



Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud



Opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Version 18.11.2025

© Sundhedsstyrelsen
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]
Den trykte versions ISBN: [xx]
ISSN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: [xx]
Versionsdato: [x.xx.xxxx]
Format: pdf
Foto: [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	5
1.1. Baggrund og formål.....	5
1.2. Opgavebeskrivelsen i den samlede styringsramme.....	7
1.2.1. National udviklings- og styringsramme	7
1.2.2. Rammer for lokal planlægning	8
2. Myndighedsansvar	10
2.1. Faglig ledelse og samarbejde.....	10
2.1.1. Samarbejde om sammenhængende patientforløb	11
2.1.2. Kvalitetsudvikling	12
2.1.3. Faglige kliniske retningslinjer	13
2.1.4. Efteruddannelse	13
2.1.5. Forskning	14
2.2. Understøttelse af opgavevaretagelse og patientforløb	14
2.2.1. Diagnostiske undersøgelser	14
2.2.2. Henvisninger og udskrivningsbreve.....	15
2.2.3. Faglig sparring og rådgivning.....	16
2.2.4. Teknisk administrativ støtte	16
2.3. Opgaver ud over basisfunktion	16
2.3.1. Almenmedicinske tilbud ud over basisfunktionen.....	17
2.3.2. Fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser.....	17
2.3.3. Tværsektorielle samarbejdsfora	18
2.3.4. Lægevagtsordning.....	18
3. Basisfunktion.....	19
3.1. Målgruppen for almenmedicinske tilbud og specialet almen medicin	19
3.2. Patientrettede funktioner	20
3.2.1. Udredning, behandling og opfølgning	20
3.2.2. Forebyggelse.....	21
3.2.3. Klinisk vurdering og visitation	21
3.2.4. Basal palliation.....	22
3.2.5. Koordination	22
3.2.6. Kontinuitet.....	23
3.2.7. Populationsomsorg.....	23
3.3. Basal tilgængelighed	24
3.4. Samarbejde.....	26
3.4.1. Samarbejde med kommuner	26
3.4.2. Samarbejde med sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor	27
3.5. Kompetencer, udstyr og øvrige funktioner	28
3.5.1. Kompetencer	28
3.5.2. Udstyr	28
3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning	29
3.5.4. Uddannelse og videreuddannelse af læger	29
3.6. Opgaver i relation til udvalgte målgrupper	29
3.6.1. Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom	30
3.6.2. Udredning af demens	30

3.6.3. Opfølgning efter kræftforløb	31
4. Udvikling og ændret opgavevaretagelse.....	32
4.1. Sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud.....	32
4.1.1. Øget lighed i sundhed	33
4.1.2. Patientforløb med færre og bedre overgange	33
4.1.3. Et styrket samlet primært sundhedsvæsen	34
4.1.4. Bedre brug af ressourcer	34
4.1.5. Øget brug af data og digitalisering.....	35
4.1.6. Styrket kvalitetsudvikling og forskning.....	36
5. Implementering, opfølgning og plan for opdateringer	37
5.1. Implementering.....	37
5.2. Opfølgning	38
5.2.1. Registrering og indberetning af data	38
5.2.2. Opbygning af vidensgrundlag	39
5.3. Plan for opdateringer af opgavebeskrivelsen	39
6. Bilag	41
6.1. Bilag 1: Opgavebeskrivelsens vidensgrundlag.....	41
6.1.1. Opsamling.....	43

1. Introduktion

1.1. Baggrund og formål

Med Aftale om sundhedsreform fra 2024 er der besluttet en ny organisering og styring af sundhedsvæsenet, så der sker en bedre og mere lige fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer, og så sundhedsvæsenet bliver bedre rustet til fremtidens udfordringer og bringes tættere på borgerne. Det skal bidrage til, at sundhedsvæsenet gennemgår den nødvendige udvikling, og borgerne oplever et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen. Alle borgere skal have let og lige adgang til et almenmedicinsk tilbud med høj tilgængelighed, uanset hvor i landet de bor.

I de kommende år stiger antallet af ældre og sårbare patienter og patienter med én eller flere kroniske sygdomme markant. Disse patienter vil i mange tilfælde have størst gavn af, at behandlingen er forankret i et almenmedicinsk tilbud, som kan bidrage til kontinuitet i relationen mellem læge og patient. Derfor skal de almenmedicinske tilbud i tæt sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen styrkes, udvikles og varetage flere af de opgaver, der i dag løses på sygehusene. Egen læge skal i fremtiden spille en endnu mere markant rolle og varetage en endnu større del af behandlingen tæt på borgeren.

Det følger af Aftale om sundhedsreform 2024, at opgaver og krav til almenmedicinske tilbud fastlægges i den nationale opgavebeskrivelse, som udarbejdes af Sundhedsstyrelsen efter inddragelse af relevante aktører.

Regionerne og sundhedsrådene har som lokale myndigheder ansvaret for at tilvejebringe og tilrettelægge de samlede almenmedicinske tilbud i overensstemmelse med den nationale opgavebeskrivelse og andre nationale udviklings- og styringsredskaber.

Opgavebeskrivelsen omfatter:

- Basisfunktionen, der beskriver de nationalt fastsatte krav og opgaver, som alle almenmedicinske klinikker skal efterleve.
- En beskrivelse af regionens samlede ansvar som myndighed for almenmedicinske tilbud, herunder opgaver og funktioner, der skal løses ud over basisfunktionen, faglig ledelse samt understøttelse af almenmedicinske tilbud.

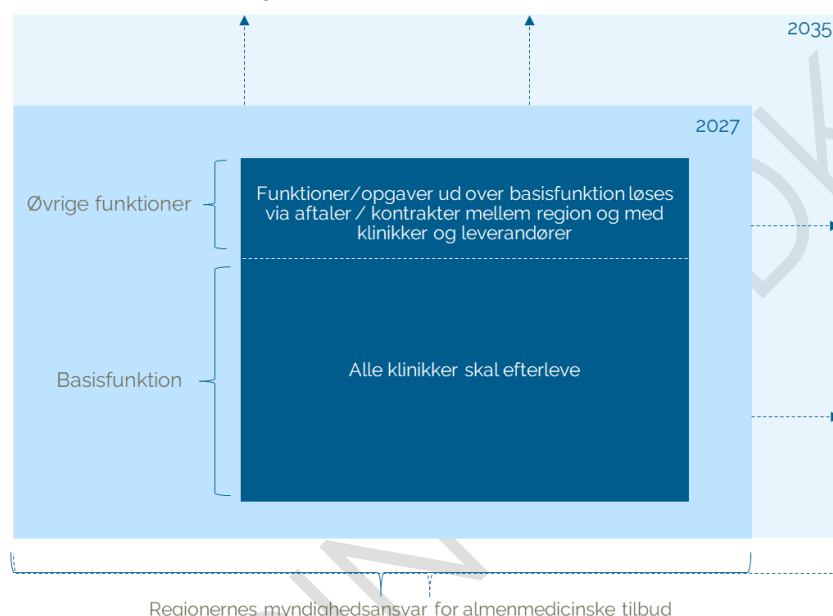
Derudover indeholder opgavebeskrivelsen også en beskrivelse af den forventede faglige og organisatoriske udvikling, som på sigt kan indgå som krav ved kommende opdateringer af opgavebeskrivelsen.

Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion skal således understøtte den faglige og organisatoriske udvikling af almenmedicinske tilbud og bidrage til en omstilling af sundhedsvæsenet i takt med, at kapaciteten styrkes, og der kommer flere speciallæger i almen medicin frem mod mindst 5.000 læger i 2035 i almenmedicinske tilbud. Figur 1 illustrerer opgavebeskrivelsens funktioner og udvikling over tid, herunder forholdet mellem basisfunktion og øvrige funktioner, som regionerne har ansvaret for at tilvejebringe, samt den forventede udvidelse af den samlede kapacitet i almenmedicinske tilbud over tid.

Denne første version af opgavebeskrivelsen træder i kraft den 1. januar 2027. Basisfunktionen vil have virkning for almenmedicinske klinikker ved ikrafttrædelse af en ny aftale med Regionernes Lønnings- og Takstnævn fra senest 1. januar 2027.

Opgaver og funktioner i opgavebeskrivelsen er fastlagt, så de kan varetages af regionerne og almenmedicinske klinikker ved ikrafttrædelsen. Der kan dog i enkelte tilfælde lokalt være særlige forhold ved nogle opgaver og funktioner, der forudsætter tilpasninger eller kompetenceudvikling, før opgaverne kan varetages i fuld overensstemmelse med opgavebeskrivelsen. Derudover kan der være mindre klinikker, der i helt særlige tilfælde – og efter en konkret vurdering – vil kunne undtages enkelte krav i basisfunktionen. Sundhedsstyrelsen definerer de helt særlige undtagelser som led i deres arbejde med basisfunktionen.

Illustration af udvikling af funktioner over tid



Figur 1: Figuren illustrerer almenmedicinske tilbuds samlede funktioner, hhv. basisfunktion og øvrige funktioner, og forholdet mellem disse, samt den forventede udvidelse af kapaciteten i almenmedicinske tilbud over tid.

I denne udgivelse anvendes betegnelsen *regionen* om det samlede regionale myndighedsansvar, som omfatter både regionsråd og sundhedsråd.

Betegnelsen *almenmedicinske tilbud* anvendes om det samlede tilbud, som regionen har ansvar for at stille vederlagsfrit til rådighed for borgerne i henhold til sundhedsloven. Tilbuddene udgør borgerens primære og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet og omfatter den lægelige indsats ved speciallæger i almen medicin samt øvrigt sundhedspersonale, der virker under almenmedicinsk lægefaglig ledelse. Regionen tilvejebringer almenmedicinske tilbud gennem selvstændige praktiserende læger suppleret med regionsklinikker og udbudsklinikker. *Den almenmedicinske klinik* anvendes om den organisatoriske enhed, hvor ydelserne konkret leveres. Klinikkerne virker, uanset organiseringsform, under de samme nationale krav fastsat i opgavebeskrivelse og basisfunktion med henblik på, at regionen kan yde borgerne lige adgang til almenmedicinske ydelser af ensartet kvalitet uanset geografi.

1.2. Opgavebeskrivelsen i den samlede styringsramme

Opgavebeskrivelsen er et centralt element i den samlede omstilling af sundhedsvæsenet og skal ses i sammenhæng med de øvrige nationale styrings- og udviklingsværktøjer, som tilsammen fastlægger og regulerer rammerne for almenmedicinske tilbud.

1.2.1. National udviklings- og styringsramme

Med Aftale om sundhedsreform 2024 er der indført en række nationale styringsmekanismer og planlægningsredskaber, der på forskellig vis understøtter planlægning, styring og udvikling af det primære sundhedsvæsen, herunder almenmedicinske tilbud. Den nationale sundhedsplan udgør den overordnede strategiske ramme for udviklingen og omstillingen, som skal styrke det primære sundhedsvæsen og understøtte mere ligelig geografisk fordeling af ressourcer under hensyn til, at sygdomsmønstre, befolkningssammensætning, behandling og teknologiske muligheder ændrer sig. Den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter i almenmedicinske tilbud skal understøtte bedre og mere ligelig fordeling af læger og en styrket prioritering af indsatsen og ressourcerne for de mest sårbare og syge borgere, der hvor behovet er størst.

Hertil kommer en række relaterede nationale initiativer og redskaber med betydning for almenmedicinske tilbud, såsom eksempelvis retningslinjer for speciallægepraksis, kvalitetsstandarder, dimensioneringsplaner, initiativer vedrørende hjemmebehandling og akutberedskab samt national strategi for data og digitalisering samt patientrettigheder.

Opgavebeskrivelsen er et fagligt udviklings- og styringsredskab, der beskriver og afgrænser de samlede opgaver, som almenmedicinske tilbud skal varetage. Dokumentet fastlægger de overordnede faglige krav og forventninger til opgaveløsningen, mens den konkrete tilrettelæggelse og udførelse fortsat bygger på gældende faglige standarder og kliniske retningslinjer.

Store dele af det faglige grundlag for arbejdet i almenmedicinske tilbud forbliver med opgavebeskrivelsens ikrafttrædelse den 1. januar 2027 uændrede. Speciallægen i almen medicin og øvrige sundhedspersoner i almenmedicinske klinikker skal fortsat holde sig fagligt opdaterede og udøve deres virke i overensstemmelse med gældende faglige standarder og lovfastsatte krav. Opgavebeskrivelsen ændrer dermed ikke på det faglige ansvar, men danner den overordnede ramme for opgaver og funktioner i et sundhedsvæsen under omstilling.

Kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger og standarder opdateres løbende i takt med udviklingen af sundhedsfaglig viden, behandlingsmuligheder og teknologi. Klinikker og regioner skal derfor fortsat orientere sig i og følge de til enhver tid gældende juridiske rammer, faglige kliniske retningslinjer og nationale anbefalinger og standarder, som udgør det faglige fundament for behandling, kvalitet og patientsikkerhed i almenmedicinske tilbud. Udviklingen sker dynamisk og langt overvejende i faglige kredse, og derfor indgår kliniske retningslinjer ikke direkte i opgavebeskrivelsen.

Opgavebeskrivelsen regulerer ikke de økonomiske eller kontraktmæssige forhold, som følger af øvrige aftale- og lovgrundlag for almenmedicinske tilbud. Med tæt sammenhæng til opgavebeskrivelsen skal der indgås en aftale om vilkår for almenmedicinske tilbud, og økonomien herunder en honorarstruktur som differentieres med udgangspunkt i den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter.

