiale ved fremtidige faglige udfordringer.

I nogle tilfælde kan der være legitime faglige grunde til, at **et lægehus bør kunne fritages** fra enkelte af standardydelse. Det kan for eksempel være, hvis man ikke er i stand til at oppebære kompetence i

spiralanlæggelse, fordi man næsten kun har ældre patienter. Eller hvis den lokale region ikke tilbyder kvalitetssikring af en ydelse, f.eks. urinmikroskopi, urindyrkning eller resistensbestemmelse.

Sidst i kapitlet er der en samlet oversigt over standardydelse og særlige ydelser i almen praksis.

I beskrivelsen af "common trunk" er der ikke taget stilling til økonomiske forhold, men udelukkende hvad der – efter DSAM's opfattelse – hører til specialets virke i de fleste tilfælde. Visse ydelser kræver kostbart udstyr. Derfor vil tilgængeligheden af disse afhænge af, hvilken finansieringsmodel man vælger.

## 2. Overordnet definition af specialet

DSAM har tilsluttet sig den europæiske definition af specialet:

*Praktiserende læger er speciallæger uddannet i fagets principper. De er personlige læger; primært ansvarlige for den samlede og vedvarende behandling uanset alder, køn og sundhedsproblem. De tager sig af den enkelte i forhold til dennes familie, lokalsamfund og kultur i respekt for den enkelte patients autonomi. De vedkender sig også deres professionelle ansvar overfor lokalsamfundet. De integrerer fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle faktorer i den behandlingsplan, de sammen med patienten udarbejder, styrket af den viden og tillid, der opstår ved gentagne kontakter.*

Praktiserende læger udøver deres professionelle rolle ved at fremme sundhed, forebygge sygdomme eller ved behandling, omsorg eller palliation. Dette sker direkte eller gennem andre personer ud fra de sundhedsbehov og tilgængelige ressourcer, der er i det samfund, de betjener. Samtidig hjælper de patienterne med at få adgang til disse ydelser i det nødvendige omfang.

De praktiserende læger skal tage ansvar for at udvikle og vedligeholde egne færdigheder, personlig integritet og for de værdier, som danner grundlaget for en effektiv og sikker omsorg.

**Den europæiske sammenslutning af praktiserende læger, WONCA, har defineret opgaverne i almen praksis. Heraf fremgår, at nogle opgaver rækker ud over den kontakten med den individuelle patient og dennes familie:**

- populationsomsorg, hvor man forsøger at sikre tilstrækkelig støtte til patienter med særlige behov, herunder fordele ressourcerne, så flere tilgår dem, som har svært ved at tage hånd om egen sundhed
- tovholderfunktion, herunder samarbejde om og koordination af patientbehandling og patientforløb med kommune, det regionale sundhedsvæsen og den øvrige primærsektor
- deltagelse i uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling
- sundhedsfremme og behandlingsinitiativer i klyngen og i andre lokale og nationale sammenhænge.

**Den danske målbeskrivelse fra 2013 opridser en række forhold, der karakteriserer faget almen medicin:**

1. er almindeligvis borgerens første, frie og uvisitede indgang til sundhedsvæsenet, hvor alle helbredsproblemer behandles (uanset personens alder, køn eller andre karakteristika)
2. sikrer effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer ved koordineret behandling, samarbejde med andre sundhedsprofessioner i det primære sundhedsvæsen og ved at sikre hensigtsmæssig kontakt og samarbejde med specialister i det sekundære sundhedsvæsen, og fungerer evt. som patientens advokat
3. arbejder med en personcentreret tilgang, der er rettet mod den enkelte, familien og lokalsamfundet
4. anvender en særlig konsultationsproces, som skaber et personligt forhold over tid gennem effektiv kommunikation mellem læge og patient
5. er ansvarlig for kontinuiteten af behandlingen over tid (defineret ud fra patientens behov)
6. har en særlig beslutningsproces, der bestemmes af sygdomsforekomsten (prævalens og incidens) i lokalsamfundet
7. tager sig af både akutte og kroniske sundhedsproblemer hos den enkelte
8. tager sig af helbredsproblemer, der kan præsentere sig ukarakteristisk i tidlig fase, men som måske kræver umiddelbar intervention
9. Fremmer sundhed og velbefindende gennem relevant og effektiv indsats
10. har et særligt ansvar for sundhedstilstanden i lokalsamfundet
11. forholder sig til fysiske, psykologiske, sociale, kulturelle og eksistentielle dimensioner af sundhedsproblemer.

Internationale undersøgelser viser, at sundhedssystemer med et højt almenmedicinsk uddannelsesniveau og en velfungerende primærsektor er de mest behandlingseffektive. Nyuddannede danske almenmedicinere er formentlig blandt de bedst kvalificerede i verden, og almen praksis har en central og påskønnet plads i det danske sundhedsvæsen.

**DSAM har desuden formuleret 7 pejlemærker for specialet:**

Almen medicin er et videnskabeligt funderet lægespeciale, som er baseret på metoder og viden fra de tre klassiske videnskabsområder natur, samfund og kultur. Pejlemærkerne bidrager til, at vi som udøvende almenmedicinske speciallæger:

- skaber mest mulig sundhed og velbefindende for den enkelte patient
- indrammer vores fælles faglige identitet og faglige diskussioner
- har fælles referencer for grund-, videre- og efteruddannelse
- har et ensartet filter for samfundets forventninger til os.

**1. Vi holder læge-patient-relationen i hævd**

- Læge-patient-relationen er en grundsten i fagets fundament.
- Læge-patient-relationen opbygges på nærvær, fortrolighed, gensidig tillid og kontinuitet.

2. Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske
  - Vi følger patient og pårørende gennem livsforløb, lidelse og sygdom og er primærbehandlere for udvalgte lidelser.
  - Vi har fokus på den enkelte patients fysiske og mentale sundhed og forebyggelse af funktionstab.
  - Vi arbejder bevidst på rettidig diagnostik og på at undgå overdiagnostik.
3. Vi giver mest til dem, som har størst behov
  - Vi tilrettelægger arbejdet på en måde, så vi tilstræber at mindske ulighed i sundhedsvæsenet.
  - Vi skaber tid og rum til dem, der har størst behov for støtte, hjælp og behandling.
4. Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte
  - Vi kommunikerer på en måde, der giver syge og raske øget forventning og evne til at kunne mestre egen sundhed.
  - Vi inddrager patientens tanker, bekymringer og ønsker og behandler derved hver enkelt patient forskelligt.
  - Vi medtager patientens ressourcer, særligt familie og netværk, i en løsning tilpasset den enkelte.
5. Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet
  - Vi tager ansvar for, at vores evidens- og færdighedsbaserede faglighed løbende vedligeholdes og udvikles.
  - Vi forholder os konstruktivt og kritisk til ny viden og forslag til nye løsninger for faget.
  - Vi deltager i uddannelsen af kommende kolleger.
6. Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt
  - Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet med og mellem relevante sundhedsaktører.
  - Vi vurderer, hvordan nye opgaver og løsninger bedst tilpasses klinikens aktuelle patientsammensætning.
7. Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis
  - Vi samarbejder med fagets institutioner inden for forskning og kvalitetsudvikling, som genererer specifik almenmedicinsk viden og stiller den til rådighed for fagets udøvere.
  - Vi er opmærksomme på vores ytringspligt ift. særlige forhold, der fremkalder sygdom, øger ulighed i sundhed eller medfører u hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

### 3. Den individuelle patientkontakt

De mange forskellige opgaver, der involverer individuel patientkontakt i almen praksis, kan inddeles i en række kategorier, som fordrer forskellig grad af tid, multidisciplinær tilgang, tilgængelighed, parakliniske undersøgelser og klinisk udstyr. I afsnit 6 er der en akkumuleret liste med undersøgelser og tilhørende udstyr.

For at gøre beskrivelsen operationel har vi kategoriseret de opgaver, som typisk løses i almen praksis, men i den kliniske hverdag vil der være overlap mellem de forskellige typer af kontakter (konsultationer):

- 3.1 Akut opstået helbredsproblem
- 3.2 Diagnostik og udredning
- 3.3 Behandling

- 3.4 Kronisk sygdom
- 3.5 Forebyggelse
- 3.6 Koordinering og tovholderfunktion
- 3.7 Sygebesøg
- 3.8 Telefon- og videokonsultation
- 3.9 Socialmedicinsk arbejde og attester

### 3.1 Akut opstået helbredsproblem

Almen praksis ser patienter med akutte helbredsproblemer. Det er hyppigt mindre alvorlige infektionssygdomme, gener fra bevægeapparatet, småskader, akutte smertetilstande og lignende. Sædvanligvis er der tale om kortere konsultationer med en velafgrænset problemstilling. Længerevarende akutte krisesamtaler og akutte psykiatriske tilstande forekommer også i denne kategori.

Relativt sjældent henvender patienter sig med akut opståede symptomer på alvorlige organproblemer eller livstruende tilstande, hvor almen praksis pga. omstændighederne yder den indledende livreddende behandling og visitation. Disse kontakter er ofte tidskrævende. Almen praksis visiterer og håndterer disse patientkontakter døgnet rundt, året rundt. Ansvar for disse patientkontakter er p.t. delt mellem patientens egen læge (kl. 8-16 på hverdage) og lægevagt/akutberedskab (øvrige tidspunkter).

**Grænseflader** (andre indgange til sundhedsvæsenet ved akutte medicinske tilstande):

- Skadestuen: evt. direkte henvisning hertil ved større skader iht. lokale aftaler.
- Kiropraktor: ved visse ryglidelser
- Øjenlæge: ved alvorligere øjensymptomer, f.eks. smerter i øjet og syns-/synsfeltsymptomer
- Ørelæge: ved alvorligere øresymptomer, f.eks. akut høretab.
- 1-1-2: ved akutte potentielt livstruende tilstande, f.eks. centrale brystmerter, bevidstløshed og svære vejrtrækningssymptomer
- Tandlæge.

### Udstyr og undersøgelser

Det er ikke muligt at definere præcist, hvilke undersøgelser der er relevante i en given akut situation. Det vil afhænge af den kliniske kontekst. Baseret på god klinisk praksis vil nedenstående standardydelse være hensigtsmæssige at kunne udføre i almen praksis. Vi har desuden tilføjet undersøgelser, der i en nær fremtid eller ved særlige geografiske forhold kan betegnes som ønskværdige.

**Tabel 3.1.1**

Standardydelse	Standardudstyr
Hgb-måling	Hæmoglobinapparat
CRP-måling	CRP-apparat
Urinstix	Remedier
B-glukose	Blodsukkerapparat
Fasekontrastmikroskopi	Fasekontrastmikroskop
Venepunktur og blodprøveforsendelse	Varmeskab eller lignende. Diverse remedier
Strep A-test	Diverse remedier



Standardydelse	Standardudstyr
Graviditetstest	Diverse remedier
Podning/urin til forsendelse	Diverse remedier
Urindyrkning med resistensbestemmelse	Varmeskab, diverse remedier
Øreskyl	Udstyr til øreskyl
Perkutan iltmåling	Pulsoximeter
Behandling af akut livstruende tilstande	Akut medicin-taske med adrenalin, iltflaske, Rubens ballon med maske, IV-adgang og remedier, adgang til hjertestarter
Lungefunktionsundersøgelse	Spirometer
Klinisk objektiv undersøgelse	Stetoskop, blodtryksapparat, otoskop, synstavle, GUSpekler/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt leje med elevationsmulighed
Tympanometrisk undersøgelse	Tympanometer
Hjerteundersøgelse	EKG
Blærekateteranlæggelse	Udstyr til blærekateteranlæggelse
Behandling af mindre skader	Diverse udstyr til sårbehandling, immobiliserende bandager, fjernelse af fremmedlegeme, øjenbakke m. analgesi, farve osv.
Undersøgelse af hjertelyd hos foster	Doptone/Doppler
Stivkrampevaccination	Remedier til stivkrampevaccination

**Tabel 3.1.2**

Særlige ydelser*	Særligt udstyr
Ultralydsskanning	Ultralydsskanner
INR-måling	INR-apparat samt remedier
Test for mononukleose	Monospotapparat samt remedier
Undersøgelse af hvidt blodbillede	Apparat til leukocyt- og differentialetælling
PCR-testning	PCR-test, udstyr
Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	Remedier
Reposition af store ledscred	
Behandling af udbredte forbrændinger og læsioner	Remedier
Patientledsagelse	

\*Særlige ydelser omfatter undersøgelser eller procedurer, som kan være relevante afhængigt af geografiske eller andre særlige forhold, eller som kan blive mere udbredte inden for en nær fremtid.

