



SUNDHEDSSTYRELSEN

Sundhed for alle ♥ + ●

SUNDHEDSREFORMEN

NATIONAL OPGAVEBESKRIVELSE FOR ALMEN- MEDICINSKE TILBUD

**NATIONAL OPGAVEBESKRIVELSE FOR
ALMENMEDICINSKE TILBUD**

©Sundhedsstyrelsen 2026

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

ISBN: 978-87-7014-694-4 (elektronisk)

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Februar 2026

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKTION	6
1.1. Formål	6
1.2. Læsevejledning	8
1.2.1. Opgavebeskrivelsen som ramme for faglig opgaveløsning	8
1.2.2. Anvendelse af begreber og krav	8
1.3. Opgavebeskrivelsen i den samlede styringsramme	9
1.3.1. National udviklings- og styringsramme	9
1.3.2. Rammer for lokal planlægning	10
2. MYNDIGHEDSANSVAR	12
2.1. Faglig ledelse og samarbejde	12
2.1.1. Tværsektorielt samarbejde	13
2.1.2. Kvalitetsudvikling	14
2.1.3. Faglige kliniske retningslinjer	15
2.1.4. Efteruddannelse	15
2.1.5. Forskning	16
2.2. Understøttelse af opgavevaretagelse og patientforløb	16
2.2.1. Diagnostiske undersøgelser	16
2.2.2. Henvísninger og epikriser	16
2.2.3. Gensidig faglig sparring og rådgivning	17
2.2.4. Teknisk administrativ støtte	18
2.3. Opgaver ud over basisfunktion	18
2.3.1. Almenmedicinske tilbud ud over basisfunktionen	18
2.3.2. Fasttilknyttede læger på plejehjem, botilbud og sundheds- og omsorgspladser	19
2.3.3. Lægevagtsordning	19
3. BASISFUNKTION	21
3.1. Målgruppen for almenmedicinske tilbud og specialet almen medicin	21
3.2. Patientrettede funktioner	22
3.2.1. Udredning, behandling og opfølgning	22
3.2.2. Forebyggelse	22
3.2.3. Klinisk vurdering og visitation	23
3.2.4. Basal palliation	24
3.2.5. Koordination	24
3.2.6. Kontinuitet	25

3.2.7. Populationsomsorg	25
3.3. Basal tilgængelighed.....	26
3.4. Samarbejde	27
3.4.1. Samarbejde med kommuner	27
3.4.2. Samarbejde med sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor.....	28
3.5. Kompetencer, udstyr og øvrige funktioner	28
3.5.1. Kompetencer	28
3.5.2. Udstyr	29
3.5.3. Kvalitetsudvikling og forskning	29
3.5.4. Uddannelse af læger og speciallæger	29
3.6. Opgaver i relation til udvalgte målgrupper	30
3.6.1. Pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom.....	30
3.6.2. Udredning af demens.....	31
3.6.3. Opfølgning efter kræftforløb.....	31
4. UDVIKLING OG ÆNDRET OPGAVEVARETAGELSE	33
4.1. Sigtelinjer for udvikling af almenmedicinske tilbud	33
4.1.1. Øget lighed i sundhed	34
4.1.2. Patientforløb med færre og bedre overgange.....	34
4.1.3. Et styrket samlet primært sundhedsvæsen.....	35
4.1.4. Bedre brug af ressourcer	35
4.1.5. Øget brug af data, digitalisering og relevant teknologi.....	36
4.1.6. Styrket kvalitetsudvikling og forskning	37
5. IMPLEMENTERING, OPFØLGNING OG PLAN FOR OPDATERINGER.....	39
5.1. Implementering	39
5.2. Opfølgning	39
5.2.1. Registrering og indberetning af data	40
5.2.2. Opbygning af vidensgrundlag	40
5.3. Plan for opdateringer af opgavebeskrivelsen	41
BILAGSFORTEGNELSE	43
Bilag 1. Opgavebeskrivelsens vidensgrundlag	44
Bilag 2. Kommissorium: Følgegruppe for national fastsat opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.....	46
Bilag 3. Følgegruppens sammensætning	48



1

INTRODUKTION

1. INTRODUKTION

1.1. 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 patienterne 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 med én eller flere kroniske sygdomme markant. Disse patienter vil i mange tilfælde have størst gavn af, at behandlingen er forankret i tilbud, som kan bidrage til kontinuitet i relationen mellem læge og patient. Derfor skal 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.

Som led i denne omstilling etableres en national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. Formålet med en opgavebeskrivelse og basisfunktion for almenmedicinske tilbud er at skabe grundlag for en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af almenmedicinske tilbud, bedre samarbejde og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb, og for at gennemføre en faglig og organisatorisk udvikling af almenmedicinske tilbud. Samlet set skal opgavebeskrivelsen og basisfunktionen sikre tydelighed om prioriteter og retning for almenmedicinske tilbud og stille krav til funktioner, opgaver og kompetencer, som vil gøre det lettere for den enkelte klinik at tilrettelægge indsatsen. Opgavebeskrivelsen vil endvidere danne grundlag for, at regionerne bedre kan lave opfølgning på opgaveløsningen i de enkelte klinikker.

Sundhedsstyrelsen har med sundhedsloven § 57 l, stk. 1 fået ansvar for at fastlægge opgaver og krav til almenmedicinske tilbud i en national opgavebeskrivelse, med inddragelse af relevante aktører. Opgavebeskrivelsen indeholder ambitiøse sigtelin-

jer for udviklingen af almenmedicinske tilbud på sigt i takt med den forventede kapacitetsøgning. For at tage højde for nuværende forudsætninger og kapaciteten i almenmedicinske tilbud, og dermed en realisering af sigtelinjerne, tager beskrivelsen af opgaver og krav i denne første udgave af opgavebeskrivelsen på flere punkter afsæt i eksisterende praksis og aftaler.

Regionerne har som myndighed ansvaret for at tilvejebringe og tilrettelægge det samlede almenmedicinske tilbud i henhold til 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 sigtelinjer, som afspejler Sundhedsstyrelsens faglige ambitioner for udviklingen af almenmedicinske tilbud over tid i takt med den forventede kapacitetsudvidelse, som på sigt kan indgå som krav ved kommende opdateringer af opgavebeskrivelsen.

Sundhedsstyrelsens opdateringer af opgavebeskrivelsen vil ske med inddragelse af relevante faglige aktører for almenmedicinske tilbud, heriblandt Praktiserende Lægers Organisation, lægefaglige selskaber såsom Dansk Selskab for Almen Medicin, regioner, kommuner og patientforeninger m.fl. i et rådgivende udvalg.¹ Det rådgivende udvalg vil blandt andet skulle rådgive Sundhedsstyrelsen om indhold i og omfang af krav og opgaver, udviklingsområder og samarbejdsflader for almenmedicinske tilbud samt bidrage til at kvalificere det faglige grundlag for opgavebeskrivelsen.

For at sikre sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens arbejde med opgavebeskrivelsen samt arbejdet med kvalitet, efteruddannelse og forskning i almenmedicinske tilbud etableres Fagligt råd for forskning, efteruddannelse og kvalitet, der får til

¹ Jf. Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud, regeringen og Praktiserende Lægers Organisation, 2025.

opgave at pege på kliniske retningslinjer, kvalitetspakker til klyngernes arbejde samt efteruddannelsestilbud, der bør udarbejdes.² Herved har Fagligt råd en afgørende rolle i forhold til at styrke samarbejdet mellem relevante aktører og bidrage til at sætte en faglig retning for almenmedicinske tilbud ved at sikre, at opgavebeskrivelsen hviler på et sammenhængende og koordineret fagligt grundlag. Det faglige råd består af 8 medlemmer, hvor 2 repræsentanter udpeges af henholdsvis DSAM, PLO og Danske Regioner, 1 medlem udpeges af Sundhedsstyrelsen, og 1 medlem udpeges af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Fagligt råd har en central rolle i at vurdere hvilke væsentlige justeringer i opgavebeskrivelsen, der skal medføre genforhandling af de økonomiske vilkår mellem parterne. Sundhedsstyrelsens repræsentant er formand for Fagligt råd. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende.