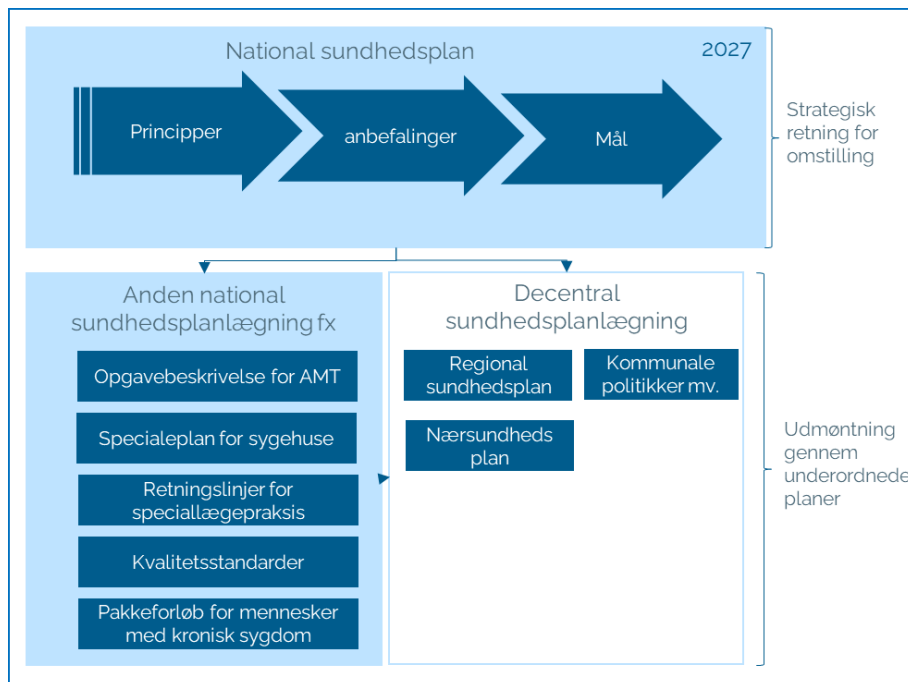
1.2.2. Rammer for lokal planlægning

Udviklingen af almenmedicinske tilbud, der fastlægges i den nationale opgavebeskrivelse, sker inden for den strategiske retning for udviklingen af sundhedsvæsenet, der fastsættes i den nationale sundhedsplan. Med afsæt i den nationale sundhedsplan og den regionale sundhedsplan, udarbejder sundhedsrådene i regionen en nærsundhedsplan, som konkret beskriver omstilling og udbygning af det primære sundhedsvæsen.

Den regionale sundhedsplan har fokus på udviklingen af sygehusene og almenmedicinske tilbud, herunder den tværgående fordeling af kapacitet mellem sundhedsrådene for at understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs. Regionsrådene vil ved udarbejdelse af kommende regionale sundhedsplaner skulle understøtte overensstemmelse med den nationale sundhedsplan og have samspillet mellem den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen for øje.

Sundhedsrådene, der etableres med Aftale om sundhedsreform 2024 per 1. januar 2027, får det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for drift og udvikling af de regionale sundhedsopgaver i et afgrænset geografisk område. Dette omfatter umiddelbart ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud, hjemmebehandlingsteams, sundheds- og omsorgspladser mv. Sundhedsrådene har dermed det umiddelbare ansvar for planlægning og udvikling af almenmedicinske tilbud, herunder ansvaret for de kompetencer og forpligtelser, som regionerne får med Aftale om sundhedsreform 2024. Rådene har endvidere ansvar for, at kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud samarbejder om sammenhængende forløb og fordeling af ressourcer. Rådene består af repræsentanter fra regionen og kommunerne i sundhedsrådets område, og inddrager desuden systematisk patienters og pårørendes perspektiver via det regionale patient- og pårørendeudvalg eller relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer. Sundhedsrådene er ikke selvstændige myndigheder men virker på regionsrådets vegne. Regionsrådet har således det endelige ansvar for de opgaver, der er henlagt til sundhedsrådene.

Nærsundhedsplanen skal, i tillæg til beskrivelsen af omstilling og udbygning af det primære sundhedsvæsen, indeholde en plan for sundhedstilbuddenes geografiske placering. Den kan også sætte rammen for et tættere samarbejde mellem sundhedsaktørerne på tværs af sektorer samt en fleksibel og effektiv anvendelse af den samlede kapacitet. Krav i opgavebeskrivelsen til regionen, herunder blandt andet at understøtte tværsektorielt samarbejde og understøtte lægedækning på plejehjem, kan eksempelvis indgå i nærsundhedsplanen. Figur 2 illustrerer sammenhænge mellem den nationale sundhedsplan og øvrige nationale, regionale og lokale styrings- og planlægningsværktøjer, herunder den nationale opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud.

Illustration af sammenhæng mellem nationale initiativer og decentral planlægning for sundhedsvæsenet per 1. januar 2027

Figur 2: Figuren illustrerer, hvordan udvalgte nationale initiativer og den decentrale sundhedsplanlægning spiller sammen om at understøtte en koordineret omstilling af sundhedsvæsenet i den ønskede retning.

Rammerne for nærsundhedsplaner vil blive nærmere beskrevet i 2026 ved en bekendtgørelse og ved en tilhørende vejledning udarbejdet af Sundhedsstyrelsen.

2. Myndighedsansvar

Regionerne har ansvaret for at tilvejebringe og tilrettelægge det samlede almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i befolkningens behov for sundhedsydelser.¹ Det skal ske i overensstemmelse med krav og opgaver fastsat i den nationale opgavebeskrivelse. I den forbindelse har regionen ansvaret for at levere indsatser i relation til basisfunktionen og øvrige opgaver og funktioner i almenmedicinske tilbud.

Regionernes ansvar omfatter:

- Faglig ledelse og samarbejde
- Understøttelse af opgavevaretagelse og patientforløb
- Almenmedicinske opgaver og funktioner udover basisfunktion

I det følgende foldes de enkelte ansvarsområder ud.

2.1. Faglig ledelse og samarbejde

Regionen har som lokal myndighed for almenmedicinske tilbud ansvaret for at planlægge, tilrettelægge og udvikle det samlede sundhedsvæsen ud fra befolkningens behov i området, og med henblik på at skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer. Dette indebærer at prioritere og koordinere indsatser, så de leveres af ensartet høj kvalitet. Udviklingen af almenmedicinske tilbud sker i overensstemmelse med den nationale opgavebeskrivelse og den strategiske retning, som er angivet i den nationale sundhedsplan, den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen samt den faglige udvikling indenfor det almenmedicinske speciale.

Den faglige ledelse af almenmedicinske tilbud skal, inden for rammerne af den nationale opgavebeskrivelse, understøtte at kapacitet, kompetencer og opgaveplacering løbende tilpasses. Forebyggelse, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering skal ske der, hvor det er mest hensigtsmæssigt for patienterne og det samlede sundhedsvæsen. Dette forudsætter løbende dialog og tæt inddragelse af de almenmedicinske klinikker.

Regionens forpligtelse til at tilvejebringe, planlægge og tilrettelægge almenmedicinske tilbud omfatter ansvaret for lokal faglig ledelse og samarbejde mellem klinikker, øvrige praksisområde, sygehuse, akutberedskab, sundheds- og omsorgspladser, kommunal sygepleje og ældrepleje samt specifikke funktioner, eksempelvis fasttilknyttede læger på plejehjem og botilbud.

Den faglige ledelse skal udøves med afsæt i indsigt i det almenmedicinske speciale og i klinikkernes konkrete vilkår og praksis, så beslutninger og prioriteringer hviler på et realistisk og fagligt funderet grundlag.

Regionen etablerer en struktur, der danner rammen for samarbejdet med de almenmedicinske klinikker. Strukturen kan bruges af de almenmedicinske klinikker til at tage tværgående emner og forslag op, som regionens faglige ledelse kan arbejde videre med. Strukturen danner rammen for samarbejdet om:

¹ Jf. sundhedsloven § 57 l. stk. 2

- Sammenhængende patientforløb
- Kvalitetsudvikling
- Faglige kliniske retningslinjer
- Efteruddannelse
- Forskning

Da hovedparten af de almenmedicinske klinikker er selvstændige erhvervsdrivende, omfatter regionens faglige ledelse ikke organisering, drift og ledelse af de enkelte klinikker. Som led i regionens samlede sundhedsplanlægning kan regionen forholde sig til, hvilke opgaver der skal udføres i almenmedicinske klinikker indenfor rammerne af opgavebeskrivelsen, og hvordan almenmedicinske tilbud kan tilrettelægges, så de understøtter sammenhængende patientforløb. Regionens ledelse vil derfor ske i tæt dialog med og under inddragelse af klinikkerne med fokus på faglig viden, kvalitetsudvikling og læring gennem kollegial sparring og feedback, og så vidt muligt understøttet af fagligt relevante data.

Regionens ledelsesansvar omfatter en forpligtelse til at vejlede om og påse de almenmedicinske klinikkers efterlevelse af krav, der fremgår i opgavebeskrivelsen. Afvigelser fra opgavebeskrivelsen skal først og fremmest håndteres med faglig dialog, vejledning og understøttelse af klinikken.²

Regionen kan også støtte sig til:

- Opgaver og krav fastlagt i og opfølgning på den nationale opgavebeskrivelse
- Mulighed for at specificere krav i kontrakter med leverandørerne af almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen, den forhandlede rammeaftale og eventuelle supplerende lokalaftaler
- Data om aktivitet og kvalitet.

Regionens ledelse skal understøtte den faglige udvikling af det almenmedicinske speciale inden for rammerne af de beslutninger, der tages i Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet. Rådet er nedsat i relation til opgavebeskrivelsen og har til formål at understøtte sammenhæng mellem kvalitet, efteruddannelse og forskning i almenmedicinske tilbud samt Sundhedsstyrelsens arbejde med den fremadrettede udvikling af opgavebeskrivelsen.

2.1.1. Samarbejde om sammenhængende patientforløb

Regionen skal fastlægge de overordnede rammer og sætte den strategiske retning for samarbejdet mellem klinikker i det almenmedicinske tilbud og de øvrige dele af sundhedsvæsenet, som hører under regionens myndighedsansvar, med henblik på at opnå sammenhængende patientforløb.

Regionen skal fastlægge rammerne for samarbejde med den kommunale del af sundhedsvæsenet med henblik på at opnå sammenhængende patientforløb.

² I de tilfælde, hvor faglig dialog, vejledning og understøttelse ikke er tilstrækkeligt, kan regionen give klinikken pålæg eller i sidste ende sanktionere klinikken

Regionen er ansvarlig for at understøtte almenmedicinske tilbuds samarbejde om sammenhængende patientforløb med de øvrige dele af sundhedsvæsenet, gennem udvikling og koordinering af arbejds-gange.

Inden for regionens eget myndighedsområde, er det regionens ansvar at tilrettelægge og understøtte rammer, som fremmer koordination og samarbejde omkring patienter. Det kan blandt andet omfatte tilrettelæggelse af fælles rammer for opgavefordeling mellem det specialiserede og almenmedicinske niveau, tydeliggørelse af roller og ansvar i patientforløb, understøttelse af adgang til fælles data og kommunikationsløsninger, tilrettelæggelse af kontaktflader, identificering og håndtering af brud på patientforløb og tilvejebringelse af beslutningsgrundlag og fælles prioriteringer gennem data, faglige netværk og samarbejdsfora.

Regionen skal indgå aftaler og etablere tværsektorielle samarbejdsfora, der understøtter et forpligtende samarbejde om patienter og patientforløb mellem almenmedicinske tilbud og det kommunale sundheds-, ældre-, social- og beskæftigelsesområde. Regionen skal samtidig understøtte, at information om kommunale tilbud er tilgængelige for de almenmedicinske klinikker.

2.1.2. Kvalitetsudvikling

Regionen skal skabe rammer for og understøtte datadrevet kvalitetssikring og -udvikling i den enkelte almenmedicinske klinik, i kvalitetsklynger og på tværs af regionen.

For at understøtte kvalitet i indsatserne og ensartede indsatser på tværs af regioner og klinikker skal kvalitetsudviklingen i almenmedicinske tilbud i den enkelte klinik ske med eksempelvis feedback, sparring og undervisning mellem kolleger, i fagligt fællesskab mellem klinikker i kvalitetsklynger og på tværs af regionen. Regionerne har ansvar for at fastlægge de overordnede rammer for kvalitetsudvikling og samarbejdet i kvalitetsklynger.

Refleksion i faglige fællesskaber som kvalitetsklynger er en del af kvalitetsudvikling i almenmedicinske tilbud. Dette arbejde kan desuden understøttes af faglige kliniske retningslinjer udarbejdet af faglige selskaber, forløbsbeskrivelser, data mv. Kvalitetsklyngerne er også et fagligt fællesskab til faglig dialog og samarbejde med sygehuse, som eksempelvis kan bringes i spil i forhold til udvikling af patientforløb, og kan desuden suppleres med lokale klyngepakker, forløbsbeskrivelser og retningslinjer mv., som understøtter den faglige ledelse i sundhedsrådene.

Kvalitetsudviklingen skal i tråd med igangværende tiltag om databaseret kvalitetsudvikling og -læring ske systematisk og datadrevet, og arbejdet bør tage udgangspunkt i relevante indikatorer for faglig, patientoplevet og organisatorisk kvalitet.

Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet har til opgave at pege på områder, hvor Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) bør udarbejde kvalitetspakker til klyngernes arbejde. Supplerende kan der udarbejdes kvalitetspakker af andre aktører, eksempelvis de regionale kvalitetsenheder for almenmedicinske tilbud.