### 3.2 Diagnostik og udredning

Almen praksis ser patienter, der henvender sig med et eller flere symptomer, som kan have stået på i kortere eller længere tid. De fleste af disse er fysiske og/eller psykosociale problemstillinger, som kan afklares i almen praksis og håndteres i primærsektoren.

Denne udredning foregår helt eller delvist i det "præ-diagnostiske" rum, hvor udredningen ikke altid leder til en specifik medicinsk diagnose. Mindre akutte krisesamtaler og den psykiatriske udredningssamtale falder inden for denne kategori. Diagnostik og behandling kan foregå adskilt, men ofte sker det sideløbende. Behandlingsforsøg kan være en del af den diagnostiske proces, så en mulig diagnose afprøves, ved at se om en bestemt behandling har effekt.

Ofte vil diagnostikken foregå over flere konsultationer. En konsultation, som følger op på en behandling eller observationsperiode, er også en form for diagnostisk konsultation, da formålet er at få afklaret, om patientens problem er løst så godt som muligt. Ellers må det overvejes, om diagnose eller behandlingsplan skal revurderes.

Udredningen kan omfatte somatiske, psykiske og sociale forhold, som kan påvirke patientens tilstand.

Der vil lejlighedsvis være tale om patienter med alvorlige organ-, førligheds- eller livstruende tilstande, som skal identificeres og visiteres af almen praksis. Det er et kernekompetencefelt for almenmedicinske speciallæger at kunne identificere de få alvorligt syge, uden at det medfører unødvendig sygeliggørelse eller uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenets sekundærsektor. Udredning i almen praksis bør have et omfang, så tilstanden er tilstrækkelig afklaret til, at den enten fortsat kan følges op i almen praksis alene, eller der kan skrives en kvalificeret henvisning til andre aktører.

Adgangen fra almen praksis til billeddiagnostik, laboratorieydelser og andre ambulante undersøgelser vil påvirke omfanget af udredning i almen praksis.

Det er ligeledes nødvendigt at nævne, at eksterne organer som Styrelsen for Patientsikkerhed, dagspressen, kollegaer i sekundærsektoren og andre kan styrke eller hæmme den almenmedicinske udredning afhængigt af deres forståelse for vilkårene i primærsektoren. Små forskydninger i klinisk adfærd i almen praksis kan medføre store omkostningsændringer i sekundærsektoren.

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis, sygehuse (diagnostiske muligheder og henvisningsmuligheder), hjemmepleje, [Sundheds- og Forebyggelsestilbud](#) (SOFT), speciallæger, fysioterapeuter og andre private aktører, apoteker, arbejdsgivere, det kommunale ydelsessystem, bostøtter og pårørende.

**Tabel 3.2.1**

Standardundersøgelser	Standardudstyr
Hgb-måling	Hæmoglobinapparat
CRP-måling	CRP-apparat
Urinstix	Remedier
B-glukose	Blodsukkerapparat
Fasekontrastmikroskopi	Fasekontrastmikroskop
Venepunktur og blodprøveforsendelse	Varmeskab eller lignende. Remedier
Strep A-test	Diverse remedier
Graviditetstest	Diverse remedier
Podning/urin til forsendelse	Diverse remedier
Urindyrkning med resistensbestemmelse	Remedier, varmeskab
Klinisk foto af hudforandringer	Kamera til klinisk foto/teledermatologi
Perkutan iltmåling	Pulsoximeter
Måling af lungefunktion og peakflow	Spirometer/peakflow
Klinisk objektiv undersøgelse	Stetoskop, blodtryksapparat. otoskop, synstavle, GU-spekter/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt leje med elevationsmulighed, vægt og højdemåler
Tympanometrisk undersøgelse	Tympanometer
EKG-optagelse	EKG-apparat

Hudstansbiopsi til forsendelse	Diverse remedier
Smear fra livmoderhalsen	Diverse remedier
Klinisk objektiv undersøgelse, herunder gynækologisk undersøgelse og otoskopi	Stetoskop, blodtryksapparat, otoskop, synstavle, GU-spekter/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt leje med elevationsmulighed
Psykometriske tests (nærmere beskrevet af DSAM): MDI, ASS, MMSE, urskivetest, BASIC	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient
Diagnostiske skemaer (DAN-PSS, VVS, hjemme-BT)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient

**Tabel 3.2.2**

Særlige undersøgelser*	Særligt udstyr
Andre psykometriske tests og skemaer, end dem, der er fastlagt af DSAM (f.eks. ASRS, ADHD-RS stress-score-skema)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient.
INR-måling	INR-apparat samt remedier
PCR-testning	PCR-test, udstyr
Ankel BT-måling	Doppler

### 3.3 Behandling

Almen praksis tilbyder konsultationer for behandling af en allerede diagnosticeret tilstand. Konsultationen er typisk aftalt på forhånd. Det kan f.eks. være småoperationer, behandling af bevægeapparatslidelser med blokade, manuel behandling, akupunktur eller samtaleterapi.

Der antages at være en vis variation mellem praksis i de udbudte behandlingstilbud. Fjernelse af mindre formentlig benigne hudforandringer, hudstansbiopsi, injektion i skulderled og tilsvarende vil som udgangspunkt kunne varetages i almen praksis. Tidsforbruget vil ofte være længere end en standard konsultationstid.

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis.

**Tabel 3.3.1**

Standardydelse	Standardudstyr
Ledpunktur/blokadeanlæggelse i knæ og skulder	Udstyr til ledpunktur/blokadeanlæggelse
Kateteranlæggelse og -seponering	Udstyr til kateterseponering og anlæggelse
Operation af mindre svulster (< 1 cm, ej ansigt), herunder curettage	Udstyr til småoperationer (skalpel, pincet, skarpske, sutur, nåleholder, saks, afdækning, forbindsstoffer mv.). Evt. autoklave
Incision af mindre abscesser	d.o.
Første behandling af ukomplicerede kroniske sår	d.o. Forbindsstoffer, saltvand mv.
Samtalebehandling/krisesamtaler (f.eks. støttesamtaler ved depression)	
Ansøgning om medicintilskud, anmeldelse af bivirkninger	
Ansøgning om terminaltilskud	

**Tabel 3.3.2**

Særlige ydelser*	Særligt udstyr
Samtaleterapi efter særlig metode, f.eks. kognitiv terapi	
Blokadeanlæggelse i mindre led, springfinger mv.	UL-skanner
Vaccination af relevante grupper (f.eks. pneumokok, influenza, Covid-19)	Remedier
Skift af kroniske sår	Remedier
Fjernelse af negl	Operationsbakke
Venesectio	Remedier til venesectio

### 3.4 Kronisk sygdom

Patienter med en eller flere samtidige kroniske (somatiske og/eller psykiatriske) sygdomme følges i almen praksis. Det har vist sig at være en udfordring for de fagspecifikke hospitalsambulatorier at håndtere patienter med flere samtidige sygdomme, f.eks. både psykiatriske og somatiske lidelser.