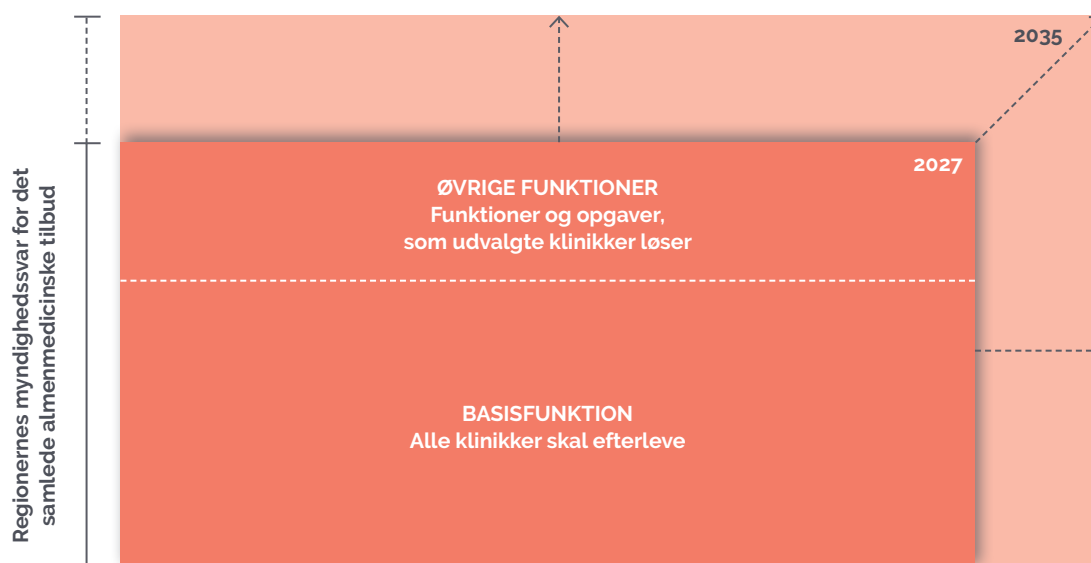
Den nationale opgavebeskrivelse og basisfunktion skal understøtte den faglige og organisatoriske udvikling af almenmedicinske tilbud og bidrage til omstillingen af sundhedsvæsenet i takt med, at kapaciteten styrkes, og antallet af speciallæger

i almen medicin i almenmedicinske tilbud gradvist øges til mindst 5.000 frem mod 2035. Figur 1 illustrerer forholdet mellem basisfunktion og øvrige funktioner i det samlede almenmedicinske tilbud, som regionerne har ansvaret for at tilvejebringe.

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 Løn- 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.

Figur 1. Fordeling af funktioner i det samlede almenmedicinske tilbud



Figur 1 illustrerer almenmedicinske tilbuds samlede funktioner, henholdsvis basisfunktion og øvrige funktioner, og forholdet mellem disse, samt at regionerne har myndighedsansvar for det samlede almenmedicinske tilbud.

² Jf. Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud, regeringen og Praktiserende Lægers Organisation, 2025.

1.2. LÆSEVEJLEDNING

1.2.1. OPGAVEBESKRIVELSEN SOM RAMME FOR FAGLIG OPGADELØSNING

Opgavebeskrivelsen er et fagligt udviklings- og styringsredskab, der beskriver og afgrænser de samlede opgaver, som almenmedicinske tilbud skal varetage. Beskrivelserne skal læses i sammenhæng med gældende faglige standarder, kliniske retningslinjer og lovgivning.³ Opgavebeskrivelsen erstatter således ikke faglige vurderinger eller konkrete behandlingsanbefalinger, men etablerer en overordnet, fælles national ramme for opgaveløsningen gennem fastlæggelse af krav til funktioner og opgaver, der skal varetages i almenmedicinske tilbud.

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.

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.

1.2.2. ANVENDELSE AF BEGREBER OG KRAV

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 opgavebeskrivelsen og basisfunktionen med henblik på, at regionen kan yde borgerne lige adgang til almenmedicinske ydelser af ensartet kvalitet uanset geografi.

I kapitel 2 og 3 beskrives de nationalt gældende krav til henholdsvis regionerne som lokal myndighed for almenmedicinske tilbud og til de almenmedicinske klinikker, der indgår i basisfunktionen. De enkelte afsnit indeholder en fremhævet tekst, som sammenfatter de krav, der knytter sig til den pågældende opgave, samt en uddybende tekst. Den sammenfattende tekst og den tilhørende tekst udgør tilsammen det bindende krav.

Krav til de almenmedicinske klinikkers konkrete opgaver inden for patientrettede funktioner skal forstås sådan, at klinikkerne skal tilbyde og iværksætte de pågældende indsatser, når det efter en konkret faglig vurdering er relevant for den enkelte patient.

I opgavebeskrivelsen anvendes følgende formuleringer: *Skal* anvendes ved forhold, der forudsættes opfyldt, og *kan* anvendes ved muligheder eller eksempler, som ikke er påkrævede, men som kan være relevante i bestemte sammenhænge.

³ Eksempelvis Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledninger, Sundhedsstyrelsens nationale kliniske anbefalinger, autorisationsloven og Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler.

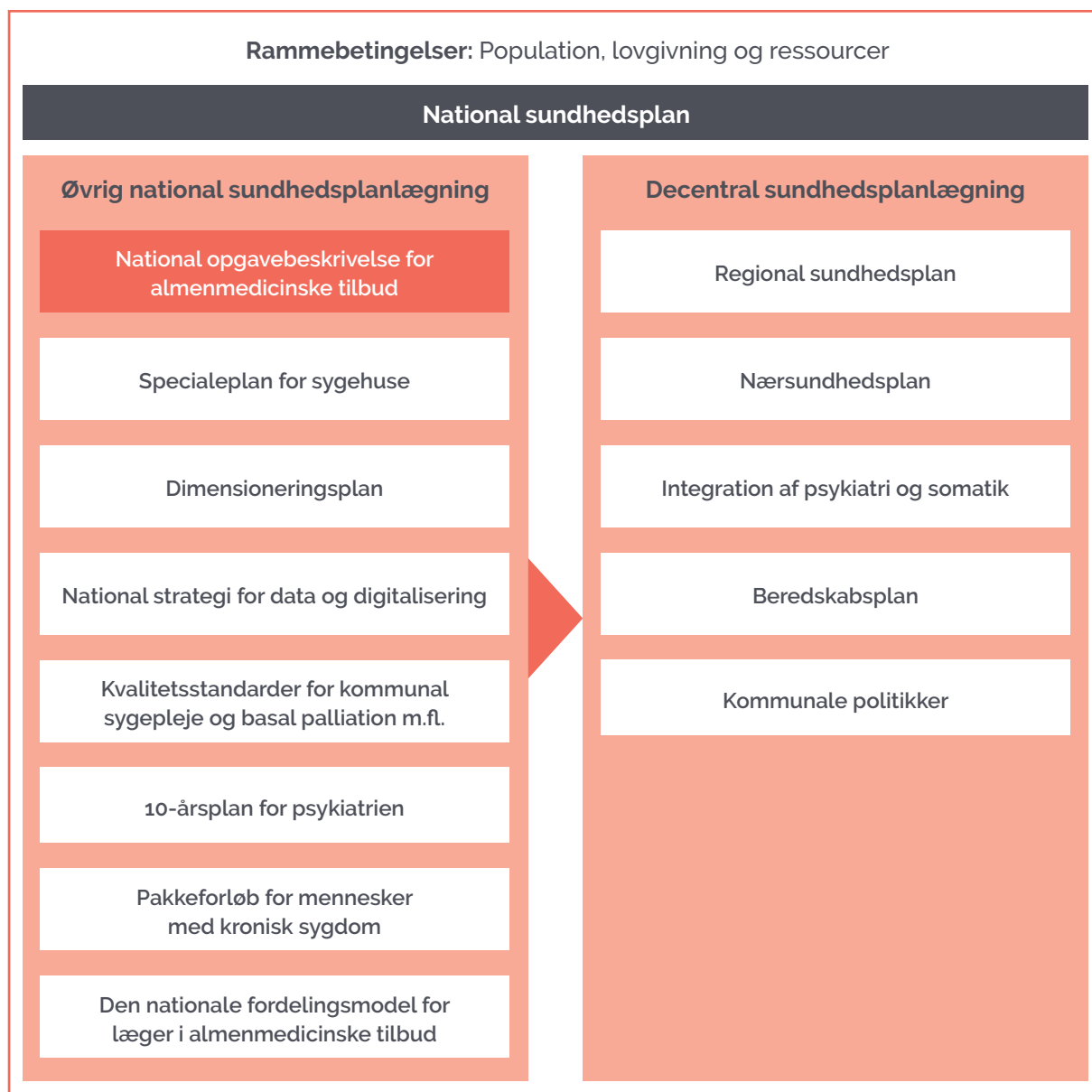
1.3. OPGAVEBESKRIVELSEN I DEN SAMLEDE STYRINGSRAMME

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.

1.3.1. NATIONAL UDVIKLINGS- OG STYRINGSRAMME

Med Aftale om sundhedsreform 2024 er der indført en række nationale styringsmekanismer, der på forskellig vis understøtter planlægning, styring og udvikling af det primære sundhedsvæsen, herunder almenmedicinske tilbud. Figur 2 illustrerer opgavebeskrivelsens sammenhæng med udvalgte øvrige nationale og decentrale sundhedsplaner og initiativer.

Figur 2. Opgavebeskrivelsens sammenhæng til udvalgte nationale initiativer og decentral planlægning.