Regionen har desuden ansvar for at følge op på kvaliteten i de almenmedicinske klinikker. Dette understøttes af regionernes mulighed for at få indsigt i og adgang til blandt andet data om aktivitet og kvalitet. En forudsætning for kvalitetsarbejdet i de enkelte klinikker er derfor, at der kan indhentes data til

kvalitetsarbejdet, samt at udbyderne af journalsystemer forpligtes til at understøtte, at der kan indhentes kvalitetsdata fra egen klinik. Det er også en forudsætning, at der tilvejebringes kvalitetsdata til brug i de enkelte klinikker og på tværs. Udviklingen understøttes blandt andet af implementering og udvikling af en national dataplatform fra den 1. januar 2027.

2.1.3. Faglige kliniske retningslinjer

Regionen skal understøtte udarbejdelse af faglige kliniske retningslinjer målrettet almenmedicinske tilbud.

Faglige kliniske retningslinjer målrettet almenmedicinske tilbud er en metode til at understøtte almenmedicinske tilbud i at varetage opgaver evidensbaseret og med en ensartet tilgang på tværs af landet.

I regi af Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet vil der på nationalt niveau blive peget på relevante faglige kliniske retningslinjer, der bør udarbejdes for at understøtte kvalitet i almenmedicinske tilbuds opgavevaretagelse. Danske Regioner er repræsenteret i rådet og indgår i beslutningen om, hvilke faglige kliniske retningslinjer, der skal udarbejdes.

Regionens ledelsesopgave omfatter understøttelse af, at faglige kliniske retningslinjer udarbejdes, så de er målrettet specialet almen medicin og opgavevaretagelsen i almenmedicinske tilbud. Faglige kliniske retningslinjer udarbejdes af Dansk Selskab for Almen Medicin, øvrige relevante lægefaglige specialer og aktører i det tværsektorielle samarbejde, dels for at opnå høj faglig kvalitet, dels for at koordinere anbefalinger om udredning, behandling og opfølgning på tværs af specialer.

Derudover omfatter ledelsesopgaven at understøtte, at almenmedicinske tilbud og patienter fortsat har nem adgang til opdateret sundhedsfaglig viden, som i regi af Læge- og Patienthåndbogen.

2.1.4. Efteruddannelse

Regionen skal i samarbejde med almenmedicinske tilbud tilrettelægge efteruddannelsen af speciallæger i almen medicin og klinikpersonale med afsæt i aktuelle og kommende opgaver i almenmedicinske tilbud.

Speciallæger i almen medicin og øvrige fagpersoner i almenmedicinske tilbud skal besidde og løbende opretholde de kompetencer og den viden, der er nødvendige for at varetage opgaverne i basisfunktionen, samt tilegne sig nye kompetencer, når opgaver eller faglig udvikling tilsiger det.

For speciallæger i almen medicin, der arbejder i et almenmedicinsk tilbud, skal der være mulighed for både systematisk og selvvalgt efteruddannelse. Regionens ledelsesopgave omfatter en understøttelse af, at det almenmedicinske tilbud har de rette, opdaterede kompetencer, herunder tilrettelæggelse af efteruddannelses tilbud og opfølgning på kompetenceniveauet i de almenmedicinske klinikker. Regionens skal fortsat understøtte lægernes efteruddannelse i de decentrale efteruddannelsesgrupper (DGE).

For at efteruddannelsen i almenmedicinske tilbud understøtter det rette kompetenceniveau og den ønskede udvikling i almenmedicinske tilbud, vil Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet kunne

beslutte efteruddannelsestilbud, der bør udarbejdes. Danske Regioner er repræsenteret i rådet og indgår i beslutningen om, hvilke efteruddannelsestilbud der skal udarbejdes. Udarbejdelsen af faglige kliniske retningslinjer vil udgøre en del af grundlaget for, hvilke efteruddannelsestilbud der peges på af det faglige råd.

Regionerne vil kunne pege på kurser under den systematiske efteruddannelse, som områdets eller udvalgte speciallæger i almen medicin, bør deltage i.

2.1.5. Forskning

Regionen skal understøtte forskningen i almenmedicinske tilbud med bæredygtige rammer og en stærk datainfrastruktur.

Forskning er afgørende for at understøtte, at almenmedicinske tilbud på sigt bygger på evidensbaserede indsatser, der er effektive, sikre og relevante for patienternes behov. Som led i en styrkelse af almenmedicinske tilbud er der behov for, at understøtte og styrke forskning i det primære sundhedsvæsen, herunder patientforløb på tværs af sektorer og aktører. Et godt forskningsmiljø kan desuden bidrage til rekruttering af læger til det almenmedicinske speciale.

Regionen er ansvarlig for at understøtte rammerne for forskningen i almenmedicinske tilbud og at opbygge forskningsmiljøer. Regionen, Dansk Selskab for Almen Medicin og Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet sætter en strategisk retning i overensstemmelse med nationale krav og omstillingsmål, eksempelvis den nationale sundhedsplan, så forskningen understøtter en udvikling af almenmedicinske tilbud, der afspejler patienternes behov samt det almenmedicinske tilbuds rolle i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet skal understøtte sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens arbejde samt kvalitet, efteruddannelse og forskning.

2.2. Understøttelse af opgavevaretagelse og patientforløb

Regionen har ansvar for at understøtte de almenmedicinske klinikker i at varetage deres opgaver og skabe sammenhængende patientforløb.

2.2.1. Diagnostiske undersøgelser

Regionen skal understøtte at relevante diagnostiske undersøgelser er lettilgængelige for almenmedicinsk tilbud.

Diagnostiske undersøgelser er et vigtigt element i udredning og behandling af almenmedicinske helbredsproblemer. De enkelte klinikker råder over udstyr til simple diagnostiske tests, men er også afhængige af samarbejdet med de centrale laboratorier om analyser af prøvemateriale opsamlet i klinikken. Der vil derudover være diagnostiske udstyr, som det ikke er hensigtsmæssigt, at alle klinikker råder over. Det kan dreje sig om udstyr, der kræver særlige kompetencer og tilladelser til at betjene eller er særligt

kostbart, eksempelvis udstyr til røntgen eller scanningsundersøgelser. Regionen skal understøtte, at relevante diagnostiske undersøgelser er lettilgængelige for almenmedicinsk tilbud, herunder med inddragelse af de almenmedicinske klinikker planlægge, hvilke diagnostiske undersøgelser der skal foretages lokalt, og hvilke der hensigtsmæssigt kan samles centralt.

2.2.2. Henvisninger og udskrivningsbreve

Regionerne skal understøtte et godt samarbejde om henvisninger, herunder nedbringe at henvisninger tilbagevises.

Regionerne skal understøtte, at udskrivningsbreve er rettidige, kortfattede og med letforståelige beskrivelser af patientens forløb samt plan for opfølgning.

Det er en forudsætning for gode tværsektorielle patientforløb, at henvisninger indeholder de nødvendige informationer for, at modtageren kan visitere patienten korrekt. Regionerne skal understøtte et godt samarbejde og gode patientforløb ved at gøre henvisningsvejledninger tydelige og lettilgængelige for almenmedicinske tilbud, eksempelvis gennem udarbejdelse af forløbsbeskrivelser i samarbejde med praksiskonsulenter. Tilbagehenvisninger skal altid ledsages af en konkret begrundelse, og den henvisende læge fra den almenmedicinske klinik skal have adgang til let tilgængelig dialog med læger fra relevante specialer om patientens videre forløb.

Regionerne skal understøtte, at antallet af afviste henvisninger nedbringes, eksempelvis gennem udbredelse af allerede igangsatte initiativer som fælles audits af tilbagehenvisninger, temadage og dialogmøder mellem sygehuse og almenmedicinske tilbud.

Udskrivningsbreve fra sygehuse, praktiserende speciallæger og øvrige praksisområde til almenmedicinske tilbud er et centralt element i det tværsektorielle samarbejde. Udskrivningsbrevene skal understøtte gode sektorovergange mellem almenmedicinske tilbud og øvrige dele af sundhedsvæsenet igennem kortfattede og letforståelige beskrivelser af patientens forløb samt plan for opfølgning. Ud over at patientens opfølgningsbehov fremgår af udskrivningsbrevets farvemarkering, skal det tydeligt være angivet hvad almenmedicinske tilbud anbefales at følge op på, samt om der er symptomer eller fund, der bør føre til undersøgelser eller kontakt med sygehuse eller speciallægepraksis. Regionerne bør i samarbejde med eksempelvis praksiskonsulenter eller lignende løbende arbejde med kvalitetsudvikling af udskrivningsbreve på tværs af sygehuse og specialer, med henblik på at øge anvendeligheden i almenmedicinske tilbud og dermed forbedre de tværsektorielle patientforløb.

For at mindske uhensigtsmæssige forløb bør regionerne have fokus på, at læger i almenmedicinske tilbud ikke overtager opfølgningsopgaver, som mest hensigtsmæssigt udføres af andre læger i sundhedsvæsenet. Det kan eksempelvis omfatte viderehenvisninger og håndtering af svar på diagnostiske undersøgelser, som er ordineret af en anden læge. Viderehenvisninger bør foretages direkte af den læge, som identificerer indikation for viderehenvisningen med orientering til de enkelte almenmedicinske klinikker, og undersøgelsesresultater bør i udgangspunktet håndteres af den ordinerende læge.

2.2.3. Faglig sparring og rådgivning

Regionen skal understøtte adgang til både telefonisk og skriftlig faglig sparring og rådgivning mellem læger fra alle relevante specialer og almenmedicinske tilbud med svartid inden for tre hverdage.

Adgang for almenmedicinske tilbud til gensidig faglig sparring og rådgivning er en forudsætning for en opgaveudvidelse i det almenmedicinske tilbud. Sygehusene skal i højere grad fungere som udadvendte aktører, der aktivt understøtter det almenmedicinske tilbud gennem gensidig faglig sparring og rådgivning.

Speciallægerne i det almenmedicinske tilbud kan have brug for at drøfte problemstillinger med speciallæger fra andre specialer for at kunne lægge en relevant behandlingsplan. Regionen skal derfor etablere ordninger, hvor speciallæger fra alle relevante medicinske, kirurgiske og psykiatriske specialer er til rådighed for almenmedicinske tilbud med mulighed for faglig sparring og rådgivning. Ordningen skal organiseres, så de relevante specialer er telefonisk tilgængelige i hele den almindelige åbningstid for de almenmedicinske klinikker med kort ventetid til svar.

Faglig sparring og rådgivning kan ved særligt komplekse forløb foregå gennem tværsektorielle teamkonferencer, mellem almenmedicinske tilbud, specialiserede indsatser (eventuelt med deltagelse fra flere specialer) eller kommunale aktører (både på sundheds-, social- og skoleområdet). Der kan også etableres udgående funktioner, hvor speciallæger fra de specialiserede indsatser deltager i konsultationer i almenmedicinske tilbud og vurderer patienterne.

Regionerne etablerer desuden, så vidt muligt, mulighed for henvisning til subakutte enkeltstående konsultationer i sygehusregi eller øvrig praksissektor, hvor speciallægen i almen medicin hurtigt kan få vurderet en patient og få vejledning til videre behandling.

2.2.4. Teknisk administrativ støtte

Regionen skal yde hjælp og generel rådgivning om IT til almenmedicinske tilbud.

Velfungerende IT og digitale redskaber er centrale både for driften af det enkelte almenmedicinske tilbud og for tilgængelighed, samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer.

Regionen skal derfor fortsat stille teknisk administrativ støtte, herunder hjælp og generel rådgivning om IT, til rådighed for almenmedicinske tilbud.

2.3. Opgaver ud over basisfunktion

Regionen har ansvar for at tilvejebringe indsatser, der ligger ud over basisfunktionen. Almenmedicinske tilbud i regionen er kollektivt forpligtede til at indgå i varetagelsen af disse opgaver, som nogle klinikker – men ikke alle – skal varetage i en given periode. Vilkår for klinikkernes varetagelse af disse opgaver følger af nationale aftaler, eller af aftaler med regionen ved behov for lokale tilpasninger.

Det er regionens ansvar at understøtte en organisatorisk infrastruktur for de almenmedicinske tilbud med henblik på, at de almenmedicinske tilbud kan allokere disse opgaver til nogle klinikker, afstemt i forhold til den enkelte kliniks kapacitet og kompetencer.

2.3.1. Almenmedicinske tilbud ud over basisfunktionen

Regionen skal - i det omfang det er relevant - etablere almenmedicinske tilbud, som er særligt indrettet til at imødekomme sårbare målgrupper med særlige behov.

Regionen kan selv eller gennem samarbejde med en selvstændig almenmedicinsk klinik etablere et fuldt almenmedicinsk tilbud, som er særligt indrettet til at imødekomme sårbare målgrupper med særlige behov. Etablering og tilrettelæggelse af tilbuddet skal ske på baggrund af befolkningssammensætning og sårbare målgrupper lokalt, og i det omfang lokale behov tilsiger, at det er relevant.

Sårbare målgrupper med særlige behov kan eksempelvis være mennesker i hjemløshed, sårbare borgere med samtidig kronisk sygdom og psykiske lidelser eller andre, som erfaringsmæssigt har udfordringer med at bruge de eksisterende, traditionelle almenmedicinske tilbud.

Etablering af denne type tilbud forudsætter tæt samarbejde med andre aktører, eksempelvis kommunerne, der kan bidrage med et socialfagligt perspektiv og konkrete ordninger, der kan støtte patienten i digital kontakt, fremmøde eller modtagelse af aftalte besøg.

2.3.2. Fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser

Regionen skal tilvejebringe fasttilknyttede speciallæger i almen medicin på plejehjem og botilbud.