Almen praksis kan med høj almen medicinsk faglighed og et patientcentreret perspektiv byde ind med en faglig indsats på tværs af diagnoser. Almen praksis har desuden en særlig mulighed for at sikre kontinuitet og at styrke patientens egenomsorg, hvilket har dokumenteret effekt på morbiditet og mortalitet.

De fleste patienter med kroniske sygdomme ville kunne monitoreres i almen praksis. Patienter med sjældne tilstande eller sygdomme med en særlig sygdomsbyrde, der kræver særlig faglig indsigt eller udstyr, bør følges i relevant specialistambulatorium.

Det er nødvendigt med en etableret samarbejdsstruktur mellem praksis og relevante sygehusafdelinger, så håndteringen så smidigt som muligt kan skifte fra almen praksis til sygehusambulatoriet og tilbage igen, og der kan ydes faglig sparring på tværs af sektorerne.

Almen praksis har desuden et samarbejde med andre aktører i primærsektoren om håndtering af kronisk sygdom, f.eks. praktiserende speciallæger, fodterapeuter, fysioterapeuter, kommunale rehabiliteringstilbud og hjemmeplejen.

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis.

**Tabel 3.4.1**

Standardydelse (laboratorydelser)	Standardudstyr
Hgb-måling	Hgb-apparat
CRP-måling	CRP-apparat
Urinstix	Stix, evt. stix-læser
B-glukose	BS-apparat (fotometer)
Venepunktur og blodprøveforsendelse	Remedier, klimaskab
Spirometri	Spirometer
Saturationsmåling	Pulsoximeter (perkutan)
BT-måling	BT-apparat, udlån af BT-app. til hjemme-BT
EKG-optagelse	EKG-apparat, 12-kanals

Synstest	Synstavle
Stetoskopi (hjerter, lunge, abdomen)	Stetoskop
Neurologisk undersøgelse	Monofilament, stemmegaffel
Tympanometri	Tympanometer
Indrapportering til kliniske databaser	Adgang via systemhus

**Tabel 3.4.2**

Særlige ydelser	Særligt udstyr
Døgnblodtryksmåling	24-timers BT-apparat
UL-skanning (f.eks. aortaaneurisme)	UL-skanner
BT-måling på ankel	Doppler til BT-måling på ankel

### 3.5 Forebyggelse (svangreprofylakse, børneundersøgelser, prævention)

Almen praksis varetager særlige forebyggende konsultationer af raske med sigte på at fremme hensigtsmæssig sundhedsadfærd, tidlig opsporing af sygdom og relationskabelse til behandleren. Almen praksis varetager således svangreprofylakse efter den til enhver tid gældende svangre-/fødselsplan i den respektive region og forebyggende børneundersøgelser og børnevaccinationer efter de til enhver tid gældende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen.

Almen praksis deltager desuden i nationale og regionale screeningsprogrammer, f.eks. livmoderhalsundersøgelser. Endelig vejleder almen praksis om prævention og forebyggelse af kønssygdomme, herunder ordination og monitorering af p-piller/minipiller, anlæggelse af spiral (dog undtaget særligt komplekse kliniske problemstillinger eller forhold).

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvisning fra almen praksis.

**Tabel 3.5.1**

Standardydelse	Standardudstyr
Hgb-måling	Hgb-apparat
Venepunktur og blodprøveforsendelse	
Urinstix	
B-glukose	
Glukosebelastningstest	BS-apparat, standard glukose-blanding
BT-måling	BT-apparat + hjemme-BT
Spiralanlæggelse/indsættelse af implanon	Andenæb, uterussonde, mv.
Registrering af hjertelyd hos foster	Obstetrisk stetoskop eller Doppler
Anlæggelse og fjernelse af implanon	Udstyr til fjernelse af implanon
Vejledning om prævention	
Opfølgning vedr. prævention	
Børneundersøgelser	Synstavle, vægt- og højdemåler mm.
Børnevaccinationer	
Forebyggende svangreundersøgelser	Obstetrisk stetoskop eller Doppler, vægt, urinstix
Vejledning ifm. abort/sterilisation	

### 3.6 Koordinering og tovholderfunktion

De fleste patienter modtager behandling hos flere aktører på tværs af primær- og sekundærsektoren. Koordinering af tværsektorielle patientforløb spiller en stadig mere fremtrædende rolle med henblik på optimale patientoplevelser, hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer og patientsikkerhed. Almen praksis deltager i bl.a. koordinering og rådgivning med kommunalt personale, sygehuse og speciallæger. I primærsektoren er samarbejdet mellem den lokale kommune og almen praksis særligt vigtigt for sårbare patienter. Opgaver med at koordinere patientforløb afhænger af indretningen af det øvrige sundhedsvæsen. Den stigende specialisering og detaljeringsgraden i forløbsbeskrivelser og henvisningskriterier medfører flere opgaver for den praktiserende læge.

Som eksempel på konkrete opgaver i almen praksis kan nævnes:

- Koordinering med hjemmepleje, pårørende m.fl. om f.eks. behandling og opfølgning.
- Konference med specialist
- Håndtering af afviste henvisninger
- Læsning af epikriser, inkl. opfølgning på gule og røde epikriser og andre meddelelser.
- Opfølgning på indsendte prøver
- Indberetning til databaser
- Registreringsopgaver, f.eks. opdatering af FMK, ansøgning om medicintilskud.

Dertil kommer opgaver fra andre myndigheder og forsikringselskaber, som falder uden for overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner.

#### Grænseflader:

- Andre aktører i sundhedsvæsenet efter henvendelse til eller fra almen praksis.