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

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 med betydning for almenmedicinske tilbud, såsom pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, retningslinjer for speciallægepraksis, kvalitetsstandards, dimensioneringsplaner, initiativer vedrørende hjemmebehandling og akutberedskab samt national strategi for data og digitalisering samt patientrettigheder.

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 økonomi og vilkår for alment praktiserende læger, herunder en ny og differentieret honorarstruktur. Med udgangspunkt i opgavebeskrivelsen skal der fastlægges økonomi ved kontrakt for udbudsklinikker.

1.3.2. 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.

Den regionale sundhedsplan har fokus på den tværgående sundhedsplanlægning i regionen og de overordnede rammer for udviklingen af sygehusene og almenmedicinske tilbud, herunder den tværgående fordeling af kapacitet mellem sund-

hedsrådene, for at understøtte adgang til ensartet kvalitet på tværs. Regionsrådene vil ved udarbejdelse af regionale sundhedsplaner skulle sikre overensstemmelse med den nationale sundhedsplan, tage højde for den nationale opgavebeskrivelse og have samspillet mellem den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen for øje.

Den regionale sundhedsplan vil også forholde sig til udvikling, implementering og anvendelse af data samt digitale og teknologiske løsninger, herunder den regionale understøttelse og forventninger til leverandører mv. Det vil ske i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan, den nationale strategi for digitalisering og data, indenrigs- og sundhedsministerens nationale planlægningskompetence for digitalisering og data samt rammeaftalen.

Med afsæt i den nationale sundhedsplan og i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan, udarbejder sundhedsrådene i regionen en nærsundhedsplan for deres afgrænsede geografiske område. Nærsundhedsplanen skal tage højde for den nationale opgavebeskrivelse og konkret beskrive omstilling og udbygning af det primære sundhedsvæsen, samt 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 at understøtte tværsektorielt samarbejde, kvalitetsudvikling og lægedækning på plejehjem, kan eksempelvis indgå i nærsundhedsplanen.

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

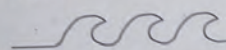
SUNDHEDSHUSET

Møllebjergvej 11

2. sal

1. sal

Stuen



Lægecenter Korsør

Lægerne

Helge Madsen - Berit Lassen - Helene Præstholt

KURSER TILBYR

Parterre

2

MYNDIGHEDS-
ANSVAR

2. MYNDIGHEDSANSVAR

Regionerne har ansvaret for at tilvejebringe og tilrettelægge det samlede almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i befolkningens behov for sundhedsydelser.⁴ 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.

Sundhedsrådene er regionernes stående udvalg på sundhedsområdet og består af folkevalgte repræsentanter fra regionen og folkevalgte repræsentanter fra kommunerne i sundhedsrådets geografiske område. Sundhedsrådene varetager - på vegne af og under regionsrådets ansvar - den umiddelbare forvaltning af regionens sundhedsopgaver inden for deres afgrænsede geografiske område. Det omfatter også et umiddelbart ansvar for almenmedicinske tilbud, herunder for den lokale planlægning og udvikling samt for regionens forpligtelser jf. sundhedsloven. Sundhedsrådene vil også understøtte tværsektorielt samarbejde ved at udpege og drøfte relevante samarbejder, som kan danne grundlag for konkrete aftaler om eksempelvis sammenhængende forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almenmedicinske tilbud. Sundhedsrådene skal systematisk inddrage patient- og pårørendeudvalgene eksempelvis i forbindelse med udarbejdelse af nærsundhedsplaner og tilsvarende større, planlægningsmæssige beslutninger i regionen.

Beskrivelsen af regionernes ansvar for almenmedicinske tilbud nedenfor omfatter også opgaver, der varetages af sundhedsrådene på vegne af og under regionsrådets ansvar.

Regionerne har ansvar for at levere indsatser i basisfunktionen samt ansvar for:

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

I det følgende foldes ansvarsområderne ud. Sundhedsstyrelsens langsigtede faglige ambitioner for udviklingen af almenmedicinske tilbud, i takt med den forventede kapacitetsøgning, skitseres i kapitel 4.

2.1. FAGLIG LEDELSE OG SAMARBEJDE

Regionen har 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. Sundhedsrådene varetager den umiddelbare forvaltning af regionens sundhedsopgaver inden for deres afgrænsede områder. 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 inden for 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 samlede sundhedsvæsen, som almenmedicinske tilbud er en del af. Regionens ledelse skal desuden understøtte den faglige udvikling af det almenmedicinske speciale med respekt for det, som Fagligt råd peger på i relation til forskning, efteruddannelse og kvalitet. Desuden skal den faglige ledelse udøves med afsæt i indsigt i det almenmedicinske speciale og i klinikkernes konkrete vilkår og praksis, så ledelsen kan indgå i reel faglig dialog med klinikerne, og beslutninger og prioriteringer hviler på et realistisk og fagligt funderet grundlag.

⁴ Jf. sundhedsloven § 57 l, stk. 2.

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:

- 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 inden for 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.⁵

Regionen kan støtte sig til:

- Opgaver og krav fastlagt i 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

Data om blandt andet aktivitet og kvalitet i klinikkerne skal være tilgængelige for regionerne, så de kan anvendes til den faglige ledelse samt til planlægning af driften af det samlede sundhedsvæsen.⁶

2.1.1. TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

Regionen skal fastlægge de overordnede rammer og sætte den strategiske retning for samarbejdet mellem klinikker i almenmedicinske tilbud og de øvrige dele af sundhedsvæsenet, som hører under regionens myndighedsansvar.

Regionen skal fastlægge rammerne for samarbejde med kommunerne.

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

Regionen er ansvarlig for at understøtte almenmedicinske tilbuds samarbejde om sammenhængende patientforløb og særlige indsatser, eksempelvis rationel brug af lægemidler, infektionsforebyggelse og patientsikkerhed, med de øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Inden for regionens eget myndighedsområde er det regionens ansvar at tilrettelægge og understøtte rammer, som fremmer udvikling, 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, tilrettelæggelse af kontaktfletter, identificering og håndtering af brud på patientforløb og tilvejebringelse af beslutningsgrundlag og fælles prioriteringer gennem data, faglige netværk og samarbejdsfora. Regionen skal endvidere tilrettelægge og understøtte rammer for samarbejde om udvikling, implementering og anvendelse af data og digitalisering samt ny teknologi, eksempelvis adgang til fælles data og kommunikationsløsninger.

⁵ I de tilfælde, hvor faglig dialog, vejledning og understøttelse ikke er tilstrækkeligt, kan regionen give klinikken pålæg eller i sidste ende sanktionere klinikken, jf. sundhedslovens §§ 276 a og 276 b, stk. 1-3.

⁶ Jf. lovbemærkninger til sundhedsloven § 57 l, stk. 1

Tværsektorielt samarbejde kræver, at almenmedicinske tilbud, kommunale og regionale aktører løbende mødes med henblik på gensidigt kendskab, koordination og udvikling af samarbejdet. Regionen kan understøtte tværsektorielt samarbejde ved at indgå aftaler og etablere relevante tværsektorielle samarbejdsfora, der understøtter et forpligtende samarbejde om patienter og patientforløb mellem almenmedicinske tilbud, kommuner, sygehuse, praktiserende speciallæger og den øvrige praksissektor.

Tværsektorielle samarbejdsfora kan eksempelvis være praksiskonsulentordninger, som blandt andet beskæftiger sig med udvikling og brug af forløbsbeskrivelser, henvisninger og epikriser. Endvidere kan kommunerne etablere samarbejdsfora, eksempelvis Kommunalt Lægelige Udvalg med repræsentanter fra almenmedicinske tilbud og fra kommunen, med henblik på samarbejde og implementering af nye opgaver omkring fælles borgere.

Regionen har ansvar for, at nogle almenmedicinske klinikker deltager som repræsentanter for almenmedicinske tilbud i tværsektorielle samarbejdsfora.

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.

Kvalitetsudvikling skal understøtte kvalitet i indsatserne og ensartede indsatser på tværs af regioner og klinikker. Arbejdet med kvalitetsudvikling i almenmedicinske tilbud skal både ske i den enkelte klinik, eksempelvis med feedback, sparring og undervisning mellem kolleger, i kvalitetsklynger med fagligt fællesskab mellem klinikker og på tværs af regionen, eksempelvis i de regionale kvalitets-

enheder, som understøtter arbejde med patientsikkerhed og organisationsudvikling. 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 kvalitetsudviklingen i almenmedicinske tilbud. Kvalitetsklyngerne er også åbne imod faglig dialog og samarbejde med sygehuse og regionen, og kan eksempelvis bringes i spil i forhold til den fælles dialog og udvikling af patientforløb.⁷

Kvalitetsudviklingen skal i tråd med igangværende tiltag om databaseret kvalitetsudvikling og -læring ske systematisk og datadrevet, og tage udgangspunkt i relevante indikatorer for faglig, patientoplevet og organisatorisk kvalitet. Refleksion og dialog i klyngerne kan desuden understøttes af faglige kliniske retningslinjer, forløbsbeskrivelser mv., som understøtter den faglige ledelse i regionen.