Regionen skal tilvejebringe fasttilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladser.

Beboere på plejehjem og botilbud har som øvrige borgere ret til frit valg af praktiserende læge. En fast lægefaglig tilknytning til disse tilbud kan dog understøtte en bedre behandling af de enkelte målgruppers somatiske og psykiske sygdomme.

Fasttilknyttede læger på bosteder og plejehjem skal ikke udelukkende have direkte patientkontakt med udredning, behandling og opfølgning men også fungere som lægefaglig sparring for personalet. Fasttilknyttede læger bidrager desuden til kommunens arbejde med systematisk kompetenceudvikling, undervisning og sundhedsfaglig sparring, som understøtter en højere kvalitet i pleje- og omsorgsarbejdet.

Sundheds- og omsorgspladser adskiller sig fra plejehjem og botilbud blandt andet ved, at patienternes ophold er midlertidigt, hvilket medfører, at patienterne på sundheds- og omsorgspladser samlet set må forventes at være tilknyttet flere forskellige almenmedicinske tilbud under deres ophold, samt kunne

have behov for specialistkompetencer.³ Faststilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladser kan være speciallæger i almen medicin eller andre relevante specialer, eksempelvis geriatri, og regionerne har ansvar for at planlægge og tilvejebringe lægedækningen på pladserne.

2.3.3. Tværsektorielle samarbejdsfora

Regionen skal understøtte, at almenmedicinske tilbud indgår i relevante samarbejdsfora med kommuner og regionale aktører.

Tværsektorielt samarbejde om sammenhængende patientforløb kræver, at almenmedicinske tilbud, kommunale og regionale aktører løbende mødes i tværsektorielle samarbejdsfora med henblik på gensidigt kendskab, koordination og udvikling af samarbejdet.

Tværsektorielle samarbejdsfora kan eksempelvis være Kommunalt Lægeligt Udvalg, praksiskonsulentordninger mv. og beskæftiger sig blandt andet med udvikling og brug af forløbsbeskrivelser, henvisninger og epikriser.

Regionen har ansvar for, at nogle almenmedicinske klinikker repræsenterer almenmedicinske tilbud i samarbejdsfora med kommuner og regionale aktører.

2.3.4. Lægevagtsordning

Regionen skal tilvejebringe en lægevagtsordning, der varetager almenmedicinsk lægebetjening udenfor de almenmedicinske klinikkers almindelige åbningstid.

Lægevagtsordningen yder almenmedicinsk sundhedsfaglig bistand ved akut opstået fysisk eller psykisk sygdom, forværring af kendt sygdom eller andre tilstande, der kræver behandling uden for de almenmedicinske klinikkers almindelige åbningstid (hverdag mellem kl. 8 og kl. 16).

Patientens indgang til lægevagtsordningen er gennem telefonisk visitation, hvor patienten kan rådgives om egenomsorg, rådgives om at henvende sig hos egen almenmedicinske klinik næste dag, henvises til vurdering i lægevagtskonsultation, henvises til et ambulant akuttilbud i regionen, visiteres til sygebesøg i eget hjem eller indlægges på akutsygehus.

Lægevagtsordningen er organiseret forskelligt i regionerne blandt andet med hensyn til graden af deltagelse af speciallæger fra de almenmedicinske klinikker, anvendelsen af sygeplejersker og andre sundhedspersoner, samt hvor og hvordan de fysiske konsultationer foregår. I forbindelse med den fremtidige udvikling af de regionale lægevagtsordninger bør der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats.⁴

³ Sundhedsstyrelsen udarbejder Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

⁴ Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats, Sundhedsstyrelsen, 2020.

3. Basisfunktion

Alle almenmedicinske klinikker skal leve op til basisfunktionens beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer i almenmedicinske tilbud.⁵

Klinikkens basisfunktion omfatter:

- Målgruppen for det almenmedicinske tilbud og specialet almen medicin
- Patientrettede funktioner
- Basal tilgængelighed
- Samarbejde med kommuner, sygehuse og praktiserende speciallæger
- Kompetencer, udstyr og øvrige funktioner
- Opgaver i relation til udvalgte målgrupper

I det følgende foldes krav til de enkelte funktioner og opgaver ud. Kravene er gældende for alle almenmedicinske klinikker. Enkelte særlige undtagelser er angivet i de relevante afsnit.

Kravene er formuleret sådan, at det er den almenmedicinske klinik, der skal varetage en given opgave, hvilket betyder, at klinikken selv kan tilrettelægge, hvilke medarbejdere, der løser opgaven. Den almenmedicinske kliniks varetagelse af funktioner og opgaver i basisfunktionen skal desuden tilpasses lokale forhold og ske ud fra faglige skøn af, hvad der er relevant i den konkrete situation.

Almenmedicinske klinikker i regionen er kollektivt forpligtede til at indgå i regionens varetagelse af almenmedicinske opgaver, der ligger udover basisfunktionen, og som nogle klinikker – men ikke alle – skal varetage i en given periode. Almenmedicinske klinikker i regionen er endvidere forpligtede til at deltage i dialog og inddragelse af klinikkerne i forbindelse med regionens faglige ledelse.

3.1. Målgruppen for almenmedicinske tilbud og specialet almen medicin

Almenmedicinske tilbud er almindeligvis borgerens første og uvisiterede kontakt til sundhedsvæsenet, hvor alle helbredsproblemer uanset personens alder, køn, eller andre karakteristika behandles. Målgruppen for almenmedicinske tilbud er derfor alle borgere, som har et problem, som de ønsker vurderet i sundhedsvæsenet. For den enkelte almenmedicinske klinik er målgruppen langt overvejende de patienter, som er tilknyttet klinikken.

Det almenmedicinske tilbud skal varetage en lang række opgaver i relation til den initiale vurdering, udredning, behandling og opfølgning af symptomer og helbredsbekymringer for alment forekommende tilstande indenfor det medicinske, kirurgiske og psykiatriske område. Der eksisterer ikke en fuldstændig oversigt over opgaver, der varetages i almenmedicinske tilbud, men det internationale klassifikationssystem International Classification of Primary Health Care (ICPC), kan illustrere de helbredsproblemer – henvendelsesårsager, symptomer og diagnoser – der udgør hovedparten af arbejdsopgaverne.

⁵ Jf. sundhedsloven § 57 l. stk. 3

Opgaverne i almenmedicinske tilbud skal varetages efter det lægefaglige speciale almen medicins tilgang og metoder. Speciallæger i almen medicin arbejder ud fra principperne for personcentreret almen medicin, hvor en tillidsfuld professionel relation og kendskabet til den enkelte patient danner grundlag for mødet med og behandlingen af patienten. Der anvendes en personcentreret konsultationsproces, som tager udgangspunkt i patientens problem, herunder hvilke bekymringer, tanker og funktionsbegrænsninger, det har medført, og hvad patienten forventer af lægen. Mange kontakter omhandler symptomer, der kan skyldes en række forskellige sygdomme, og det er en almenmedicinsk kerneopgave at uddrage det væsentlige fra patientens beskrivelse og symptomer og herfra træffe en faglig beslutning om udredning og behandling i fællesskab med patienten, ofte på et ufuldstændigt grundlag. Mange forskellige faktorer spiller ind i udviklingen af og symptomer på sygdom, både biomedicinske, sociale, kulturelle og psykologiske, og speciallægen i almen medicin benytter sin biopsykosociale tilgang og generalistkompetence i mødet med patienten. Speciallægen prioriterer patienter med størst behov, patienter med lav sundhedskompetence og sårbare patienter med komplekse problemer herunder blandt andet sårbare ældre og patienter med multisygdom, psykiske lidelser eller handicap.

Opgaverne i almenmedicinske tilbud skal endvidere varetages med inddragelse af relevante faglige kliniske retningslinjer samt anbefalinger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen.

3.2. Patientrettede funktioner

Nedenfor beskrives det almenmedicinske tilbuds generelle patientrettede funktioner og tilhørende krav i en række overordnede opgavetyper.

3.2.1. Udredning, behandling og opfølgning

Den almenmedicinske klinik skal varetage udredning, behandling og opfølgning af almene sundhedsproblemer, herunder både somatiske og psykiske sygdomme.

Almenmedicinske tilbud skal varetage opgaver i relation til patienter, der henvender sig med et eller flere symptomer eller bekymringer, som kan have stået på i kortere eller længere tid. De fleste af disse problemstillinger kan afklares i almenmedicinske tilbud og håndteres i det primære sundhedsvæsen. Udredningen leder ikke nødvendigvis til en specifik medicinsk diagnose. Diagnostik og behandling kan foregå adskilt men sker ofte sideløbende. Således kan det være en del af den diagnostiske proces at afklare, om en specifik behandling giver den ønskede effekt og dermed bekræfter en diagnostisk hypotese.

Udredning, behandling og opfølgning sker i samarbejde med patienten og baseres på den samlede kliniske vurdering, herunder anamnese, objektiv undersøgelse og eventuelle parakliniske undersøgelser, med inddragelse af biopsykosociale forhold samt faglige kliniske vejledninger og relevante beslutningsstøtteværktøjer.

Udredningen skal have et omfang, så tilstanden er tilstrækkelig afklaret til, at den enten kan afsluttes, fortsat kan følges i klinikken, eller der kan skrives en henvisning til andre aktører. Mange forløb kan håndteres i almenmedicinske tilbud alene, og andre kan behandles og følges i almenmedicinske tilbud, når patienten er udredt og i stabil behandling fra specialiserede indsatser.

3.2.2. Forebyggelse

Den almenmedicinske klinik skal varetage både specifikke forebyggende indsatser, generelle forebyggende indsatser og tidlig opsporing af sygdom.

Den almenmedicinske klinik skal foretage en opsøgende indsats målrettet familier, der udebliver fra vaccinationer til børn og unge.

Almenmedicinske tilbud støtter patientpopulationen i egenomsorg og sygdomsmestring. Forebyggelse og opsporing af sygdom med igangsættelse af behandlingsindsatser, der har en positiv effekt for patientens sundhedstilstand, varetages derfor i almenmedicinske tilbud og foregår i tæt samarbejde med kommunen og civilsamfundet.

Specifikke forebyggelsesindsatser omhandler forebyggende svangreundersøgelser, forebyggende sundhedsydelse for børn og unge samt vaccinations- og screeningsindsatser. Som led i de forebyggende svangreundersøgelser og de forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, foretages en differentiering ud fra niveauet af indsatser, der er behov for.

Den almenmedicinske klinik skal desuden tilbyde specifikke forebyggelsesindsatser i form af sundhedstjek hvert andet år af borgere på botilbud – samt en årlig fokuseret somatisk undersøgelse af patienter med svær kronisk psykisk sygdom eller anden psykisk lidelse, hvor patienten på baggrund af livsforhold og sygdommens alvor er i risiko for at have uopdaget/ubehandlet somatisk sygdom. Den enkelte borgers situation, muligheder og præferencer skal indgå i tilrettelæggelsen af forebyggelsesindsatser til sårbare grupper.

Generelle forebyggende sundhedsindsatser drejer sig om forebyggelsessamtaler og tidlig opsporing af både fysiske og psykiske sygdomme. Almenmedicinske tilbud har desuden en opgave i at henvise til kommunale og regionale forebyggelsestilbud, herunder patientrettede forebyggende indsatser målrettet patienter med kroniske sygdomme med henblik på forebyggelse af forværring samt forbedring af egenomsorg og livskvalitet.

3.2.3. Klinisk vurdering og visitation

Den almenmedicinske klinik skal fungere som primær adgang til sundhedsvæsenets øvrige indsatser og specialiserede tilbud på baggrund af en klinisk vurdering.

Den almenmedicinske kliniks interne visitation skal ske med udgangspunkt i patientens behov og sundhedskompetence.

Almenmedicinske tilbud er ofte patientens primære indgang til sundhedsvæsenet, og visitation er derfor en kerneopgave.

Opgaven omfatter en klinisk vurdering af, om patienten kan udredes og behandles i den almenmedicinske klinik, eller om der er behov for henvisning til andre dele af det primære sundhedsvæsen eller til

sygehus, samt hvor hurtigt patienten har behov for at modtage undersøgelse eller behandling. I den kliniske vurdering skal også indgå en systematisk inddragelse af den enkelte patients situation, muligheder og præferencer, med henblik på tilrettelæggelse af forløbet, så behandlingsniveau og behandlingsmål er afstemt. Den almenmedicinske klinik skal herudover have kendskab til relevante sundhedstilbud, gældende henvisningsvejledninger, patientens ønsker og behov samt det samlede behandlingsforløbs muligheder og begrænsninger for at kunne foretage en korrekt visitation.

Den almenmedicinske klinik skal ligeledes foretage en intern visitation, hvor det ved patientkontakter vurderes, hvilken faglig kompetence i klinikken, der er nødvendig for at håndtere den konkrete problemstilling, samt hvor hurtigt patienten har behov for at modtage undersøgelse eller behandling i klinikken.

3.2.4. Basal palliation

Den almenmedicinske klinik skal identificere palliative behov hos patienter med livstruende sygdomme, og varetage basal palliation i samarbejde med relevante aktører.

Almenmedicinske tilbud har en rolle i den basale palliative indsats for patienter med livstruende sygdomme. Det omfatter identifikation af patienter med palliative behov, vurdering af palliative problemstillinger og lindring af fysiske og psykiske symptomer.

Den almenmedicinske klinik er den gennemgående sundhedsfaglige kontakt for patienten og koordinerer indsatser på tværs af sektorer i det palliative forløb for patienter med livstruende sygdomme. Klinikken varetager den basale palliative indsats i samarbejde med relevante aktører, eksempelvis den kommunale sygepleje og sygehuslæger. Ved komplekse forløb søger speciallægen i almen medicin sparring og rådgivning ved en specialiseret palliativ enhed og henviser ved behov.