**Tabel 3.6.1**

Standardydelse	Standardudstyr
Behandlerkonference, virtuel Koordinering, rådgivning osv. med kommunalt personale, sygehuse, speciallæger osv.	Teknisk udstyr til videokonsultation
Koordination med samarbejdspartnere på skrift (f.eks. sygehuse, hjemmepleje)	IT-kommunikation på tværs af sektorer (kontakt til f.eks. PPR mangler)
Behandlerkonference, fysisk	Transportmulighed

**Tabel 3.6.2**

Særlig ydelse	Særligt udstyr
Telemedicin (derma)	Kamera

### 3.7 Sygebesøg

Sygebesøg kan i princippet rumme de samme konsultationstyper som nævnt ovenfor, men de begrænser mulighederne for at anvende apparatur. Sygebesøg er en nødvendig del af driften i almen praksis, men visitation til sygebesøg kan variere ift. antal, omfang, type, og hvilken personalegruppe som kører dem.

#### Grænseflader:

- Den kommunale hjemmepleje, herunder akutteams og andre specialteams med besøg i hjemmet.

Tabel 3.7.1

Standardydelse	Standardudstyr
Hjemmebesøg	Lægetaske med indhold efter liste Evt. tablet/bærbar computer med journaladgang
Blodsuktermåling	BS-apparat
Urinstix	Remedier
Venepunktur mhp. senere analyse i klinikken	Remedier
Ligsyn og udfærdigelse af dødsattest	
Fjernelse af pacemaker fra lig.	Skalpel, saks, handsker
Kateteranlæggelse	Katetre, diverse udstyr

Tabel 3.7.2

Særlige ydelser	Særligt udstyr
UL-skanning	Håndholdt UL-skanner
EKG-optagelse	Transportabelt EKG-apparat
LFU	Mobilt LFU-apparat

### 3.8 Telefon- og videokonsultation

Standardydelse	Standardudstyr
Telefonkonsultation	Telefon
Videokonsultation	Webcam, mikrofon, højttaler

### 3.9 Socialmedicinsk arbejde og attester

Den praktiserende læge fungerer som vejleder, rådgiver og koordinator ift. en række sociale forhold hos patienten, som i en eller anden grad har betydning for dennes helbredsforhold. Det er vanskeligt at sætte en klar grænse for den praktiserende læges opgave i forhold til sociale problemer. En negativ afgrænsning kan være, at sociale problemer, der ikke påvirker eller er afledt af helbredet, ikke er lægens opgave.

Det socialmedicinske attestarbejde ligger uden for Landsoverenskomsten, men dette arbejde medtages her for fuldstændighedens skyld. Den praktiserende læge har en vigtig rolle som leverandør af lægelige vurderinger til brug for afgørelser i det kommunale system, f.eks. i forbindelse med sygemeldinger, børn

med særlige behov, hjælpemidler og afgørelser hos forsikringselskaber. Lægens rolle er her delt mellem varetagelse af patientens tarv og at levere objektive lægelige vurderinger, der er egnet som grundlag for juridiske afgørelser. I få tilfælde er det også lægens opgave at kontakte myndighederne mod patientens (eller værgeres) ønske, når lægen har kendskab til forhold, der kræver indgreb over for patienten, f.eks. behov for inddragelse af kørekort eller indberetning til kommunen vedr. børn.

#### **Socialmedicinsk arbejde inkluderer:**

- attester: LÆ-attest, friattest, FP-attest, mulighedserklæring, kørekortattest m.m.
- rundbordsamtaler med patient og rådgiver (f.eks. fra jobcentret).
- indberetning vedr. børn med behov for kommunal indsats.

## **4. Efteruddannelse og kvalitetsudvikling**

Ud over kontakten med den enkelte patient har den praktiserende læge en række opgaver i relation til populationsomsorg, kvalitetssikring, efteruddannelse, uddannelse og forskning. Derudover er der en række standarder, som alment praktiserende læger skal leve op til.

#### **Almen praksis arbejde med kontinuitet**

- Praksis tilstræber kontinuitet i behandlingen, både ift. læger og praksispersonale. Dette dog under hensyntagen til patientens mulighed for f.eks. at få en akut tid ved behov, samt midlertidig overdragelse af behandleransvaret til uddannelseslæger.

#### **Almen praksis sikrer kvalitet i behandlingen**

- Læge og personale deltager i relevant efteruddannelse for at være fagligt opdaterede.
- Lægen deltager i arbejdet i kvalitetsklyngerne.
- Praksis arbejder med egen kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

#### **Almen praksis har relevant moderne udstyr til undersøgelse, diagnostik og behandling**

- Praksis skal råde over relevant og opdateret udstyr til undersøgelse, diagnostik og behandling.
- Praksis skal sikre, at udstyret løbende vedligeholdes, serviceres, kalibreres mv.
- Læge og personale skal være instrueret i korrekt anvendelse af udstyret.

#### **Almen praksis ansætter personale i nødvendigt omfang**

- Lægen ansætter relevant hjælpepersonale, der kan aflaste lægen og bidrage til, at lægen kan prioritere sin indsats til de patienter, der har mest behov for den lægefaglige indsats.
- Lægen sikrer relevant instruktion og supervision af personalet.

#### **Dataarbejde (proaktivt omsorgsarbejde)**

Lægen arbejder systematisk, struktureret og proaktivt med data om patientpopulationen. Datarapporter bruges f.eks. til kvalitetssikring og planlægning af opsøgende indsatser.



## Opsøgende indsatser

Lægen opsøger aktivt udvalgte patienter på udvalgte tidspunkter, hvor patienterne kan have behov for lægehjælp, selvom de ikke selv opsøger lægen. Det kan være patienter i særlig risiko, der udebliver fra relevant årsstatus, børneundersøgelse eller anden opfølgende indsats. Det kan også være patienter, som har brug for en ekstra opsøgende indsats ifølge lægens vurdering (på grund af sit kendskab til patientens situation), f.eks. patienter med dårlig egenomsorg som følge af mentale/psykiske eller sociale udfordringer, ofte i samarbejde med kommunen (hjemmepleje, bostøtte, sagsbehandler mv).

Den proaktive tilgang betyder, at lægen på eget initiativ skal adressere andre sygdoms- eller sundhedsproblematikker, hvis lægen i kontakten med patienten får mistanke om andre problemer, end dem patienten har henvendt sig om (også i situationer, hvor dette umiddelbart forlænger konsultationens varighed). Lægen er dog ikke forpligtet til at varetage undersøgelse eller behandling af tilstanden i samme konsultation, hvis dette giver uforholdsmæssigt lang ventetid for andre patienter. Der bør i disse situationer aftales en ny tid for patienten.