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.⁸ Supplerende kan der udarbejdes kvalitetspakker af andre aktører, eksempelvis de regionale kvalitetsenheder for almenmedicinske tilbud.

Regionen har 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, 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.

⁷ Jf. Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud, regeringen og Praktiserende Lægers Organisation, 2025.

⁸ Jf. Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud, regeringen og Praktiserende Lægers Organisation, 2025.

2.1.3. FAGLIGE KLINISKE RETNINGSLINJER

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

Faglige kliniske retningslinjer målrettet specialet almen medicin og opgavevaretagelsen i 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.

Faglige kliniske retningslinjer udarbejdes af Dansk Selskab for Almen Medicin, blandt andet i samarbejde med Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, og med inddragelse af relevante lægefaglige specialer og aktører i det tværsektorielle samarbejde, hvilket bidrager til høj faglig kvalitet, og koordinering af anbefalinger om udredning, behandling og opfølgning på tværs af specialer. Andre aktører i sundhedsvæsenet, eksempelvis Medicinrådet, kan også udarbejde faglige kliniske retningslinjer med relevans for opgavevaretagelsen i almenmedicinske tilbud.

Regionens ledelsesopgave omfatter understøttelse af, at faglige kliniske retningslinjer udarbejdes. Derudover omfatter ledelsesopgaven at understøtte, at almenmedicinske tilbud og patienter fortsat har nem adgang til opdateret sundhedsfaglig viden, eksempelvis 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. Regionerne vil kunne pege på kurser under den systematiske efteruddannelse, som områdets eller udvalgte speciallæger i almen medicin, bør deltage i.⁹

Regionens ledelsesopgave omfatter en understøttelse af, at almenmedicinske tilbud har de rette, opdaterede kompetencer, herunder tilrettelæggelse af efteruddannelsesstilbud i sammenhæng med indførelse af nye opgaver og opfølgning på kompetenceniveauet i de almenmedicinske klinikker. Regionen 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, hvilke efteruddannelsesstilbud der bør udarbejdes.¹⁰ Danske Regioner er repræsenteret i rådet og indgår i beslutningen om, hvilke efteruddannelsesstilbud der skal udarbejdes. Udarbejdelsen af faglige kliniske retningslinjer vil udgøre en del af grundlaget for, hvilke efteruddannelsesstilbud der peges på af det faglige råd.

⁹ Jf. Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud, regeringen og Praktiserende Lægers Organisation, 2025.

¹⁰ Jf. Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud, regeringen og Praktiserende Lægers Organisation, 2025.

2.1.5. FORSKNING

Regionen skal understøtte forskningen i almenmedicinske tilbud med bæredygtige rammer.

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

Forskning i almen medicin udføres generelt af, eller i samarbejde med, de almenmedicinske forskningsenheder ved universiteterne, og kan med fordel inddrage aktører i det tværsektorielle samarbejde, herunder kommunerne. Regionen er ansvarlig for at understøtte rammerne for forskningen og at opbygge lokale 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 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 almenmedicinske 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 diagnostisk 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. Regionen skal understøtte, at relevante diagnostiske undersøgelser er lettilgængelige for almenmedicinske 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 EPIKRISER

Regionerne skal understøtte et godt samarbejde om henvisninger, herunder at færre henvisninger afvises.

Regionerne skal understøtte, at epikriser 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 vurdere 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. Afviste henvisninger (tilbagehenvisninger) skal altid ledsages af

en konkret begrundelse, og den henvisende læge fra den almenmedicinske klinik skal have adgang til lettilgængelig 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.

Epikriser fra sygehuse, praktiserende speciallæger og øvrige praksisområde til almenmedicinske tilbud er et centralt element i det tværsektorielle samarbejde. Epikriserne skal understøtte gode sektorovergange mellem almenmedicinske tilbud og øvrige dele af sundhedsvæsenet igennem kortfattede og letforståelige beskrivelser af patientens forløb samt plan for opfølgning. Det skal være tydeligt 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 skal i samarbejde med eksempelvis praksiskonsulenter eller lignende løbende arbejde med kvalitetsudvikling af epikriser 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 skal 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 kan foretages direkte af den læge, som identificerer indikation for viderehenvisningen med orientering til de enkelte almenmedicinske klinikker, og undersøgelsesresultater kan i udgangspunktet håndteres af den ordinerende læge.

2.2.3. GENSIDIG FAGLIG SPARRING OG RÅDGIVNING

Regionen skal understøtte adgang til både telefonisk og skriftlig gensidig 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 almenmedicinske tilbud. Sygehuse skal i højere grad fungere som udadvendte aktører, der aktivt understøtter almenmedicinske tilbud gennem gensidig faglig sparring og rådgivning.

Speciallægerne i 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, psykiatriske og parakliniske 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 den almindelige åbningstid for almenmedicinske klinikker, og med kort ventetid til svar. Ligeledes kan speciallæger på sygehuse have brug for at drøfte problemstillinger med patientens almenmedicinske tilbud, for at kunne lægge en relevant behandlingsplan med realistiske behandlingsmål i forhold til patientens samlede situation.

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 på sundheds-, ældre-, social-, børn og unge- og beskæftigelsesområdet. Der kan også etableres udgående funktioner, hvor speciallæger fra de specialiserede indsatser deltager i konsultationer i almenmedicinske tilbud og vurderer patienterne.

Regionerne kan desuden etablere 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 den enkelte almenmedicinske klinik og for tilgængelighed, samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer.

Regionen skal stille hjælp og generel rådgivning om, hvordan IT kan anvendes til at understøtte det faglige arbejde og tværsektorielt samarbejde til rådighed for almenmedicinske tilbud. Dette kan eksempelvis gøres via datakonsulentordninger.

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 almenmedicinske tilbud med henblik på, at 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, mennesker med svære psykiske lidelser, 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. FASTTILKNYTTETE 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 almenmedicinsk tilbud. En læge, som hovedparten af beboerne er tilknyttet, og som kommer fast på plejehjem og botilbud¹¹ kan dog understøtte en bedre behandling af de enkelte målgruppers somatiske og psykiske sygdomme.

Fasttilknyttede læger på plejehjem og botilbud skal ikke udelukkende have direkte patientkontakt med udredning, behandling og opfølgning af de beboere, som er tilknyttet klinikken, 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. Fasttilknyttede læger har behandlingsansvaret for de fleste patienter på pladserne. Der kan dog være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt, at patienten bevarer tilknytningen til sin almenmedicinske klinik, som varetager behandlingen i dialog med personalet på sundheds- og omsorgspladserne. Fasttilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladser skal have kompetencer inden for specialerne almen medicin eller geriatri, og regionerne har ansvar for at planlægge og tilvejebringe fasttilknyttede læger på pladserne. I takt med at kapaciteten i almenmedicinske tilbud

øges, vil disse formentlig få en større funktion som fasttilknyttede læger på sundheds- og omsorgspladserne.¹²

2.3.3. LÆGEVAGTSORDNING

Regionen skal tilvejebringe en lægevagtsordning, der varetager almenmedicinsk lægebetjening uden for 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 (hverdage 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. Indgåede regionale aftaler om almenmedicinske tilbuds deltagelse i lægevagtsordninger videreføres ved ikrafttrædelse af national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud pr. 1. januar 2027. I forbindelse med den fremtidige udvikling af de regionale lægevagtsordninger skal der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats og Sundhedsstyrelsens Fagligt beslutningsoplæg om styrket akutpsykiatrisk hjælp.^{13, 14}

¹¹ Ordningen omfatter botilbud efter servicelovens § 108 og almenboliglovens § 105 med hjælp efter servicelovens § 85, med henblik på efterfølgende udbredelse til målgruppen på øvrige botilbud.

¹² Sundhedsstyrelsen udarbejder Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser.

¹³ Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats, Sundhedsstyrelsen, 2020.

¹⁴ Styrket akutpsykiatrisk hjælp, Sundhedsstyrelsen, 2024.



3

BASISFUNKTION

3. BASISFUNKTION

Alle almenmedicinske klinikker skal leve op til basisfunktionens beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer i almenmedicinske tilbud.¹⁵

Klinikkens basisfunktion omfatter:

- Målgruppen for 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.

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 inden for rammerne af gældende lovgivning og faglige standarder. 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 myndighedsansvar og faglige ledelse.

I kapitel 4 skitseres Sundhedsstyrelsens faglige ambitioner for udviklingen af almenmedicinske tilbud på sigt, i takt med en forventet kapacitetsøgning.

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, de ønsker vurderet i sundhedsvæsenet. For den enkelte almenmedicinske klinik er målgruppen langt overvejende de patienter, som er tilknyttet klinikken. Langt de fleste helbredsproblemer udredes og færdigbehandles i almenmedicinske tilbud uden behov for henvisning til behandling på sygehus.