Den almenmedicinske klinik tilbyder samtaler med patienter og pårørende om symptomlindring, pleje og ønsker til den sidste levetid. Det almenmedicinske tilbud varetager ofte den lægelige behandling i den sidste levetid og skal understøtte tilgængelighed ved akutte behov og tydelig kommunikation om behandlingsniveau.

3.2.5. Koordination

Den almenmedicinske klinik skal fungere som koordinator i komplekse behandlingsforløb.

Almenmedicinske tilbud skal som tovholdere skabe sammenhæng og overblik over patientens sygdomsforløb og bidrage til, at patienten får en rettidig og sammenhængende behandling på det rette specialiseringsniveau. Dette skal blandt andet ske igennem koordinering af indsatser på tværs af sektorer, herunder med patientsansvarlig læge på sygehuset, og med afsæt i den konkrete patients behov og funktionsniveau.

Den almenmedicinske klinik skal derudover, på baggrund af en konkret faglig vurdering af den enkelte patients situation, muligheder og præferencer, varetage en særlig tovholderfunktion og koordinere forløb

for patienter, der - generelt eller i en periode - er sårbare, og har et særligt behov for hjælp og støtte for at kunne modtage relevante sundhedsydelser.

Patienter med særligt behov for koordination er blandt andet patienter med komplekse behandlingsforløb, herunder patienter med multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller sundhedskompetence.

3.2.6. Kontinuitet

Den almenmedicinske klinik skal understøtte kontinuitet i patient-behandler-relationen, hvor der er behov for det, og særligt for patienter med komplekse problemstillinger eller nedsat sundhedskompetence.

Almenmedicinske tilbud skal tilrettelægge opgavevaretagelsen, så der opnås kontinuitet for de patienter, som har behov for det.

Patienter med størst behov for kontinuitet er blandt andet patienter med komplekse og langvarige behandlingsforløb, herunder patienter med multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed, samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller nedsat sundhedskompetence.

Den almenmedicinske klinik skal aktivt opretholde kontakten til de patienter, der har særligt behov for kontinuitet i patient-behandler-relationen for at kunne modtage relevante sundhedsydelser.

Kontinuiteten behøver ikke at være knyttet til en læge, men kan eksempelvis varetages gennem faste kontaktpersoner blandt klinikpersonalet eller ved organisering i faste behandlerteams. Ved særligt komplekse eller behandlingskrævende patienter kan det være nødvendigt, at kontinuiteten knyttes til en speciallæge i almen medicin. Klinikken skal identificere disse patienter og tilbyde en fast lægerelation.

For nogle patientgrupper kan kort ventetid til konsultation være vigtigere end relationel kontinuitet. Det kan eksempelvis dreje sig om patienter med afgrænsede ukomplicerede problemstillinger, høj sundhedskompetence eller akutte tilstande eller patienter, som sjældent har kontakt til almenmedicinske tilbud.

3.2.7. Populationsomsorg

Den almenmedicinske klinik skal yde populationsomsorg for klinikkens samlede patientpopulation og differentiere sundhedsindsatser, så patienter med størst behov prioriteres i den samlede opgaveløsning.

Almenmedicinske tilbud skal yde populationsomsorg for de borgere, der er tilknyttet klinikken. Det betyder, at klinikken skal have en særlig opmærksomhed på at sundhed og sygdom er ulige fordelt i befolkningen, og arbejde med en personcentreret tilgang, som udgangspunkt for differentiering af indsatser, så patienter med størst behov kan få den rette indsats.

Differentiering kan eksempelvis indebære, at patienter med høj sundhedskompetence understøttes i egenomsorg og tilbydes digitalt understøttede indsatser med få opfølgende konsultationer, mens patienter med nedsat sundhedskompetence og komplekse helbredsproblemer tilbydes en tæt kontakt med klinikken og koordination af indsatser på tværs af sektorer.

Patienter med størst behov er typisk mennesker kendetegnet ved komplekse behandlingsforløb, herunder patienter med multisygdom, psykiske lidelser, handicap eller rusmiddelafhængighed samt skrøbelige ældre og patienter med nedsat funktionsniveau eller nedsat sundhedskompetence. Populationsomsorg indebærer også opmærksomhed på patienter, som er i høj risiko for at udvikle sygdom eller forværring af sygdom. Det betyder, at den almenmedicinske klinik skal arbejde med opsporing, forebyggelse og rettidig indsats på baggrund af kendskab til den enkelte patients historie, funktionsniveau og sociale forhold samt særlige risikofaktorer. Arbejdet understøttes af data, eksempelvis egne journaldata og datapakker på sundhedsrådsniveau om den lokale befolknings sundhedstilstand.

3.3. Basal tilgængelighed

For alle krav til basal tilgængelighed gælder, at indgåede aftaler mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, som gælder pr. 1. januar 2025, videreføres ved ikrafttrædelse af national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud pr. 1. januar 2027. Nedenstående krav til basal tilgængelighed opsummerer således disse aftaler, og eventuelle afvigelser er utilsigtede.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for konsultation hver dag på hverdage.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for konsultation mindst en ugentlig hverdag efter kl. 16.

Den almenmedicinske klinik skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling således, at patienter sædvanligvis kan få konsultation senest 5. hverdag efter tidsbestillingen.

Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden vis inden kl. 16.00 samme dag.

Den almenmedicinske klinik skal kunne træffes telefonisk i hele dagtiden.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for telefonkonsultationer mindst en time dagligt på hverdage.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for telefonisk tidsbestilling i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag.

Den almenmedicinske klinik skal tilbyde elektronisk tidsbestilling, elektronisk receptfornyelse, e-konsultation og videokonsultation.

Den almenmedicinske klinik skal aflægge sygebesøg i dagtiden på hverdage, i tilfælde hvor det lægefagligt vurderes nødvendigt.

Den almenmedicinske klinik skal tilstræbe, at konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle klinikker, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicapparkering i nærheden af klinikken. Ved nybygning og væsentlig ombygning af klinikken er det et krav, at der etableres adgangsforhold i henhold til bygge Lovgivningsregler.

Den almenmedicinske klinik skal identificere behov for tolkebistand og gennemføre tolkede konsultationer.

Patienter skal nemt og rettidigt kunne komme i kontakt med relevant sundhedsfagligt personale i almenmedicinske tilbud, der kan vurdere og håndtere patientens aktuelle problemstilling. Klinikken skal både være tilgængeligt for patienter med akutte mindre skader eller sygdomstilfælde, og for patienter med længerevarende tilstande. Basal tilgængelighed dækker både over fysisk tilgængelighed til klinikken, åbningstider, ventetider, telefonisk- og digital tilgængelighed.

Konsultationsform og ventetid til konsultation planlægges i de konkrete tilfælde på baggrund af sundhedsfaglige vurderinger samt patientpræferencer. I tilfælde hvor den almenmedicinske klinik ikke har mulighed for at foretage sygebesøg grundet stor geografisk afstand eller ekstraordinært arbejdspress, skal den almenmedicinske klinik understøtte, at patientens behov varetages på anden vis. Når den almenmedicinske klinik som følge af midlertidigt fravær, eksempelvis grundet sygdom, ferie eller efteruddannelse, er forhindret i at yde tilmeldte patienter fornøden lægehjælp, skal klinikken sørge for, at

nødvendig lægehjælp kan ydes af en stedfortrædende almenmedicinsk klinik, der har indvilget heri, eller af vikar.

Tilgængelighed for patienter med fysiske funktionsevnedssættelser, eksempelvis nedsat gangfunktion eller blindhed, stiller krav til klinikkernes adgangs- og indretningsforhold herunder handicapegnede toiletfaciliteter. Ligeledes kan patienter med psykiske eller kognitive funktionsevnedssættelser eller sociale barrierer have særlige behov, eksempelvis behov for tydelig skiltning, der understøtter at patienten føler sig ventet og velkommen. Desuden skal information om klinikkens tilgængelighed oplyses til patienterne, blandt andet via praksisdeklarationer.

3.4. Samarbejde

Almenmedicinske tilbud skal samarbejde med kommunale og regionale aktører for at skabe sammenhæng i patienternes behandlingsforløb.

3.4.1. Samarbejde med kommuner

Den almenmedicinske klinik skal indgå i forpligtende samarbejde med kommuner om indsatser og planlægning af fælles forløb, herunder være tilgængelig for faglig sparring og rådgivning om konkrete patienter.

Den almenmedicinske klinik skal henvise patienter til relevante kommunale tilbud ved indikation.

Den almenmedicinske klinik skal i relevant omfang deltage i planlagt videokonference samt socialmedicinsk samarbejde med samarbejdspartnere fra kommuner og sygehuse.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængelig for kommunalt plejepersonale via elektroniske korrespondancer, og svartiden skal tilstræbes gensidigt at være maksimalt tre hverdage.

Almenmedicinske tilbud og speciallæger i almen medicin er de primære lægefaglige samarbejdspartnere for det kommunale sundheds-, ældre-, social- og beskæftigelsesområde. Der er således behov for, at den almenmedicinske klinik og kommunale samarbejdspartnere er gensidigt tilgængelige for hinanden, med mulighed for nem og rettidig kontakt.

Samarbejdet er særligt vigtigt i relation til sårbare ældre, børn og unge, patienter med svære sociale problemstillinger, multisygdom, svære psykiske lidelser, handicap, rusmiddelafhængighed, eller andre komplekse sundhedsproblematikker, hvor opfølgning, rehabilitering og understøttelse af egenomsorg forudsætter løbende dialog og faglig sparring mellem den almenmedicinske klinik og kommune.

Samarbejdet er endvidere vigtigt i relation til sårbare familier med børn eller unge i psykisk mistrivsel, hvor den almenmedicinske klinik skal etablere kontakten til det kommunale lettilgængelige

behandlingstilbud, så børn og unge får hurtig og ensartet adgang til behandling, inden symptomerne forværres og bliver mere indgribende.⁶

En forudsætning for et velfungerende samarbejde er at den almenmedicinske klinik har adgang til et overblik over kommunale sundhedstilbud og indsatser på socialområdet, som patienter bør informeres om eller henvises til.

3.4.2. Samarbejde med sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor

Den almenmedicinske klinik skal gøre egne journalnotater tilgængelige for patienten samt andre sundhedspersoner på relevante digitale platforme, herunder oprette og vedligeholde diagnosekort for alle relevante patienter.

Den almenmedicinske klinik skal indgå i samarbejdet om komplekse patientforløb, der går på tværs af sektorer, eksempelvis gennem deltagelse i tværsektorielle konferencer.

Den almenmedicinske klinik skal være tilgængeligt for regionale samarbejdspartnere via elektroniske korrespondancer med svar indenfor tre hverdage.

Den almenmedicinske klinik skal varetage opfølgning efter sygehuskontakt på baggrund af epikrisens triagering.

Deling af data og gensidig tilgængelighed mellem relevante fagpersoner på tværs af sundhedsvæsenets sektorer er forudsætninger for at etablere sammenhængende patientforløb og gode sektorovergange.

Den almenmedicinske klinik skal i relevant omfang indgå i samarbejde med sygehusafdelinger om komplekse patientforløb, eksempelvis gennem deltagelse i tværsektorielle konferencer og fælles behandlingsmodeller

Henvisninger til udredning og behandling på sygehus, i speciallægepraksis og det øvrige praksisområde skal være tilstrækkeligt oplyste, og den almenmedicinske klinik skal anvende epikriser til at planlægge den videre indsats og følge op på behandlingsforløb. En forudsætning herfor er, at den almenmedicinske klinik og sygehuse og praktiserende speciallæger har adgang til gensidig sparring og rådgivning hos hinanden, med henblik på at understøtte vurderingen af henvisningsbehov og realistiske behandlingsmål samt hvilke undersøgelser eller indsatser, der er relevante.

⁶ Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. Sundhedsstyrelsen 2023.

3.5. Kompetencer, udstyr og øvrige funktioner

3.5.1. Kompetencer

Der skal være almenmedicinske speciallægekompetencer tilknyttet de almenmedicinske klinik.

Det autoriserede sundhedspersonale i den almenmedicinske klinik skal løbende deltage i formaliseret efteruddannelse, der afspejler udviklingen i behandlingstilbud og patientbehov.

Den almenmedicinske klinik skal bemandes med de faglige kompetencer, der er nødvendige for at varetage klinikkens opgaver i overensstemmelse med gældende krav og regler, herunder skal der være adgang til almenmedicinske kompetencer i klinikken i overensstemmelse med de beskrevne krav til basal tilgængelighed i basisfunktionen.

Der skal være faste speciallæger i almen medicin fysisk til stede i klinikken i et omfang, der modsvarer patientpopulationens størrelse og behov. Speciallæger i almen medicin har, som minimum, kompetencer svarende til Målbeskrivelsen for hoveduddannelsen i almen medicin.⁷ Det autoriserede sundhedspersonale skal være oplært og efteruddannet tilstrækkeligt i forhold til de opgaver, de løser.

Kompetencerne hos både klinikpersonale og speciallæger i almen medicin skal løbende vedligeholdes og udvikles i takt med at nye opgaver skal varetages. Efteruddannelse af både klinikpersonale og speciallæger i almen medicin skal understøtte en ensartet opgavevaretagelse på tværs af landet, og vil derfor bestå af både systematisk obligatorisk og selvvalgt efteruddannelse.

3.5.2. Udstyr

Den almenmedicinske klinik skal råde over det nødvendige udstyr for at kunne varetage udredning og behandling af almene sundhedsproblemer.

