

København, den 7. december 2025

Til Sundhedsstyrelsen

Høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens udkast til National Opgavebeskrivelse for Almen Medicin

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

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

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

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

Nedenfor følger FYAM's kommentarer til de enkelte afsnit.

2.1 Faglig ledelse og samarbejde

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

Vi støtter formuleringen:

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

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

2.1.2 Kvalitetsudvikling

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

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

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

2.1.4 Efteruddannelse

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

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

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

Derfor anbefaler vi, at opgavebeskrivelsen præciserer, at:

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

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

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

2.1.5 Forskning

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

2.2.2 Henvisninger og udskrivningsbreve

Vi hilser flg. formulering velkommen:

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

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

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

2.2.3 Faglig sparring og rådgivning

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

3. Basisfunktion – kollektive forpligtelser

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

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

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

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

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

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

3.1 Målgruppen for almenmedicinske tilbud

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

3.2.2 Forebyggelse

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

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

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

3.2.4 Basal palliation

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

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

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

3.2.6 Kontinuitet

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

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

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

3.4.1 Samarbejde med kommuner

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

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

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

3.5.3 Patienttilfredshedsundersøgelser

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

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

Vi foreslår:

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

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

3.5.4 Uddannelse og videreuddannelse af læger

Titlen bør ændres til:

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

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

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

4. Udvikling og ændret opgavevaretagelse

Der foreslås større opgaver allerede fra 2027, herunder:

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

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

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

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

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

4.1.4 Bedre brug af ressourcer

Vi hilser afsnittet velkommen og deltager gerne i videre prioriteringsdrøftelser.

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

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

4.1.5 Øget brug af data og digitalisering

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

Afslutning

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

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

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

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

Vi stiller os til rådighed for videre dialog.

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



Malene Nepper
Formand for FYAM