Almenmedicinske tilbud skal varetage en lang række opgaver i relation til den initiale vurdering, udredning, behandling og opfølgning af symptomer og helbredsproblemer for alment forekommende tilstande inden for det medicinske, kirurgiske og psykiatriske område. Der eksisterer ikke en fuldstændig oversigt over samtlige 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 arbejdsopgaverne.¹⁶

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

¹⁵ Jf. sundhedsloven § 57 l. stk. 3.

¹⁶ International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2), Wonca International Classification Committee. Den danske version af ICPC kan ses her: **Diagnosekodning ICPC-2 – KiAP**.

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 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 akutte såvel som længerevarende 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. Inddragelsen af patienten i beslutninger om udredning, behandling og opfølgning skal bidrage til, at behandlingsmål og indsats er afstemt med patientens præferencer og forudsætninger.

Udredningen skal have et omfang, så tilstanden er tilstrækkelig afklaret til, at den enten kan afsluttes, fortsat følges i klinikken, eller at 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.

Almenmedicinske tilbud støtter patientpopulationen i egenomsorg og sygdomsmestring. Forebyggelse og opsporing af sygdom med igangsættelse af behandlingsindsatser, der har en positiv effekt på 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 foretages en differentiering i forbindelse med indplacering på svangreomsorgens fire niveauer, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.¹⁷ Ligeledes anbefales det i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om de forebyggende sundhedsydelser¹⁸, at almenmedicinske tilbud anvender niveauinddeling af ydelser i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser af de 0-5-årige børn.

Den almenmedicinske klinik skal desuden tilbyde specifikke forebyggelsesindsatser målrettet sårbare grupper, herunder sundhedstjek hvert andet år til borgere på botilbud¹⁹ og en opsøgende indsats i form af en årlig fokuseret somatisk undersøgelse til 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 eller ubehandlet somatisk sygdom, som patienten ikke selv kontakter den almenmedicinske klinik med.²⁰ Den almenmedicinske klinik skal desuden foretage en opsøgende indsats målrettet familier, der udebliver fra vaccinationer til børn og unge. Den enkelte borger eller families situation, muligheder og præferencer skal indgå i tilrettelæggelsen af forebyggelsesindsatser til sårbare grupper.

Generelle forebyggende sundhedsindsatser og tidlig opsporing af fysiske og psykiske sygdomme samt risikofaktorer, eksempelvis svær overvægt, tobak, nikotin, alkohol og andre rusmidler, varetages, når det er relevant i forbindelse med patienternes kontakt med almenmedicinske tilbud. Almenmedicinske tilbud har desuden en opgave i at henvise til kommunale og regionale forebyggelsestilbud med henblik på begrænsning af risikofaktorer, forebyggelse af sygdom eller forværring af sygdom samt forbedring af mestring og egenomsorg. Det gælder både henvisning til borgerrettede og patientrettede forebyggende indsatser eksempelvis målrettet patienter med kroniske sygdomme.

¹⁷ Anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen, 2022.

¹⁸ Anbefalinger om de forebyggende sundhedsydelser – Tilrettelæggelse og indhold. Sundhedsstyrelsen, 2025.

¹⁹ Målgruppen for sundhedstjek er borgere på 18 år og derover, der opholder sig på botilbud, jf. servicelovens §§ 107-108 og botilbud efter almenboligloven med støtte efter Servicelovens § 85, dvs. personer som opholder sig på botilbud på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

²⁰ Den fokuserede somatiske undersøgelse har to målgrupper som beskrevet i Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser. RTLN og PLO, 2022. Behovet for en opsøgende indsats vil bero på en konkret faglig vurdering af den enkelte patients samlede situation.

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.²¹ 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 patienter med livstruende sygdomme og koordinerer indsatser på tværs af sektorer i det palliative forløb. 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 regionens palliative rådgivningsfunktion og henviser til en specialiseret palliativ enhed ved behov.

Den almenmedicinske klinik tilbyder samtaler med patienter og pårørende om symptomlindring, pleje og ønsker til den sidste levetid. 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, særligt for patienter der – generelt eller i en periode – er sårbare.

Almenmedicinske tilbud skal som koordinator skabe sammenhæng og overblik i tværsektorielle behandlingsforløb på baggrund af kendskabet til patientens sygdomshistorik, præferencer og samlede situation. Den almenmedicinske klinik skal bidrage til, at patienten modtager relevante og koordinerede indsatser på tværs af sektorer i sammenhængende behandlingsforløb. Dette sker blandt andet gennem koordinering og sparring med kommunalt personale og pårørende samt gensidig faglig sparring med specialister fra sygehuset. Tilrettelæggelsen af behandlingsforløb sker med inddragelse af den enkelte patient, og dermed har den almenmedicinske klinik en vigtig funktion i forhold til at vejlede patienten om mulige indsatser og bidrage til, at patienten oplever at have overblik over forløbet.

Der er stor variation i patienternes behov for koordination, og derfor differentieres den koordinerende indsats på baggrund af en konkret faglig vurdering af den enkelte patients situation, muligheder og præferencer, så der ydes en særlig koordinerende indsats ("særlig tovholderfunktion") 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.

²¹ Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen 2017.

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 er 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 kognitiv svækkelse, 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 fast speciallæge i almen medicin. Klinikken skal identificere disse patienter og tilbyde en fast lægerelation.

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

3.2.7. POPULATIONSSOMSORG

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. Den skal 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 kognitiv svækkelse, 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 2027.²² 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 byggelovgivningens regler.

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.

²² Det følger af Fælles forståelse af reformen af de almenmedicinske tilbud mellem regeringen og Praktiserende Lægers Organisation af 21. september 2025, at kravene til basal tilgængelighed og åbningstid i den første version af opgavebeskrivelsen, som skal træde i kraft 1. januar 2027, afspejler nugældende krav til de alment praktiserende læger. Beskrivelsen af kravene til tilgængelighed afspejler derfor ordlyden i overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation.

Tilgængelighed for patienter med fysiske funktionsevnenedsættelser, eksempelvis nedsat gangfunktion eller blindhed, stiller krav til klinikernes adgangs- og indretningsforhold herunder handicapegnede toiletfaciliteter. Ligeledes kan patienter med psykiske eller kognitive funktionsevnenedsættelser eller sociale barrierer have særlige behov, eksempelvis behov for tydelig skiltning, der understøtter at patienten føler sig ventet og velkommen. Desuden skal information om klinikens 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-, børn og unge- 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.²³

En forudsætning for et velfungerende samarbejde er, at den almenmedicinske klinik har adgang til et overblik over kommunale sundhedstilbud og indsatser på socialområdet, som eksempelvis er tilgængeligt på sundhed.dk, så klinikken kan informere patienter derom eller henvise dertil.

²³ Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. Sundhedsstyrelsen, 2023.

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 tilgængelig for regionale samarbejdspartnere via elektroniske korrespondancer.

Den almenmedicinske klinik skal varetage opfølgning på baggrund af epikriser ud fra epikrisens markering af opfølgningsbehov og egen lægefaglige vurdering.

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, 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.

3.5. KOMPETENCER, Udstyr OG ØVRIGE FUNKTIONER

3.5.1. KOMPETENCER

Der skal være almenmedicinske speciallægekompetencer tilknyttet den 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 bemannes 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 gældende aftaler for basal tilgængelighed, som beskrevet i afsnit 3.3. ovenfor.

Der skal være faste speciallæger i almen medicin fysisk til stede i klinikken i et omfang, der modsvare patientpopulationens størrelse og behov. Speciallæger i almen medicin har, som minimum, kompetencer svarende til Målbeskrivelsen for hoveduddannelsen i almen medicin.²⁴ 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

²⁴ Målbeskrivelse for hoveduddannelsen i almen medicin, Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin, 2025.

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. Apparatur skal betjenes korrekt af personale med de nødvendige kompetencer og skal vedligeholdes og kvalitetssikres i henhold til gældende standarder.

3.5.3. KVALITETSUDVIKLING OG FORSKNING

Den almenmedicinske klinik skal indgå i en kvalitetsklynge og løbende arbejde med monitorering og datadrevet kvalitetsudvikling med afsæt i mål og indikatorer, der er relevante for klinikkens 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 AF LÆGER OG SPECIALLÆGER

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 medicinstuderende 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 samt på baggrund af krav og anbefalinger om tutorlæger fra Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse og Dansk Selskab for Almen Medicin. Tutorlæger godkendes af Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse.

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 af maj 2025. Indførslen af opgaverne skal ses i sammenhæng med kravet om særlig koordinerende indsats for sårbare patienter, differentierede minimumspatienttal og den kommende nye honorarstruktur, der skal give almenmedicinske tilbud mere tid til patienter med høj sygdomstygde, herunder patienter med kroniske sygdomme. Vilkår for almenmedicinske tilbuds varetagelse af disse opgaver vil følge af nationale aftaler, som forventeligt indgås i 2026.