Almenmedicinske klinikker skal have adgang til relevant udstyr, der understøtter en sikker og effektiv opgaveløsning. Udstyret i den almenmedicinske klinik skal afspejle de opgaver, der forventes varetaget, og må ikke udgøre en begrænsning for den faglige kvalitet, basal tilgængelighed eller rettidig behandling. Apparaturler skal betjenes korrekt af personale med de nødvendige kompetencer, og vedligeholdes og kvalitetssikres i henhold til gældende standarder.

⁷ Målbeskrivelse for hoveduddannelsen i almen medicin, Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin, 2025.

3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning

Den almenmedicinske klinik skal indgå i en kvalitetsklynge og løbende arbejde med monitoring og datadrevet kvalitetsudvikling med afsæt i mål og indikatorer, der er relevante for klinikens konkrete patientpopulation.

Den almenmedicinske klinik skal løbende arbejde med kvalitetsudvikling i klinikken, eksempelvis med feedback, sparring og undervisning mellem kolleger. Klinikken skal arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling med afsæt i mål og indikatorer, der er relevante for klinikkens patientpopulation. Kvalitetsarbejdet skal understøtte klinikkens populationsomsorg gennem fokus på differentiering og nedbringelse af ulighed i sundhed.

Klinikken er forpligtet til at indgå en kvalitetsklynge og benytte nationalt bestemte digitale værktøjer, som medvirker til overblik, faglig udvikling og bedre patientforløb.

Den almenmedicinske klinik skal deltage i patienttilfredshedsundersøgelser, som gøres offentligt tilgængelige for patienterne, og data derfra skal anvendes i klinikkens arbejde med kvalitetsudvikling.

Forskning er afgørende for på sigt at understøtte, at almenmedicinske tilbud bygger på evidensbaserede indsatser, der er både effektive, sikre og relevante for patienternes behov. Derfor skal almenmedicinske tilbud så vidt muligt bidrage aktivt til forskning, eksempelvis gennem levering af data, besvarelse af surveys eller deltagelse i interventionsstudier.

3.5.4. Uddannelse og videreuddannelse af læge

Den almenmedicinske klinik skal være til rådighed for medvirken til uddannelse og videreuddannelse af læger.

Almenmedicinske tilbud er centrale for uddannelse af medicinstuderende og videreuddannelse af læger til speciallæger i almen medicin. En stor del af klinikkerne skal derfor medvirke til uddannelse af medicin-studerende og læger, for at opnå den planlagte øgning i antallet af speciallæger i almen medicin.

Klinikkernes medvirken til uddannelse skal ske afstemt i forhold til den enkelte kliniks kapacitet og kompetencer, og på baggrund af krav og anbefalinger om tutorlæger fra de regionale videreuddannelsessekretariater og Dansk Selskab for Almen Medicin.

3.6. Opgaver i relation til udvalgte målgrupper

Opgaver i relation til udvalgte målgrupper indføres i almenmedicinske tilbud per 1. januar 2027. Opgaverne varetages for nuværende delvist i nogle almenmedicinske klinikker, men er ikke udbredt landet over i alle klinikker.

Opgaverne indføres i basisfunktionen på baggrund af politiske aftaler om indsatser for udvalgte målgrupper, herunder Aftale om sundhedsreform 2024 og Kræftplan V. Indførslen af opgaverne skal ses i

sammenhæng med kravet om koordination af komplekse behandlingsforløb og den kommende differentierede honorarstruktur, der skal give almenmedicinske tilbud mere tid til patienter med høj sygdoms-tyngde, herunder patienter med kroniske sygdomme. Vilkår for almenmedicinske tilbuds varetagelse af disse opgaver vil følge af nationale aftaler, som forventeligt indgås i 2026.

Det er regionernes ansvar at understøtte implementering af opgaverne i takt med, at der bliver kapacitet til det, mens det er de enkelte almenmedicinske klinikkers ansvar at varetage opgaverne i henhold til basisfunktionen og vilkår i de indgåede aftaler.

3.6.1. Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom

Den almenmedicinske klinik skal varetage rollen som forløbsansvarlig for patienter omfattet af pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, og tilrettelægge indsatsen i henhold til pakkeforløbene.

Den almenmedicinske klinik skal varetage rollen som forløbsansvarlig for patienter omfattet af Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme, og tilrettelægger indsatsen i henhold til pakkeforløbene.⁸ Pakkeforløbene beskriver krav til behovsvurdering, systematisk differentiering på baggrund af patientens behov og udarbejdelse af en behandlingsplan i samarbejde med patienten, samt koordinering af yderligere indsatser, eksempelvis på sygehuse og i kommuner, og løbende status og opfølgning i det almenmedicinske tilbud. Desuden beskrives det almenmedicinske tilbuds ansvar for det digitale overblik for patienter i pakkeforløb.

Sundhedsstyrelsen udarbejder pakkeforløb for henholdsvis KOL og kroniske lænderygsmærter, der træder i kraft i 2027. Herefter udarbejdes pakkeforløb for type-2-diabetes, der træder i kraft i 2028, pakkeforløb for hjertesygdom, der træder i kraft i 2029 og pakkeforløb for kompleks multisygdom, der træder i kraft i 2031. Der vil blive fastlagt patientrettigheder i relation til pakkeforløbene, herunder ret til en behandlingsplan målrettet den enkelte samt opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en given tidsfrist.

3.6.2. Udredning af demens

Den almenmedicinske klinik skal udrede og behandle patienter med demenssygdom, hvor specialiseret udredning ikke vurderes at ændre behandling eller indsatser.

Den almenmedicinske klinik skal, med samtykke fra patienten, tilbyde at orientere kommunen, herunder demenskoordinatorfunktionen, om udredningen, med henblik på tidligt i forløbet at få foretaget en behovsvurdering, således at patienten kan få den rette indsats i kommunen også inden en eventuel demensdiagnose stilles.

⁸ Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2025

Almenmedicinske tilbud afklarer symptomer på demens, når patienter eller pårørende henvender sig med mistanke om kognitiv svækkelse, og når klinikken på baggrund af kendskabet til patienten identificerer symptomer, der kan rejse mistanke om demens.

Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens⁹ beskriver, at almenmedicinske tilbud, fremfor at henvise til specialiseret udredning, skal udrede og behandle patienter med demenssygdom, hvor specialiseret udredning ikke vurderes at ville ændre behandling eller indsatser. Den almenmedicinske klinik skal kontakte de regionale demensenheder for sparring og rådgivning ved behov.

3.6.3. Opfølgning efter kræftforløb

Den almenmedicinske klinik skal kontakte patienter, hvis kræftforløb er afsluttet eller ved langvarig behandling på sygehus, og tilbyde en opfølgende samtale og en individuel opfølgningsplan.

Almenmedicinske tilbud har en opfølgningsopgave, når et kræftforløb på sygehus er afsluttet eller ved langvarige behandlingsforløb på sygehus. Den almenmedicinske klinik skal systematisk tilbyde alle patienter en opfølgende konsultation om de fysiske, psykiske og sociale udfordringer, som kan opstå i forbindelse med, eller i tiden efter, et kræftforløb. Formålet med den opfølgende konsultation er at afdække eventuelle fysiske, psykiske eller sociale senfølger eller følgevirkninger, og sammen med patienten udarbejde en individuel plan for opfølgning, der beskriver indsatser i den almenmedicinske klinik samt eventuelle yderligere indsatser, som eksempelvis henvisning til fysisk træning, kostvejledning eller sygdomsmestring.

Sundhedsstyrelsen vil beskrive opgaven med kræftopfølgning i almen medicinske tilbud i den generiske del af de videreudviklede pakkeforløb for kræft, som udgives i 2026.

⁹ Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens. Sundhedsstyrelsen, 2025

4. Udvikling og ændret opgavevaretagelse

Udviklingen og omstillingen af almenmedicinske tilbud skal bidrage til et sundhedsvæsen, hvor flere patienter får behandling og opfølgning i almenmedicinske tilbud og tæt på eller i eget hjem. Målet er, at alle borgere har let og lige adgang til et almenmedicinsk tilbud af høj faglig kvalitet uanset, hvor i landet de bor.

Omstilling af sundhedsvæsenet medfører, at der skal ske en løbende udvikling af almenmedicinske tilbud. I tillæg til kravene i de foregående kapitler beskrives her sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud og tilhørende mulige udviklingsområder.

4.1. Sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud

Sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud er baseret på Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en National sundhedsplan, som sætter en fælles strategisk retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet over det næste tiår.

Sigtelinjerne er:

- Øget lighed i sundhed
- Patientforløb med færre og bedre overgange
- Et styrket samlet primært sundhedsvæsen
- Bedre brug af ressourcer
- Øget brug af data, digitalisering og ny teknologi
- Styrket kvalitetsudvikling og forskning

Den overordnede retning for udviklingen er nedenfor omsat i konkrete udviklingsområder for almenmedicinske tilbud, som omfatter mulige kommende opgaver, potentielle ændringer i opgavevaretagelsen samt opgaver, der på sigt kan udgå.

De nævnte udviklingsområder er udtryk for faglige overvejelser om udvikling af almenmedicinske tilbud og politiske aftaler, som har betydning for indsatsen for udvalgte målgrupper i almenmedicinske tilbud over de kommende år. Det er ikke en udtømmende liste, og i takt med den faglige udvikling og politiske prioriteringer kan der på sigt komme nye udviklingsområder til.

Flere af de nævnte mulige udviklingsområder er allerede i gang i de almenmedicinske faglige miljøer. Udgangspunktet er dog meget forskelligt for de almenmedicinske klinikker, og den beskrevne udvikling er for ingen af områderne udbredt nationalt.

De fleste udviklingsområder vurderes hver især at kunne realiseres inden for en kortere årrække, men der forventes ikke at være kapacitet til at realisere alle udviklingsområder samtidig. Der vil derfor løbende, og i takt med kapacitetsøgning i almenmedicinske tilbud og den øvrige udvikling i sundhedsvæsenet, skulle tages stilling til, hvornår og i hvilket omfang udvikling af de enkelte områder kan iværksættes. Enkelte udviklingsområder forudsætter omfattende organisatoriske og driftsmæssige ændringer, herunder

ændrede rammevilkår eller teknologisk og kapacitetsmæssig udvikling, og vil derfor først kunne realiseres på længere sigt.

Ved opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion vil Sundhedsstyrelsen inddrage relevante aktører i regi af det rådgivende udvalg. På sigt kan de nævnte mulige udviklingsområder efter drøftelse i udvalget danne udgangspunkt for nye krav i takt med, at kapaciteten i almenmedicinske tilbud øges frem mod 2035. Forventeligt vil der på det tidspunkt være mindst 5000 speciallæger i almenmedicinske tilbud, cirka 1.500 flere end i dag.

4.1.1. Øget lighed i sundhed

Almenmedicinske tilbud har som indgang til sundhedsvæsenet og med deres kendskab til patienterne, en vigtig funktion i forhold til at øge ligheden i sundhed. Fremover kan klinikkerne i takt med kapacitetsøgningen styrke indsatsen for patienter med størst behov. Identifikation af udviklingsområder og tilrettelæggelse af konkrete indsatser vil ske på baggrund af analyser og involvering af faglige miljøer og øvrige aktører.

Udviklingsområder kan være:

- *Styrkelse af opsøgende indsatser:* Almenmedicinske tilbud varetager for nuværende populationsomsorg med opmærksomhed på opsporing, forebyggelse og tidlig indsats for patienter, som er i høj risiko for at udvikle sygdom eller forværring af sygdom. Det kan være relevant at undersøge, om indsatsen kan styrkes, eksempelvis med et bedre datagrundlag eller udvikling af flere systematisk opsøgende indsatser rettet mod specifikke målgrupper.
- *Differentiering:* Almenmedicinske tilbud arbejder i vid udstrækning med differentiering blandt andet som led i en personcentreret tilgang. Der kan være potentiale i at afdække, hvordan differentieringen kan styrkes og gøres mere systematisk. Og ligeledes hvordan der kan opnås en mere systematisk brug af hjælp til mestring og egenomsorg, med mulighed for at bruge flere ressourcer på de komplekse og sårbare patienter, som har størst behov.

Derudover vil arbejdet med populationsomsorg, kontinuitet og koordinering, særligt for patienter med særlige behov, også fremover bidrage til at øge lighed i sundhed.

4.1.2. Patientforløb med færre og bedre overgange

Almenmedicinske tilbud varetager udredning, behandling og opfølgning for en stor andel af patienterne. Fremover kan flere patientforløb, i takt med kapacitetsøgningen, håndteres samlet i almenmedicinske tilbud for at reducere kompleksiteten for patienten og opnå færre overgange.

Udviklingsområder kan være:

- *Øget udredning, behandling og opfølgning i almenmedicinske tilbud:* I takt med kapacitetsøgning og kompetenceudvikling vil der være patientgrupper, hvor hele eller dele af udredning, behandling og opfølgning, fremover hensigtsmæssigt kan varetages i almenmedicinske tilbud. Der kan tages udgangspunkt i en gennemgang af hovedfunktionsniveauet for de enkelte specialer med henblik på, om der er opgaver der kan varetages i almenmedicinske tilbud, hvilket blandt andet sker i regi af arbejdet med de nye specialebeskrivelser. Desuden kan den faglige udvikling betyde, at helt nye opgaver og målgrupper fremover med fordel kan varetages i almenmedicinske

tilbud. Der kan også løbende komme nye politiske prioriteringer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om styrkelse af indsatsen for udvalgte målgrupper.