## Uddannelse

Almen praksis deltager i uddannelsen af lægestuderende og læger i den lægelige videreuddannelse efter særlige aftaler. Det er en opgave, som sektoren som helhed er forpligtet til at løfte, men der kan være store forskelle på, hvor meget den enkelte læge deltager i denne opgave afhængigt af interesse og lokale behov.

## Forskning

Praktiserende læger leverer data til forskningsprojekter efter nærmere aftaler, f.eks. ved besvarelse af spørgeskemaer.

## Faglige bijobs

For at få systemet til at fungere er der en lang række opgaver inden for koordinering og udvikling af faget og primærsektoren, som det er nødvendigt, at praktiserende læger deltager i. Det omfatter f.eks. fagligt arbejde i DSAM og PLO, praksiskonsulentarbejde, forskning, uddannelsesopgaver, arbejde som vagtchef, diverse konsulentopgaver og meget mere.

## 5. Opgaver, som almen praksis ikke kan påtage sig

Praktiserende læger bliver ofte mødt med krav eller ønsker om at udføre opgaver, som det ikke er hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge skal varetage. Det kan være, fordi det modstrider god faglighed, kan være på kant med lovgivningen eller forringer patientsikkerheden ved at øge risikoen for fejl og misforståelser. Nogle opgaver bør ikke ligge i almen praksis, selvom andre kan have et stærkt ønske om det. Herunder nævnes eksempler på situationer, hvor praksis ikke bør pålægges at varetage opgaven:

- Afgive erklæring om noget, som lægen ikke objektivt kan vide noget om, eller som er i direkte modstrid med lægens viden eller faglige vurdering.
- Udstede recepter eller ansøge om enkelttilskud vedr. behandlinger, som andre læger har behandlingsansvaret for (receptudstedelse gør automatisk udstederen til den behandlingsansvarlige læge).
- Overtage ansvaret for at give svar på undersøgelser mv., som andre instanser har bestilt. Det indebærer en risiko for, at der ikke bliver reageret (korrekt) på vigtige undersøgelsesresultater.
- Skrive henvisninger på vegne af andre, f.eks. hvor en læge i sekundærsektoren har fundet behov for henvisning til kræftpakke, hvilket af hensyn til patientsikkerheden bør gøres umiddelbart af den læge, som har fundet, at der er indikation for videre udredning.

## 6. Akkumuleret liste

**Tabel 6.1**

Farve = behov for kvalitetssikring

	Standardydelse	Standardudstyr
A	Anlæggelse og fjernelse af implanon	Udstyr til fjernelse af implanon
	Ansøgning om medicintilskud, anmeldelse af bivirkninger	
	Ansøgning om terminaltilskud	
B	Behandlerkonference, virtuel	Teknisk udstyr til videokonsultation
	Koordinering, rådgivning osv. med kommunalt personale, sygehuse, speciallæger osv.	
	Behandlerkonference, fysisk	Transportmulighed
	Behandling af akut livstruende tilstand	Akut medicintaske med adrenalin, iltflaske, Rubens ballon med maske, IV-adgang remedier, adgang til hjertestarter
	Behandling af mindre skader	Diverse udstyr til sårbehandling, immobiliserende bandager og fjernelse af fremmedlegeme øjenbakke m. analgesi, farve osv.
	Blodsuktermåling (B-glukose)	Blodsukkerapparat
	Blærekateteranlæggelse	Udstyr til blærekateteranlæggelse
	BT-måling	BT-apparat + udlån af hjemme-BT
	Børneundersøgelser	Synstavle, vægt, højdemåler m.m.
	Børnevaccinationer	
C	CRP-måling	CRP-apparat
D	Del af klinisk undersøgelse	Vægt og højdemåler
	Diagnostiske skemaer (DAN-PSS, VVS, hjemme-BT)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient
E	EKG-optagelse	EKG-apparat, 12-kanals
F	Fasekontrastmikroskopi	Fasekontrastmikroskop
	Forebyggende svangreundersøgelser	Obstetrisk stetotop eller Doppler, vægt, urinstix
	Første behandling af ukomplicerede kroniske sår	Udstyr som til småoperationer. Forbindsstoffer, saltvand mv.
G	Graviditetstest	Remedier
	Glucosebelastningstest	BS-apparat, standard glucose-blanding
H	Hgb-måling	Hæmoglobinapparat

	Standardydelse	Standardudstyr
	Hjemmebesøg	Lægetaske med indhold efter liste Evt. tablet/bærbar computer med journaladgang
	Hudstansbiopsi til forsendelse	Remedier, særlige
I	Incision af mindre abscesser	Udstyr som til småoperationer
	Indrapportering til kliniske databaser	Adgang via systemhus
K	Kateteranlæggelse og -seponering	Udstyr til kateteranlæggelse og -seponering. Diverse katetre
	Klinisk objektiv undersøgelse, herunder gynækologisk undersøgelse og otoskopi	Stetoskop, blodtryksapparat. otoskop, synstavle, GU-spekter/GU-bøjler, reflekshammer, termometer, tredelt leje med elevationsmulighed
	Koordination med samarbejdspartnere på skrift (f.eks. sygehuse, hjemmepleje)	IT-kommunikation på tværs af sektorer (kontakt til f.eks. PPR mangler)
L	Ledpunktur/blokadeanlæggelse i knæ og skulder	Udstyr til ledpunktur/blokadeanlæggelse
	Ligsyn og udfærdigelse af dødsattest	Adgang til elektronisk indberetning (SEI)
	Lungefunktionsundersøgelse og peakflow måling	Spirometer/peakflow
N	Neurologisk undersøgelse	Monofilament, stemmegaffel
O	Operation af mindre svulster (< 1 cm, ej ansigt), herunder curettage	Udstyr til småoperationer (skalpel, pincet, skarpske, sutur, nåleholder, saks, afdækning, forbindsstoffer mv). Evt. autoklave.
	Overblikskonsultation	
P	Pacemaker, fjernelse fra lig	Remedier
	Patientledsagelse	
	Perkutan iltmåling (saturationsmåling)	Pulsoximeter
	Podning/urin til forsendelse	Remedier
	Psykometriske tests (nærmere beskrevet af DSAM): MDI, ASS, MMSE, urskivetest BASIC	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient.
R	Registrering af hjertelyd hos foster	Obstetrisk stetoskop/doptone
S	Samtalebehandling/krisesamtaler (f.eks. støttesamtaler ved depression)	
	Smear fra livmoderhalsen	Remedier
	Spiralanlæggelse/indsættelse af implanon	Spiralbakke med andenæb, uterinsonde mv.
	Stetoskopi (hjerter, lunge, abdomen)	Stetoskop
	Stivkrampevaccination	Remedier til stivkrampevaccination
	Strep A-test	Remedier
	Synstest	Synstavle
T	Telefonkonsultation	
	Tympanometrisk undersøgelse	Tympanometer
U	Udtagelse af pacemaker mv. på døde.	Skalpel, saks, handsker
	Urindyrkning med resistensbestemmelse	Varmeskab, remedier
	Urinstix	Remedier, evt. stix-læser
V	Vejledning ifm. abort/sterilisation	
	Vejledning om prævention	
	Venepunktur (mhp. senere analyse i klinikken) og blodprøvefor sendelse	Varmeskab eller lignende, remedier
	Videokonsultation	Webcam, mikrofon, højttaler/headset
Ø	Øreskyl	Udstyr til øreskyl