Implementeringen af de nye opgaver forudsætter, at en række forhold er på plads, eksempelvis opbygning af relevante kompetencer, udarbejdelse af retningslinjer samt adgang til nødvendige diagnostiske undersøgelser og værktøjer. Disse forudsætninger skal indgå som en del af planlægningen af implementeringen. Det er regionernes ansvar at understøtte implementering af opgaverne i takt med, at de nødvendige forudsætninger er til stede, 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 koordinator for patienter omfattet af pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, og tilrettelægge indsatsen i henhold til pakkeforløbene.

Den almenmedicinske klinik skal varetage rollen som koordinator for patienter omfattet af Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for mennesker med udvalgte kroniske sygdomme og tilrettelægge indsatsen i henhold til pakkeforløbene.²⁵ 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 almenmedicinske tilbud. Desuden beskrives 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 i sundhedsloven blive fastlagt patientrettigheder i relation til pakkeforløbene fra 2027, herunder ret til en behandlingsplan målrettet den enkelte samt opstart af relevante patientrettede forebyggelsestilbud inden for en given tidsfrist.

²⁵ Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2025.

3.6.2. UDREDNING AF DEMENS

Den almenmedicinske klinik skal varetage udredning af patienter med demenssygdom i henhold til Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til organisering af udredning for demens²⁶, at almenmedicinske tilbud afklarer symptomer, når patienter eller pårørende henvender sig med mistanke om kognitiv svækkelse, og når klinikken på baggrund af kendskab til patienten identificerer symptomer, der kan rejse mistanke om demens. Vurderes det, at der er faglig begrundelse for udredning, og er der samtykke fra patienten, vil lægen i det almenmedicinske tilbud forestå den indledende del af demensudredningen. På baggrund af den indledende udredning skal den praktiserende læge tage stilling til, om patienten kan færdigudredes i almenmedicinske tilbud eller skal henvises til specialiserede undersøgelser på en regional udredningsenhed. Denne stillingtagen beror på en konkret lægefaglig vurdering baseret på blandt andet patientens sværhedsgrad af demens, særlige symptomer og tegn, og på hvorvidt patienten forventes at profitere af den behandling, der kan tilbydes på baggrund af yderligere undersøgelser og diagnostik i en regional udredningsenhed.

I anbefalingerne lægges der vægt på, at de patienter, der færdigudredes i den almenmedicinske klinik, får stillet en ætiologisk diagnose med rådgivning fra udredningsenheden, og at de får udarbejdet en behandlingsplan med stillingtagen til evt. medicinsk behandling, tilbud om indsatser og lægefaglig opfølgning. De almenmedicinske klinikker bør have let adgang til de relevante parakliniske undersøgelser, der ofte indgår i demensudredning, samt rådgivning fra udredningsenhederne ved fortolkning af resultater.

Det vil endvidere være hensigtsmæssigt, at almenmedicinske tilbud tilbyder at orientere kommunen, herunder demenskoordinatorfunktionen, om

udredningen med henblik på tidligt i forløbet at få foretaget en behovsvurdering, således at borgeren kan få den rette indsats i kommunen, også inden en eventuel demensdiagnose stilles. I udredningsforløbet er det ligeledes vigtigt, at speciallægen i almen medicin tager stilling til juridiske implikationer af den kognitive svækkelse, herunder kørekort, våbentilladelse, information om fremtidsfuldmagt, værgemål m.m.

3.6.3. OPFØLGNING EFTER KRÆFTFORLØB

Den almenmedicinske klinik skal varetage opfølgning efter kræft blandt andet i henhold til retningslinjer for senfølgeindsatsen, og tilbyde patienter, hvis kræftforløb er afsluttet på sygehus eller ved langvarig behandling på sygehus, en opfølgende samtale og en individuel opfølgningsplan.

Som led i Kræftplan V skal det almenmedicinske tilbud have en styrket rolle i den opfølgende indsats for alle kræftpatienter, når et kræftforløb på sygehus er afsluttet eller ved langvarige behandlingsforløb på sygehus. Formålet er at sikre, at der følges systematisk op på borgere, der har været i et kræftforløb. Dette indebærer, at den almenmedicinske klinik systematisk skal tilbyde patienter en opfølgende konsultation, hvor formålet er at afdække eventuelle fysiske, psykiske eller sociale følgevirkninger eller senfølger, som kan opstå i forbindelse med eller i tiden efter et kræftforløb. Sammen med patienten skal der udarbejdes en individuel plan for opfølgning, der beskriver indsatser i den almenmedicinske klinik samt eventuelle yderligere indsatser, eksempelvis henvisning til patientrettede forebyggelsesindsatser.

Sundhedsstyrelsen udarbejder retningslinjer for ansvarsfordelingen af senfølgeindsatsen, som træder i kraft i 2026.

²⁶ Faglige anbefalinger til organisering af udredning af demens. Sundhedsstyrelsen, 2025.



4

UDVIKLING OG ÆNDRET OPGAVE- VARETAGELSE

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 i takt med at antallet af speciallæger i almen medicin i almenmedicinske tilbud øges til mindst 5.000 frem mod 2035.

4.1. SIGTELINJER FOR UDVIKLING AF ALMENMEDICINSKE TILBUD

Sundhedsstyrelsens faglige ambitioner for udviklingen af almenmedicinske tilbud er angivet i en række sigtelinjer, der tager udgangspunkt i arbejdet med den nationale sundhedsplan, som sætter en fælles strategisk retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet over det næste tiår.

Sigtelinjerne er uddybet med 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 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. Flere af udviklingsområderne forudsætter desuden, at der udføres analyser af udfordringer, muligheder og forventede konsekvenser af tiltag.

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 5.000 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, så patienter oplever, at de får den hjælp de har brug for. 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, så patienten oplever færre overgange.

Udviklingsområder kan være:

- **Øget udredning, behandling og opfølgning i almenmedicinske tilbud**

I takt med kapacitetsøgning og kompetenceudvikling vil der være flere patientgrupper, hvor hele eller dele af udredning, behandling og opfølgning fremover hensigtsmæssigt kan varetages i almenmedicinske tilbud. Desuden kan den faglige udvikling betyde, at almenmedicinske tilbud fremover kan varetage helt nye opgaver og målgrupper. Almenmedicinske tilbud og regionen som ansvarlig myndighed kan løbende forholde sig til hvilke opgaver, der mest hensigtsmæssigt 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 og revision af specialeplanen. Der kan endvidere løbende komme nye politiske prioriteringer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om styrkelse af indsatsen for udvalgte målgrupper, ligesom eksisterende anbefalinger kan gøres mere forpligtende.

- **Henvisning til genoptræning**

I forbindelse med, at almenmedicinske tilbud på sigt varetager en større del af patientforløbene, kan det være relevant at undersøge, hvordan patientforløb, som inkluderer genoptræning, kan organiseres med få overgange.

- **Styrkede muligheder for fælles konsultation**

Fælles videokonsultationer, eksempelvis med speciallægen på sygehus sammen med patienten og speciallægen i almenmedicinske tilbud, kan understøtte at patientforløb kan håndteres samlet i 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 almenmedicinske tilbud øges frem mod 2035, vil basal tilgængelighed og åbningstid i basisfunktionen skulle øges, herunder også den digitale tilgængelighed. 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 og samarbejde mellem almenmedicinske tilbud og kommuner***

Almenmedicinske tilbud og speciallæger i almen medicin vil være den primære lægefaglige samarbejdspartner for det kommunale sundheds-, ældre-, social-, børn og unge- og beskæftigelsesområde. Eksempelvis kan almenmedicinske tilbud og helhedsplejen i kommunerne, i takt med kapacitetsøgningen, udvikle et tættere samarbejde om skrøbelige ældre, blandt andet patienter med demens, i eget hjem. 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***

Almenmedicinske tilbud kan fremover i højere grad varetage hjemmebehandling og eksempelvis behandle skrøbelige ældre i eget hjem med henblik på at forebygge indlæggelser. Dette kan blandt andet foregå gennem øget brug af sygebesøg i dagtid, i takt med at kapaciteten øges. Endvidere forventes flere behandlinger 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, have ansvar for behandling i eget hjem, understøttet af kommunal sygepleje og regional 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:

- ***Krav om henvisning***

Almenmedicinske tilbud vurderer patienter før henvisning til specialiserede tilbud. Denne gatekeeperfunktion understøtter, at brugen af ressourcer i sundhedsvæsenet er sundhedsmæssigt velbegrundet. Det kan på sigt undersøges, om der er konkrete områder, hvor krav om henvisning kan lempes uden, at det har afledte effekter i form af øget ressourceforbrug i specialiserede 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 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 mere hensigtsmæssigt kan varetages af andre faggrupper eller aktører i sundhedsvæsenet, eksempelvis praktiserende psykologer, fysioterapeuter eller apoteker. Der kan ligeledes være opgaver eller henvendelser, som ikke giver sundhedsmæssig værdi for patienten, og 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. Der kan være potentiale i at undersøge om arbejdsgange og regelsæt kan ændres, så almenmedicinske tilbuds involvering i forbindelse med iværksættelse og ændring af dosispakket medicin mindskes.