- *Henvisning til genoptræning:* I forbindelse med at almenmedicinske tilbud på sigt varetager en større del af patientforløbene, kan det være hensigtsmæssigt, at der gives mulighed for at almenmedicinske tilbud, i tillæg til sygehusene, kan henvise til genoptræning i kommunerne.
- *Styrkede muligheder for fælles konsultation:* Fælles videokonsultationer, eksempelvis med speciallægen på sygehus sammen med patienten og speciallægen i det almenmedicinske tilbud, kan understøtte at patientforløb kan håndteres samlet i det almenmedicinske tilbud. På baggrund af erfaringer fra pilotprojekter og lokale forsøgsordninger kan modeller for fælles videokonsultationer implementeres bredt.
- *Øget tilgængelighed i almenmedicinske tilbud:* I takt med at kapaciteten i de almenmedicinske tilbud øges frem mod 2035 vil basal tilgængelighed og åbningstid i basisfunktionen skulle øges. Udvikling af tilgængelighed i almenmedicinske tilbud skal ses i sammenhæng med kapacitet og den samlede planlægning i sundhedsvæsenet, herunder lægevagtsordningerne.

Derudover vil arbejdet med visitation, koordination og samarbejde med kommuner, sygehuse og den øvrige praksissektor også bidrage til bedre sammenhæng i patientforløb.

4.1.3. Et styrket samlet primært sundhedsvæsen

Almenmedicinske tilbud og speciallægen i almen medicin kan, i takt med kapacitetsøgningen, få en mere aktiv rolle i samarbejdet med det øvrige primære sundhedsvæsen, som den centrale lægefaglige kompetence.

Udviklingsområder kan være:

- *Øget tilgængelighed mellem almenmedicinske tilbud og kommuner:* Almenmedicinske tilbud og speciallæger i almen medicin vil være den primære lægefaglige samarbejdspartner for det kommunale sundheds-, ældre-, social- og beskæftigelsesområde. En øget gensidig tilgængelighed, både mulighed for telefonisk kontakt, videokontakt og deltagelse i tværfaglige møder, kan understøtte samarbejdet og koordination af komplekse behandlingsforløb.
- *Mere hjemmebehandling:* Flere behandlinger, forventes gradvist at kunne tilbydes i patientens eget hjem, blandt andet ved brug af digitale løsninger. Almenmedicinske tilbud kan, i det omfang det er fagligt hensigtsmæssigt, stå for behandling i eget hjem, understøttet af kommunal sygepleje og akutsygepleje samt adgang til relevante støttefunktioner, herunder diagnostik, monitorering og specialistbistand.

Herudover vil det eksisterende samarbejde, eksempelvis om fasttilknyttede læger på plejehjem og hjemmebehandling i forbindelse med palliation, fortsætte og danne grundlag for udviklingen.

4.1.4. Bedre brug af ressourcer

Ressourcerne i almenmedicinske tilbud skal anvendes hensigtsmæssigt, hvor de giver sundhedsmæssig værdi og gør størst gavn for patienterne. Selvom der sker en kapacitetsøgning, vil der fremover også være behov for løbende at tilpasse arbejdsdelingen mellem aktører i sundhedsvæsenet og tilstødende områder.

Udviklingsområder kan være:

- *Henvisning til fysioterapi:* Almenmedicinske tilbud vurderer aktuelt patienter før henvisning til tilskudsberettiget fysioterapi, men forsøg med fysioterapi uden henvisning har vist, at patienterne oftest selv kan vurdere behovet. Regelsættet kan ændres, så patienter får adgang til fysioterapi uden forudgående henvisning fra almenmedicinske tilbud.
- *Visitation for private sundhedsforsikringer.* Almenmedicinske tilbud har kontakter med patienter, som beder om henvisning til undersøgelser og behandlinger, som ikke er dækket af den offentlige sygesikring men udelukkende bruges af private sundhedsforsikringer. Det kan på sigt undersøges, om der kan findes løsninger hvor visitationen varetages uden involvering af de almenmedicinske tilbud.
- *Varetagelse af forebyggende børneundersøgelser.* Indsatsen kan differentieres ud fra familiens behov, og der kan ske en øget inddragelse af praksispersonale i almenmedicinske tilbud og samarbejde med sundhedsplejen.
- *Prioritering af henvendelser og opgaver:* Almenmedicinske tilbud og regionen som ansvarlig myndighed kan løbende forholde sig til om der er opgaver eller kontakter, som ikke giver sundhedsmæssig værdi for patienten, og/eller som mere hensigtsmæssigt kan varetages af andre aktører i eller udenfor sundhedsvæsenet, eventuelt i civilsamfundet.
- *Færre udstedelser af attester i almenmedicinske tilbud.* Nogle attester, som i dag udstedes i almenmedicinske tilbud, kræver ikke almenmedicinske kompetencer. En forandring af området forudsætter dog ændringer i vejledninger, bekendtgørelser og praksis for sagsbehandling, eksempelvis ved vurdering af behov for hjælp og støtte.
- *Dosispakket medicin:* Almenmedicinske tilbud skal aktuelt involveres, før en patient kan få sin medicin dosispakket. Regelsættet kan ændres, så apoteker får mulighed for selv at iværksætte dosispakket medicin, hvilket kan frigive ressourcer i almenmedicinske tilbud.

Nogle af disse rækker ud over sundhedsvæsenet eller kræver, at nogle forudsætninger først bringes på plads, hvilket kan tage tid. Et første skridt kan derfor være sonderinger eller foranalyser.

4.1.5. Øget brug af data og digitalisering

Almenmedicinske tilbud arbejder med data til at understøtte patientbehandling, overblik over patientpopulation og til kvalitetsudvikling i kvalitetsklyngerne, samt udnytter digitale løsninger til blandt andet at tilbyde videokonsultationer og dele oplysninger om eksempelvis diagnoser i samlede patientforløb. Fremover kan almenmedicinske tilbud i endnu højere grad arbejde dataunderstøttet og med benyttelse af nye muligheder i digitale løsninger.

Udviklingsområder kan være:

- *Lettere overblik over den almenmedicinske kliniks egen population gennem data:* Data for klinikens egen populations sundhed og risikofaktorer, kan understøtte almenmedicinske tilbuds populationsomsorg, tidlig opsporing og opsøgende indsatser samt kvalitetsudvikling. Et bedre overblik kan endvidere understøtte koordinering af forløb for den enkelte patient.
- *Udvikling og implementering af digitale løsninger:* Nye teknologier og omkostningseffektivt apparatur kan udbredes, hvor behovet er størst. Almenmedicinske tilbud kan eksempelvis benytte AI til understøttelse af dokumentation, herunder generering af strukturerede data. Der er endvidere muligheder i AI til beslutningsstøtte i forbindelse med udredning, behandling og visitation.
- *Digital først:* Teknologier tages i brug, så patienter kan vælge digitale løsninger til kontakt, undersøgelser, behandlinger og opfølgning, eksempelvis videokonsultationer, hjemmebehandlingsudstyr, herunder til forebyggende indsatser.

Udviklingen af digitale løsninger går hurtigt, og der kan på sigt vise sig flere nye mulige udviklingsområder for almenmedicinske tilbud. Udvikling, ibrugtagning, udbredelse mv. kan ske lokalt og for nogle løsninger vil der være koordination nationalt.

4.1.6. **Styrket kvalitetsudvikling og forskning**

Almenmedicinske tilbud kan i takt med kapacitetsøgningen i højere grad bidrage aktivt til at udvikle og formidle ny viden som led i den faglige udvikling.

Udviklingsområder kan være:

- *Øget deltagelse i forskning.* Det kan styrke forskningen i almenmedicinske tilbud, indsatser i det primære sundhedsvæsen og tværsektorielle indsatser, at en større andel af almenmedicinske tilbud deltager i forskning gennem bidrag af data, besvarelse af surveys eller deltagelse i interventionsstudier.
- *Flere og bedre kliniske retningslinjer.* Kvalitet i indsatsen i almenmedicinske tilbud kan understøttes gennem faglige kliniske retningslinjer målrettet almenmedicinske tilbud, som er udarbejdet i samarbejde mellem speciallæger i almen medicin og andre relevante specialer.

Forskning og kvalitetsudvikling er en forudsætning for at almenmedicinske tilbud fremover kan varetage en større del af patientforløbet.

5. Implementering, opfølgning og plan for opdateringer

Implementeringen af den nationale opgavebeskrivelse markerer et nyt styrings- og udviklingsspor for almenmedicinske tilbud. Den gennemføres i sammenhæng med implementeringen af en række andre initiativer, der samlet skal styrke styring og udvikling af almenmedicinske tilbud, herunder den nationale sundhedsplan, fordelingsmodellen for lægekapaciteter og en ny honorarstruktur.

For at opgavebeskrivelsen kan fungere og omsættes i praksis, skal der ske en række ændringer i organisering, samarbejde og faglig praksis i både de almenmedicinske klinikker og regionerne. Det er en ledelsesopgave, der skal løses i regionerne i tæt samspil med de almenmedicinske klinikker og mellem faglige miljøer, kommunale aktører og nationale myndigheder.

Formålet er at skabe en sammenhængende udvikling af almenmedicinske tilbud på tværs af landet samtidig med, at der sker en lokal tilpasning, så løsningerne afspejler lokale og klinisknære behov.

I det følgende beskrives

- Rammer for implementering af opgavebeskrivelsen
- Planer for national opfølgning på krav og resultater
- Planer for opdatering af opgavebeskrivelsen

Opfølgningen på implementeringen skal understøtte, at opgavebeskrivelsens intentioner omsættes til praksis, og at der løbende kan foretages faglige og organisatoriske justeringer på baggrund af erfaringer, data og evalueringer. I takt med at udviklingen skrider frem, vil opgavebeskrivelsen blive opdateret, så den fortsat afspejler udviklingen i praksis og understøtter et velfungerende og tidssvarende almenmedicinsk tilbud. Rammer og planer for dette er under udarbejdelse og vil blive foldet yderligere ud i løbet af 2026.

5.1. Implementering

Implementering af den nationale opgavebeskrivelse indledes i perioden frem mod opgavebeskrivelsens ikrafttrædelse per 1. januar 2027.

Implementeringen drives af regionerne, som har ansvaret for, at planlægning og kapacitetsstyring sker i overensstemmelse med den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter og krav, der følger af opgavebeskrivelsen og øvrige tiltag, som er beskrevet i Aftale om sundhedsreform 2024. Herved understøttes en lokal planlægning og tilpasning af opgaveløsningen inden for en nationalt fastsat ramme. Ligeledes planlægger de enkelte almenmedicinske klinikker deres egen implementering af basisfunktionen. Fra nationalt hold vil implementeringen blive understøttet gennem forskellige initiativer. Blandt andet er der nedsat et implementeringspartnerskab om Aftale om sundhedsreform 2024, som samler aktører fra stat, regioner og kommuner. Partnerskabet skal understøtte tværgående dialog og samarbejde om implementeringen af centrale dele af Aftale om sundhedsreform 2024, herunder ændringer i relation til almenmedicinske tilbud.

5.2. Opfølgning

En systematisk opfølgning på implementeringen af opgavebeskrivelsen baseret på erfaringer, data og evalueringer, er en forudsætning for at følge, om de faglige og organisatoriske ambitioner bag forandringerne realiseres skridt for skridt, og om de forventede gevinster i form af bedre sammenhæng, kvalitet og kapacitetsudnyttelse faktisk opnås. Opfølgningen skaber et fælles grundlag for løbende justeringer og prioriteringer i udviklingen af almenmedicinske tilbud.

Opfølgningen på opgavebeskrivelsen vil have fokus på, om regioner og klinikker udfører de beskrevne opgaver og funktioner samt, om der sker en udvikling i kvaliteten af de leverede indsatser, særligt inden for de områder, der afspejler ambitionerne bag reformen, herunder multisygdom og komplekse patienter, differentiering, forskning og kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Brug af data og indsigter til den nationale opfølgning vil ske i sammenhæng med øvrig indsamling af data på tværs af sundhedsvæsenet, blandt andet nationale mål, national sundhedsplan, 10 års plan for psykiatri, pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom mv. Data og indikatorer til den nationale opfølgning vil blive fastlagt i løbet af 2026, inden den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion træder i kraft den 1. januar 2027.

5.2.1. Registrering og indberetning af data

Med omstillingen til det primære sundhedsvæsen og styrkede almenmedicinske tilbud vil der være behov for et nyt og bredere datagrundlag, som i tillæg til udviklingen i opgaveløsning og ressourcer kan belyse kvaliteten af indsatserne. Strukturerede data er en forudsætning for denne monitorering, mere forskning og kvalitetsudvikling samt understøttelse af bedre forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

Afregningsdata fra den nuværende honorarstruktur er i dag væsentlige for at opgøre aktiviteten i almenmedicinske tilbud, og at opgøre om specifikke tilbud så som børneundersøgelser, sundhedstjek til borgere på botilbud, videokonsultationer m.v. benyttes af patienterne. Med en ny forenklet honorarstruktur vil ydelsesdata forventeligt også blive mindre detaljerede, og der er derfor behov for at finde alternative datakilder. Det vil være hensigtsmæssigt, at der fremover sker systematisk registrering af ICPC-koder i almenmedicinske klinikker, så dette kan være et supplerende datagrundlag.

Sideløbende arbejder Digital Sundhed Danmark med at etablere strategier for bedre datainfrastruktur for det primære sundhedsvæsen, som i de kommende år vil skabe forudsætninger for udvikling af databaseret opfølgning på den ønskede udvikling i sundhedsvæsenet. Endvidere vil Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet fra 2027 bidrage til arbejdet med at udvikle det databaserede grundlag for opfølgning på opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud gennem rådets løbende arbejde med kvalitetsudvikling og forskning på området.