**Tabel 6.2**

Særlige ydelser	Særligt udstyr
Behandling af udbredte forbrændinger og læsioner	Remedier
Brug af andre psykometriske tests og skemaer end dem, der er fastlagt af DSAM (f.eks. ASRS, ADHD-RS, stress-score-skema)	Tilgængelighed af skemaer. Web-Patient.
Blokadeanlæggelse i mindre led, springfinger mv.	Evt. UL-skanner
BT-måling på ankel	Doppler
Døgnblodtryksmåling	24-timers BT-apparat
EKG-optagelse til sygebesøg	Transportabelt EKG-apparat til sygebesøg
Fjernelse af negl	
Første behandling af brud på skinneben, lår, over- eller underarm	Remedier
INR-måling	INR-apparat samt remedier
Lungefunktionsundersøgelse (LFU)	Mobilt LFU-apparat
Patientledsagelse	
PCR-testning	PCR- test, udstyr
Reposition af store ledd	
Samtalerapi efter særlig metode, f.eks. kognitiv terapi	
Skift af kroniske sår	Remedier
Telemedicin (derma)	Kamera
Test for mononukleose	Monospot apparat samt remedier
Undersøgelse af hvidt blodbillede	Apparat til leukocyt- og differentialtælling
Ultralydsskanning	Ultralydsskanner
UL-skanning	Håndholdt UL-skanner
Vaccination af relevante grupper (f.eks. pneumokok, influenza, Covid-19)	Remedier
Venesectio	Udstyr til venesection

## BILAG. Aktuelle regionale kvalitetssikringstilbud og laboratorieordninger for almen praksis – marts 2023

Principper for kvalitetssikring er fastlagt af overenskomstens parter i [Kvalitetssikring og kvalitetskrav til laboratoriemedicinske aktiviteter i almen praksis 2010](#), som findes på læger.dk. Principperne bygger i stor udstrækning på et arbejde fra 2003: «Kvalitetskrav og kvalitetsvurderingssystem for hyppigt udførte klinisk biokemiske og klinisk mikrobiologiske analyser i almen praksis» November 2003, Praktiserende Læges Organisation og Sygesikringens forhandlingsudvalg. Se evt. også [OK22 §79, PLO & RLTN](#).

I de fleste regioner omtales laboratoriekonsulentordningen som LKO, og de yder:

- rådgivning og vejledning (undervisning) vedr. laboratoriemedicinske aktiviteter samt
- tilbyder et årligt besøg i praksis (Sjælland tilbyder besøg hvert 1½ år).

Overordnet men med undtagelser er følgende til rådighed:

- Parallelanalyse af patientnært apparatur (POCT-analyser) foregår 10-12 gange om året for Hæmoglobin, Glukose, CRP, INR/KFTT og Leukocytter.
- Simulerede urinprøver udsendes som kontrolmateriale to gange om året for urinmikroskopi, dyrkning og resistensbestemmelse (Region Hovedstaden har ikke dette tilbud).
- Kvalitetssikring af udstyr i praksis sker for registrerede apparater, der er dog flere apparater som ikke længere kvalitetssikres.

For ultralydsapparater gælder det, at klinikkerne selv og producenterne står for kvalitetssikringen. I DAUS er der nogle anbefalinger omkring anskaffelse af en type skannere til kursusbrug, men den enkelte bruger har selv ansvar for, at kvaliteten af den enkelte skanner er OK.

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
<b>Kvalitetssikrings-Ordning</b>	<p>Der er etableret LKO ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aalborg Universitetshospital</li> <li>• Aalborg Universitetshospital Thisted</li> <li>• Regionshospital Nordjylland</li> </ul> <p>Praksis indsender parallelkontroller en gang månedligt.</p>	<p>Kvalitetssikringsordningen varetages af laboratoriefaglige konsulenter på de 5 klinisk biokemiske afdelinger og af Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på AUH (Mikrobiologisk Kvalitetssikring i Almen Praksis (MIKAP)).</p> <p>Praksis udfører 10 årlige parallelkontroller ved brug af WebQuality.</p>	<p>Der er etableret 5 decentrale LKO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUH Odense</li> <li>• OUH Svendborg</li> <li>• Sygehus Sønderjylland</li> <li>• Sydvestjysk Sygehus</li> <li>• Sygehus Lillebælt.</li> </ul> <p>Til hver af de fem LKO er der ansat laboratoriekonsulenter, som varetager den daglige kontakt til almen praksis og forestår laboratoriekonsulent-besøgene i de enkelte lægepraksis. Praksis indsender 1 parallelkontrol pr. analyse pr. md.</p>	<p>Der er etableret LKO ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Næstved, Slagelse og Ringsted sygehus + Nykøbing F</li> <li>• SUH</li> <li>• Holbæk, Kalundborg og Odsherred</li> </ul> <p>De tre LKO har ansat lokale laboratoriekonsulenter. Lægehusene indsender månedligt parallelkontroller via WebQuality.</p>	<p>Central Enhed for Kvalitetssikring, CEK.</p> <p>Kvalitetskontrol via WebQuality. Praksis indsender parallelkontroller en gang månedligt.</p> <p>Mikrobiologiske prøver sendes til Herlev og Hvidovre hospitaler.</p>