- **Begrænsning af unødvendig aktivitet**

Almenmedicinske tilbud og regionen som ansvarlig myndighed kan løbende forholde sig til, om der i almenmedicinske tilbud og på sygehus sker unødvendige undersøgelser, processer eller behandlinger som også skaber meraktivitet og -forbrug andre steder i sundhedsvæsenet. Der kan eksempelvis arbejdes med implementering af Vælg Klogt-anbefalinger.

Nogle af disse rækker ud over sundhedsvæsenet og/eller kræver, at visse forudsætninger først bringes på plads, hvilket kan tage tid. Der kan herudover være hensyn til gældende lovgivning, økonomi og politiske prioriteringer. Et første skridt kan derfor være sonderinger eller foranalyser.

4.1.5. ØGET BRUG AF DATA, DIGITALISERING OG RELEVANT TEKNOLOGI

Almenmedicinske tilbud arbejder med at anvende data til understøttelse af patientbehandling, overblik over patientpopulation og kvalitetsudvikling i kvalitetsklyngerne. Derudover gør de brug af en række digitale løsninger til blandt andet at tilbyde videokonsultationer og dele oplysninger om eksempelvis diagnoser og aftaler, der understøtter sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet. Der er fortsat et stort potentiale for, at almenmedicinske tilbud i endnu højere grad kan arbejde dataunderstøttet og udnytte nye digitale løsninger, herunder til øget deling af oplysninger med kommuner og det øvrige sundhedsvæsen.

Udviklingsområder kan være:

- **Lettere overblik over den almenmedicinske kliniks egen population gennem data**

Data for klinikkens egen populations sundhed og risikofaktorer, kan understøtte almenmedicinske tilbuds populationsomsorg, tidlig opsporing og opfølgende indsatser samt kvalitetsudvikling. Et bedre overblik kan endvidere understøtte koordineringen af forløb for den enkelte patient, herunder med relevante elementer fra behandlingsplaner fra andre sundhedsaktører.

- **Udvikling, implementering og anvendelse af digitale løsninger og relevant teknologi**

Nye teknologier, herunder AI, og omkostnings-effektivt apparatur kan udbredes, hvor behovet er størst, og hvor det understøtter omstilling i sundhedsvæsenet, eksempelvis øget diagnosticering i almenmedicinske tilbud. Nye teknologier kan også styrke sammenhæng og kvalitet i almenmedicinske tilbud såvel som samarbejdet på tværs af sektorerne, og optimere og lette arbejdsgangene for almenmedicinske tilbud og patienter. 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, der ønsker det, kan vælge digitale løsninger til kontakt, undersøgelser, behandlinger og opfølgning, eksempelvis videokonsultationer, hjemmebehandlingsudstyr, herunder til forebyggende indsatser. I udviklingen af disse patientrettede løsninger kan understøttelse af sammenhængende forløb på tværs af aktører med fordel indgå.

- **Lettere digital kommunikation på tværs af sundhedsvæsenet**

Tættere samarbejde på tværs af sundhedsaktører forudsætter kommunikation. Det kan være relevant at undersøge hvordan information om behandlingsansvarlige eller kontaktpersoner med ansvar for patientens behandlingsplan hos alle de sundhedsaktører, der er en del af patientens samlede patientforløb, kan gøres lettilgængelig for de relevante aktører

- **Øget brug af kliniske data til monitorering, kvalitetsudvikling og forskning**

Der kan være potentiale i at undersøge om brug af ressourcer til registrering kan mindskes gennem øget anvendelse af kliniske data fra patientbehandlingen. Derfor kan det være relevant, at almenmedicinske tilbud og regionen som ansvarlig myndighed, undersøger hvordan kliniske data i relevant omfang kan standardiseres allerede i forbindelse med patientbehandlingen for at muliggøre deling, der understøtter tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om patienten. Dermed kan kliniske data fra patientbehandling også bruges direkte til statistik, så særskilte indberetninger i parallel infrastruktur til statistisk brug undgås.

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. Desuden kan mulighed for sparring og vejledning om ideer til forskningsprojekter understøtte mere praksisnær forskning i almenmedicinske tilbud.

- **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

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 set medfører en ny organisering af almenmedicinske tilbud, som skal styrke og udvikle tilbuddene, herunder den nationale sundhedsplan, den nationale fordelingsmodel for lægekapaciteter i almenmedicinske tilbud og en ny honorarstruktur for alment praktiserende læger.

For at opgavebeskrivelsen kan fungere og om-sættes i praksis, skal der ske en række ændringer i organisering, samarbejde og faglig praksis i både de almenmedicinske klinikker og i 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

Samlet set udgør disse elementer rammen for en sammenhængende implementering og videreudvikling af opgavebeskrivelsen.

5.1. IMPLEMENTERING

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. I perioden frem mod ikrafttrædelsen vil regioner og almenmedicinske klinikker iværksætte forberedende arbejde med henblik på planlægning, organisering og tilpasning af opgaveløsningen i overensstemmelse med opgavebeskrivelsen.

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. De enkelte almenmedicinske klinikker planlægger tilsvarende deres implementering af basisfunktionen. Implementeringen understøttes fra nationalt hold gennem relevante initiativer.

Udgangspunktet for implementeringen kan variere geografisk. Hovedparten af de opgaver, der er beskrevet i opgavebeskrivelsen, varetages allerede i dag i mange almenmedicinske klinikker, men der er forskelle i organisering, kapacitet og opgaveprofil på tværs af landet. Implementeringen skal derfor understøtte, at almenmedicinske tilbud varetager de beskrevne opgaver, under hensyntagen til lokale forhold og regionale prioriteringer.

5.2. OPFØLGNING

En systematisk opfølgning er en forudsætning for at vide, om de forventede gevinster ved opgavebeskrivelsen og relaterede initiativer realiseres i praksis, herunder om den samlede organisering og styring af almenmedicinske tilbud bidrager til, at borgere og patienter oplever en ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af almenmedicinske tilbud, bedre samarbejde og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb. Opfølgningen foregår nationalt forankret i Sundhedsstyrelsen, og decentralt forankret i regioner og sundhedsråd, og skal understøtte løbende faglige og organisatoriske justeringer og prioriteringer på baggrund af erfaringer, data og evalueringer.

Den nationale opfølgning vil have fokus på, hvordan regioner og klinikker varetager de beskrevne opgaver og funktioner, samt hvilken udvikling der sker i kvaliteten af de leverede indsatser set i forhold til patienternes behov. Der vil være særlig opmærksomhed på de områder, der afspejler ambitionerne i reformen, herunder indsatsen for borgere med multisygdom og komplekse sygdomsforløb,

differentiering samt forskning og kvalitetsudvikling i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen. Den lokale opfølgning vil ligeledes have fokus på varetægelse af de beskrevne opgaver og funktioner samt udviklingen i kvaliteten af de leverede indsatser. Der vil være særlig opmærksomhed på lokalt udvalgte indsatser på baggrund af den lokale populations behov samt lokale forhold og prioriteringer.

Anvendelsen 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-årsplan for psykiatrien, pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom mv. Herved understøttes et samlet billede af, om de strukturelle ændringer bidrager til en forbedring. 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. Den lokale opfølgning i regioner og sundhedsråd tager udgangspunkt i den nationale opfølgnings indikatorer samt lokale mål og indikatorer, der afspejler lokalt udvalgte indsatser.

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 for at opgøre, om specifikke tilbud såsom 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 arbejdes der på strategier for bedre datainfrastruktur for det primære sundhedsvæsen, som i de kommende år kan skabe nye forudsætninger for udvikling af databaseret opfølgning på den ønskede udvikling i sundhedsvæsenet.

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 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, der 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 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.

Derudover vil udarbejdelsen af en specialebeskrivelse for almen medicin, som igangsættes i 2026, bidrage til yderligere opbygning af vidensgrundlag.

5.3. PLAN FOR OPDATERINGER AF OPGAVEBESKRIVELSEN

I takt med erfaringerne fra implementering og opfølgning vil den nationale opgavebeskrivelse blive opdateret, så den fortsat understøtter en fagligt tidssvarende og velfungerende udvikling af almenmedicinske tilbud. Sundhedsstyrelsen opdaterer opgavebeskrivelsen med henblik på, at udviklingen af opgaver og funktioner i almenmedicinske tilbud sker i takt med, at kapacitet, ressourcer og kompetencer udbygges og opdateres. Rammer og principper for opdateringer er under udarbejdelse og vil blive yderligere konkretiseret i løbet af 2026.