Data skal indsamles og anvendes til monitorering og kvalitetsudvikling ud fra et princip om at undgå unødigt administrativ byrde for de enkelte almenmedicinske klinikker. Det skal undersøges, om relevant data kan tilvejebringes gennem data afledt af naturlige kliniske arbejdsgange eller om data på sigt kan udledes på baggrund af data fra digitale løsninger, der understøtter lægens arbejde. Kun hvis den nødvendige data ikke kan anskaffes grundet tekniske eller økonomiske parametre, kan det være nødvendigt med registrering, der ikke direkte er en del af den kliniske arbejdsgang.

Det er en forudsætning, at relevante nationale myndigheder får mulighed for at stille krav til indberetning af data, herunder til nationale registre, kvalitetsdatabaser m.v., og at IT-systemerne understøtter dataindsamling.

De tekniske løsninger skal understøtte integration til fælles platforme, adgang til relevante datakilder og understøttelse af tværsektorielt samarbejde og dokumentation. Dette indebærer klare snitflader og kædeansvar i forhold til driftsansvar, datakvalitet og support, så det almenmedicinske tilbud kan levere og anvende data som en integreret del af deres opgaveløsning.

5.2.2. Opbygning af vidensgrundlag

Den første version af opgavebeskrivelsen baserer sig på det eksisterende vidensgrundlag, som består af en lang række kilder, som fremgår af bilag 1. Tilsammen giver de et relativt dækkende billede af almen praksis' rolle, opgaveløsning og udviklingstendenser de seneste år. Der foreligger viden om struktur, organisering, praksisformer, opgavevaretagelse og samarbejde på tværs af sektorer, blandt andet gennem analyser fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstrukturkommissionen, DSAM og BDO. Der er desuden dokumenteret væsentlige udfordringer knyttet til kapacitet, lægedækning og behovet for øget opgavedelegeration.

Til gengæld er der begrænset og delvist forældet viden om den faktiske sygdoms- og kontaktmængde i almen praksis, herunder udviklingen i patienttyper, kontaktårsager og klinisk arbejdsbelastning. Den seneste omfattende kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse (KOS) er fra 2008, og der mangler aktuelt landsdækkende data på området. Den forventede KOS-rapport med nye nationale tal fra 2025 vurderes derfor at kunne udfylde et væsentligt videnshul og bidrage til et mere opdateret og repræsentativt billede af almen praksis' opgaver og patientpopulation.

Derudover vil en forventet udarbejdelse af en specialebeskrivelse for almen medicin bidrage til yderligere opbygning af vidensgrundlag.

5.3. Plan for opdateringer af opgavebeskrivelsen

Sundhedsstyrelsen opdaterer opgavebeskrivelsen, så den understøtter den udvikling af almenmedicinske tilbud, der skal ske i takt med, at kapacitet, ressourcer og kompetencer udbygges og opdateres.

Fremtidige opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse gennemføres hvert fjerde år med mulighed for mindre tilpasninger hvert andet år. Rettelser af faktuelle fejl, præciseringer eller ændringer eksempelvis som konsekvens af ændringer i relaterede udgivelser kan, hvor det vurderes nødvendigt, gennemføres imellem de planlagte opdateringer.

Opdateringerne sker i samarbejde med relevante myndigheder og faglige aktører og organisationer. Et rådgivende udvalg bestående af blandt andre Dansk Selskab for Almen Medicin, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, regioner, kommuner og patientforeninger rådgiver Sundhedsstyrelsen om fastlæggelse og fremadrettede tilpasninger samt opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse. Ved større ændringer inddrages Fagligt råd. Den konkrete proces for opdateringer skal fastlægges af Sundhedsstyrelsen ved bekendtgørelse.

Opdateringerne skal afspejle den strategisk retning, der er fastlagt i den nationale sundhedsplan, beslutninger om opgaveplacering mellem almenmedicinske tilbud og andre dele af sundhedsvæsenet samt erfaringer fra den hidtidige implementering. De vil desuden tage udgangspunkt i befolkningens

demografi og sygelighed, behandlingsmæssige og teknologiske muligheder samt kapaciteten og kompetencerne i det almenmedicinske tilbud.

En opdatering kan indeholde nye krav til opgaver, samarbejdsformer eller faglig udvikling, der skal implementeres inden for en fastsat periode, så det almenmedicinske tilbud kan tilpasse organisering og opgavevaretagelse. Tilsvarende kan opgaver, som ikke længere vurderes relevante, udgå af opgavebeskrivelsen. På sigt kan der med fordel udarbejdes en beskrivelse af specialets almen medicins kerneopgaver til at supplere opgavebeskrivelsen.

For hver opdatering fastlægges, med inddragelse af det rådgivende udvalg, en implementeringsperiode for nye krav og opgaver, der giver regioner og klinikker mulighed for at tilpasse organiseringen og opgavevaretagelsen.

HØRINGSUDKAST

6. Bilag

6.1. Bilag 1: Opgavebeskrivelsens vidensgrundlag

Opgavebeskrivelse er udarbejdet på baggrund af en række rapporter og analyser, som vurderes at være relevante for rapportens formål. Litteraturen er nøje udvalgt, men ikke identificeret via en systematisk literatursøgning efter viden om det almenmedicinske tilbuds samlede aktiviteter og opgaveløsning. Det betyder, at der kan være emner eller perspektiver, som ikke er dækket, og at der kan mangle nyere eller relevante kilder.

Som led i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, blev der gennemført forskellige afdækninger af opgaveløsningen i det almenmedicinske tilbud og omstilling af sundhedsvæsenet, blandt andet 'Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis' (BDO, 2023) ligesom Sundhedsstyrelsen udarbejdede 'Foranalyse af den fremtidige opgaveløsning i almenmedicinske tilbud' (2022). Opgavebeskrivelsen baserer sig blandt andet på viden fra disse publikationer, sammen med bidrag fra Dansk Selskab for Almen Medicin, herunder 'Opgaverne for almen praksis' (2024).

I 2008 blev der gennemført en analyse af kontakt- og sygdomsmønstre blandt alle praktiserende læger med ydernummer i Region Midtjylland. Der foreligger på nuværende tidspunkt ikke en nyere og national repræsentativ undersøgelse, men Sundhedsstyrelsen vurderer, at tendenserne i undersøgelsens resultat i nogen grad stadig er retvisende, hvorfor denne undersøgelse ligeledes er blevet inddraget i udarbejdelsen af Opgavebeskrivelsen. Det forventes, at der i 2026 lanceres en ny KOS-rapport med opdaterede nationale data, som vil kunne bidrage til at nuancere og supplere den eksisterende viden, blandt andet om plejehjemslæger og hjemmebesøg på botilbud.

Sundhedsstyrelsen har desuden nedsat en følgegruppe til at vejlede og kvalificere udarbejdelsen af Opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud (se bilag x og x).

Nedenfor beskrives inddragede baggrundslitteratur nærmere:

Aarhus Universitet: Kontakt- og Sygdomsmønstreundersøgelse (KOS), 2008

Rapporten præsenterer en omfattende undersøgelse af kontakt- og sygdomsmønstre i almen praksis i Region Midtjylland, kendt som KOS 2008. Denne rapport, der er en opdatering af tidligere undersøgelser, beskriver de overordnede resultater baseret på registreringer fra alment praktiserende læger og klinikpersonale i 2008. Hovedfokus er på at kvantificere en gennemsnitlig praktiserende læges aktiviteter, herunder antal kontakter med patienter, årsager til patienters henvendelser og deres diagnoser, ved brug af ICD-koder for at muliggøre sammenligning med data fra 1993. Desuden analyseres involveringen af klinikpersonale, patienternes kroniske lidelser og den oplevede tyngde af kontakterne. Undersøgelsen fremhæver et skift mod flere ældre patienter og opfølgende kontakter siden 1993, hvilket afspejler demografiske ændringer og den øgede håndtering af kroniske lidelser i almen praksis.

BDO: Analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis, 2023

Rapporten præsenterer en omfattende analyse af udviklingen i opgaveløsningen i almen praksis i Danmark, udarbejdet af BDO for Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Analysen kortlægger eksisterende praksis, variationer og forskelle i opgavevaretagelsen mellem almen praksis klinikker samt barrierer og

muligheder for at indføre nye opgaver i tråd med den politiske aftalte retning og Aftale om sundhedsreform 2024 ambitioner om et styrket nært sundhedsvæsen. Gennem en kombination af kvantitative data (registerdata og spørgeskemaer) og kvalitative data (praksisbesøg, interviews og workshops) undersøges temaer som lægedækning, nye ydelser, tilgængelighed, gatekeeperfunktion, bemanning og samarbejdet med kommuner og sygehuse. Rapporten konkluderer, at utilstrækkelig kapacitet (tid) er den væsentligste barriere for at indoptage nye opgaver, og at der er betydelig variation i opgaveløsning og delegation af opgaver til praksispersonale på tværs af klinikker, hvilket påvirker borgernes adgang til ensartet sundhedsydelser. Desuden perspektiveres de danske fund med internationale inspirationscases fra blandt andet Holland, Norge, Sverige og England.

DO: Kortlægning af udvikling i praksisformer i almen praksis, 2023

Rapporten udgør uddrag fra en omfattende kortlægning af udviklingen i praksisformer i almen praksis i Danmark, udarbejdet af BDO for Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Rapporten har til formål at skabe et overblik over de forskellige praksisformer, deres karakteristika og udviklingen i perioden 2017-2022, især med fokus på at styrke lægedækningen og kapaciteten i det nære sundhedsvæsen. Gennem brug af kvantitative data (registerdata og spørgeskemaer) og kvalitative analyser (interviews og praksisbesøg) sammenlignes traditionelle praksisformer som kompagniskabspraksis og solopraksis med nyere modeller som partnerskabsklinikker og regionsklinikker. Et centralt fund er, at to tredjedele af patienter er tilknyttet et kompagniskabspraksis, som derved er den dominerende form, men der sker en tendens mod større praksis (flere patienter tilmeldt samme ydernummer) og nogle steder øget opgavedelegation til praksispersonale for at frigøre lægekapacitet. Samme udvikling ses også i sammenligningslande. Kortlægningen belyser også variationer i tilgængelighed, bemanning og økonomisk honorering på tværs af de forskellige praksisformer.

DSAM: Opgaverne for almen praksis, 2023

Denne rapport definerer almen medicin som et helhedsorienteret speciale og understreger dets betydning for sundhedsvæsenet, især i lyset af en aldrende befolkning. I rapporten diskuteres de principper, der afgør, hvilke opgaver der bedst løses i almen praksis, herunder hensynet til patientens bedste og rationel ressourceudnyttelse. Et væsentligt element er beskrivelsen af en "common trunk", som er de standardydelser og det udstyr, man som udgangspunkt kan forvente, at alle lægehuse varetager, opdelt efter forskellige konsultationstyper. Endelig indeholder rapporten et bilag, der giver et overblik over de regionale ordninger for kvalitetssikring og laboratorietilbud i almen praksis i marts 2023.

Sundhedsstyrelsen: Foranalyse af den fremtidige opgaveløsning i almen medicinske tilbud, 2023

I denne rapport identificeres centrale udfordringer for det almen medicinske tilbud, som følge af demografiske ændringer og en stigning i patienter med kronisk sygdom, psykisk sygdom og multisygdom. Analysen foreslår en omstilling til det primære sundhedsvæsen, hvor almen praksis overtager en større andel af patientforløbene for specifikke sygdomsgrupper, som KOL, type-2 diabetes og hjertesygdomme. Endvidere beskriver rapporten de nødvendige forudsætninger for ændret opgavevaretagelse, herunder styrkede kompetencer, bedre tværsektorielt samarbejde med kommuner og regioner, samt en ensartet og databaseret tilgang på tværs af landet. Overordnet sætter analysen rammen for, hvordan speciallæger i almen medicin skal fungere som den centrale behandlingsansvarlige i fremtidens sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionen: Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport, 2024

Denne baggrundsrapport giver en detaljeret analyse af det danske sundhedsvæsens struktur, økonomi og udfordringer. Rapporten kortlægger for almen praksis regulering, organisering og økonomisk styring af det almenmedicinske tilbud, herunder honorarstruktur, opgaveløsning og aktuelle udviklingstendenser. Den beskriver og analyserer samarbejdsstrukturer mellem sektorerne og styringsmæssige udfordringer

samt dataanvendelse og digitalisering, som har betydning for samarbejdet mellem almen praksis og øvrige dele af sundhedsvæsenet.

6.1.1. Opsamling

Det eksisterende vidensgrundlag giver et relativt dækkende billede af almen praksis' rolle, opgaveløsning og udviklingstendenser de seneste år. Der foreligger viden om struktur, organisering, praksisformer, opgavevaretagelse og samarbejde på tværs af sektorer, blandt andet gennem analyser fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstrukturkommissionen, DSAM og BDO. Der er desuden dokumenteret væsentlige udfordringer knyttet til kapacitet, lægedækning og behovet for øget opgavedelegation.

Til gengæld er der begrænset og delvist forældet viden om den faktiske sygdoms- og kontaktmængde i almen praksis, herunder udviklingen i patienttyper, kontaktårsager og klinisk arbejdsbelastning. Den seneste omfattende kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse (KOS) er fra 2008, og der mangler aktuelt landsdækkende data på området. Den forventede KOS-rapport med nye nationale tal fra 2025 vurderes derfor at kunne udfylde et væsentligt videnshul og bidrage til et mere opdateret og repræsentativt billede af almen praksis' opgaver og patientpopulation.