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
Hæmoglobin	X	X	X	X	X
Glukose	X	X	X	X	X
INR	X	X	X	X	X
CRP	X	X	X	X	X
Leukocytter/differentialtælling	X	X	X	MINUS	X
<p><b>Årligt praksisbesøg ved laboratoriekonsulent inkl. test af apparater og en besøgsrapport.</b></p>	<p><b>Besøget omfatter:</b> gennemgang af resultater fra de parallelkontroller, der indsendt; evt. kontrol af procedurer og det apparatur der anvendes; vejledning i korrekt anvendelse af relevant analyseudstyr; vejledning i korrekt håndtering af uriner til dyrkning og resistensbestemmelse; vejledning i metoder der anvendes til mikroskopi, dyrkning og urinbestemmelse af uriner; vejledning om korrekt prøve-tagning og forsendelse af prøvematerialer; vejledning om præanalytiske forhold; vejledning om udførelse af metoder til kvalitetssikring; vejledning om bestilling af analyser (Webreq); Vejledning i bestilling af utensilier; vejledning i adgang til Laboratorie-svarportalen; Kontrol af mikroskop, EKG-udstyr, samt udstyr til lunge-funktionstest. Kontrol af temperatur i køleskabe, klimaskab, varmeskab og autoklave.</p>	<p><b>Besøget omfatter:</b> præanalytiske forhold, forhold vedr. laboratorieudstyr, kvalitetssikring af analyser udført i egen praksis, herunder indsendte parallelkontroller, gensidig informationsudveksling.</p>	<p><b>Besøget omfatter:</b> korrekte utensilier, prøvetagning, prøvebehandling, opbevaring og forsendelse af prøvemateriale. Og rådgivning og vejledning generelt og specifik efter behov.</p>	<p><b>Besøget tilbydes hvert andet år og omfatter:</b> præanalytiske forhold, opbevaring af prøver i Praksis efter prøvetagning og ved transport af prøver efter hjemmebesøg, forhold vedr. laboratorieudstyr, kvalitetssikring af analyser udført i egen praksis, herunder indsendte parallelkontroller, gennemgang af resultater fra KVSTAT, gensidig informationsudveksling.</p>	<p><b>Besøget omfatter:</b> Gennemgang af resultater fra de parallelkontroller, der er indsendt samt apparaterne til ovenstående POCT-analyser, snak om præanalytiske forhold (prøvetagning, opbevaring af prøverne samt afhentningsordning) tjek af utensilier og udløbsdatoer, Tjek af udprint og påsætning af etiketter samt evt. vejledning i brug af WebReq og bestilling af utensilier.</p> <p>Desuden: Opdatering af apparaturliste. Kalibreringskontrol af BT- og EKG-apparater. Vejledning om termoskab. Ved behov kontrol af centrifuge.</p>

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
	Kontrol af overførte patientsvar dvs. fra Labka til lægesystem (Clinea, XMO, Win-PLC mm.) for at sikre korrekt data flow systemerne i mellem.				
<b>Apparater som ikke kvalitetssikres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BT-apparater</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometer</li> <li>• Klimaskabe</li> <li>• Autoklaver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EKG</li> <li>• Blodtryksapparater</li> <li>• Spirometer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometer</li> <li>• Varmeskabe</li> <li>• Autoklaver</li> <li>• EKG-apparater</li> <li>• BT-apparater</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirometer</li> <li>• Varmeskabe</li> <li>• Autoklaver</li> </ul>
<b>Efteruddannelse/undervisning</b>	Laboratoriekonsulenterne tilbyder undervisning af praksispersonale i teori og praksis vedr. venepunktur og EKG.	Når nyt personale i AP tilbydes undervisning i prøvetagning. Ved behov for kontakt til laboratorierne, kan de laboratoriefaglige konsulenter kontaktes telefonisk eller via e-mail.	Laboratoriekonsulenterne kan tilbyde undervisning i blodprøvetagning eller andre relevante kurser. Desuden har læger og personale mulighed for undervisningsophold på sygehusafdeling/laboratoriemedicinsk afdeling af 1 eller flere dages længde.	Laboratoriekonsulenterne tilbyder undervisning i blodprøvetagning i ambulatorium på sygehus.  Der afholdes 'gå hjem-møder' med emner ønsket af lægehuse og laboratorium.	Kurser i blodprøvetagning udbydes til praksispersonale. Årligt Minisymposium (efteruddannelse) for praksislæger.
<b>Klinisk mikrobiologi – (MIKAP)</b>	2 gange årligt udsendes der 3 simulerede urinprøver til de lægepraksis, der foretager mikrobiologisk undersøgelse (mikroskopi, dyrkning og resistensbestemmelse) af urin. 1 gang årligt tilbydes der kurser i henholdsvis urinmikroskopi og dyrkning og resistensbestemmelse.	2 gange årligt udsendes der 3 simulerede urinprøver. En gang årligt udsender MIKAP en tjekliste til egen kontrol i praksis. Evt. telefonisk opfølgning på udfyldte tjeklister.  MIKAP kan kontaktes dagligt vedr. spørgsmål om mikroskopi, dyrkning, resistensbestemmelse, kurser mm.	2 gange årligt udfører praksis kontrolanalyser på simulerede urinprøver. De omfatter POCT-analyserne: Urinmikroskopi, dyrkning af urin og resistensbestemmelse af urin	Udsendelse af simulerede urinprøver, (nyhedsbrev fra 2021).	Der er ingen ordning for kvalitetssikring af urinprøver. Tjek af utensilier + dato sker ved praksisbesøg.  Praksis kan indsende urinprøver til kontrol af egen dyrkning, hvis de vil.

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden
<b>Kilder</b>	<a href="#">Kvalitetssikring af laboratorieanalyser (sundhed.dk)</a>	<a href="#">Deltagelse i den regionale laboratoriekonsulentordning (LKO) - sundhed.dk</a> + notat dateret 02.11.16	<a href="#">Om Laboratoriekonsulentordningen - sundhed.dk</a> + pjece, 2, udgave juli 2021	<a href="#">Laboratoriemedicinske vejledninger (regionsjaelland.dk)</a>	<a href="#">Velkommen til Laboratoriebetjening (regionh.dk)</a> + pdf om "CEK og konsulentbesøg i Region H