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.

En opdatering kan indeholde nye krav til opgaver, samarbejdsformer eller faglig udvikling, der skal implementeres inden for en fastsat periode, så almenmedicinske tilbud kan tilpasse organisering og opgavevaretagelse. Tilsvarende kan opgaver, som ikke længere vurderes relevante, udgå af opgavebeskrivelsen. I 2026 vil der pågå et arbejde med at udarbejde en beskrivelse af specialet almen medicins kerneopgaver til at supplere opgavebeskrivelsen.

Opdateringerne skal afspejle den strategiske 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 almenmedicinske tilbud.

Opdateringerne sker i samarbejde med relevante myndigheder og faglige aktører og organisationer. Et rådgivende udvalg rådgiver Sundhedsstyrelsen om fastlæggelse og fremadrettede tilpasninger samt opdateringer af den nationale opgavebeskrivelse. Udvalget består af blandt andre Dansk Selskab for Almen Medicin, Organisationen af lægevidenskabelige selskaber, regioner, kommuner og patientforeninger. Den konkrete proces for opdateringer skal fastlægges af Sundhedsstyrelsen ved bekendtgørelse.

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.



6

BILAG

BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1

Opgavebeskrivelsens vidensgrundlag

Bilag 2

Kommissorium for følgegruppe for national fastsat
opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud

Bilag 3

Følgegruppens sammensætning

BILAG 1. OPGAVEBESKRIVELSENS VIDENSGRUNDLAG

Opgavebeskrivelsen 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 litteratursøgning efter viden om 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 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 resultatet 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 følge-gruppe til at vejlede og kvalificere udarbejdelsen af opgavebeskrivelsen for almenmedicinske tilbud (se bilag 2 og 3).

Nedenfor beskrives inddragede baggrundslitteratur nærmere.

AARHUS UNIVERSITET: KONTAKT- OG SYGDOMSMØNSTERUNDERSØGELSE (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 ICPC-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 klinikker samt barrierer og muligheder for at indføre nye opgaver i tråd med den politisk aftalte retning og ambitionerne i 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, bemanding 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.

BDO: KORTLÆGNING AF UDVIKLING I PRAKSISFORMER I ALMEN PRAKSIS, 2023

Rapporten består af 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 en kompagniskabspraksis, som derved er den dominerende form, men der sker en tendens mod større praksisser (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.

DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN: 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 opgave-

varetagelse, 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: SUND- HEDSSTRUKTURKOMMISSIONENS BAGGRUNDS- RAPPORT, 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 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.

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.

BILAG 2. KOMMISSORIUM: FØLGEGRUPPE FOR NATIONAL FASTSAT OPGAVEBESKRIVELSE FOR ALMENMEDICINSKE TILBUD

BAGGRUND

Med afsæt i *Aftale om sundhedsreform 2024* skal Sundhedsstyrelsen udarbejde en opgavebeskrivelse for de almenmedicinske tilbud som led i omstillingen af sundhedsvæsenet. Opgavebeskrivelsen skal skabe grundlag for en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af almenmedicinske tilbud, bedre samarbejde og sammenhæng i tværsektorielle patientforløb samt et grundlag for at gennemføre en faglig og organisatorisk udvikling af almenmedicinske tilbud.

Arbejdet med opgavebeskrivelsen skal ses i sammenhæng med sundhedsreformens øvrige initiativer, herunder blandt andet flere læger og styrket kapacitet, bedre og mere lige fordeling af læger i almenmedicinske tilbud, en ny aftalemodel og honorarstruktur for alment praktiserende læger samt regioners og sundhedsråds rolle i forhold til at lede og udvikle det almenmedicinske tilbud.

Derudover har arbejdet med opgavebeskrivelsen snitflader til de øvrige opgaver, som Sundhedsstyrelsen skal løse på baggrund af sundhedsreformen, herunder blandt andet fagligt oplæg til national sundhedsplan, pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom (kronikerpakker), og tværgående kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje. Sundhedsstyrelsen vil inddrage relevante aktører i disse processer.

Arbejdet med reformopgaverne vil foregå i parallelle spor, hvor Sundhedsstyrelsen vil sørge for løbende koordinering mellem sporene.

RAMMER OG INDHOLD

Den lovgivningsmæssige ramme for den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og basisfunktion fastlægges i sundhedsloven, herunder også regionernes og klinikkers forpligtigelse til at efterleve krav heri. Første version af opgavebeskrivelsen vil træde i kraft fra 1. januar 2027 og gælde på tværs af det almenmedicinske tilbud uanset leverandørform og vil således etablere et ensartet udgangspunkt for udvikling. Der vil derefter være behov for løbende opdatering af opgavebeskrivelsen i takt med udviklingen i det almenmedicinske tilbud, for at skabe balance mellem kravene i opgavebeskrivelsen og det almenmedicinske tilbuds kapacitet, ressourcer og kompetencer.

Opgavebeskrivelsen vil udgøres af en fælles myndighedsrettet del, kaldet *opgavebeskrivelsen*, og en klinikrettet del, kaldet *basisfunktionen*.

Opgavebeskrivelsen skal blandt andet beskrive:

- Det almenmedicinske tilbuds rolle og opgaver i det samlede sundhedsvæsen i regionen
- Regionens understøttelse af udvikling af de almenmedicinske tilbud, herunder rammer såsom digital understøttelse, samarbejde og kvalitetsudvikling
- Krav og anbefalinger til funktioner udover basisfunktion; det vil sige funktioner som regionen har ansvar for at varetage, men som ikke skal varetages af alle klinikker – fx tilgængelighed og lægedækning i ydertimer og særligt udsatte patientgrupper

Basisfunktionen skal blandt andet indeholde følgende:

- Krav og anbefalinger til opgaver gældende for alle klinikker uanset leverandørform
- Faglig beskrivelse af funktioner og kompetencer knyttet til opgavevaretagelsen
- Samarbejder, som almenmedicinske tilbud er forpligtede til at deltage i på tværs af aktører og sektorer, herunder forskning, kvalitetssikring og -udvikling

Samlet set skal opgavebeskrivelsen og basisfunktionen sikre tydelighed om prioriteter og retning for det almenmedicinske tilbud og stille krav til funktioner, opgaver og kompetencer, som vil gøre det lettere for det enkelte tilbud at dimensionere klinikken og tilrettelægge indsatsen. Opgavebeskrivelsen vil endvidere danne grundlag for et tættere samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet om de enkelte patienter samt, at regionerne bedre kan lede og lave opfølgning på opgaveløsningen i de enkelte klinikker.

Følgegruppens inddragelse vil ske gennem deltagelse i følgegruppens møder og eventuel skriftlig kommentering på udkast til opgavebeskrivelsen.

Sundhedsstyrelsen indhenter desuden faglige bidrag og rådgivning fra eksperter med viden om specifikke opgaver og funktioner i de almenmedicinske tilbud, kvalitetsudvikling, digitalisering mv.

Herudover kan der indhentes bidrag fra Sundhedsstyrelsens etablerede fora, eksempelvis Sundhedsstyrelsens Rådgivende Udvalg for Specialeplanlægning og det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

FØLGEGRUPPENS FORMÅL OG OPGAVER

Til at kvalificere opgavebeskrivelsen nedsætter Sundhedsstyrelsen en følgegruppe bestående af centrale aktører og videnspersoner. Følgegruppen har således en kvalificerende og rådgivende funktion.

Følgegruppen skal løbende rådgive om:

- Almenmedicinske tilbuds funktioner, opgaver og kompetencer
- Regionale og kommunale samarbejdsflader til almenmedicinske tilbud
- Drift, ledelse, kvalitetsudvikling og forskning i almenmedicinske tilbud
- Digital og databaseret understøttelse
- Tilgængelighed og borgerens møde med almenmedicinske tilbud i et samlet sundhedsvæsen

BILAG 3.

FØLGEGRUPPENS SAMMENSÆTNING

FØLGEGRUPPEMEDLEMMER PER DECEMBER 2025

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent følgegruppen

NAVN	UDPEGET AF
Steen Dalsgård Jespersen Vicedirektør og formand for følgegruppen	Sundhedsstyrelsen
Rikke Margrethe Friis Viceadministrerende direktør og forhandlingsdirektør	Danske Regioner
Trine Malling Lungskov Afdelingschef	Region Syddanmark
Anne Skriver Andersen Koncerndirektør	Region Hovedstaden
Thomas Larsen Koncerndirektør	Region Midtjylland
Carsten Haugaard Kvist Kontorchef for Nære Sundhedstilbud	Region Nordjylland
Dan Brun Petersen Direktør i Det Nære Sundhedsvæsen	Region Sjælland
Allan Wessel Teamleder	Kommunernes Landsforening
Anja Thoft Bach Sundheds- og omsorgschef	Ringkøbing-Skjern Kommune
Karen Toke Fagdirektør	Københavns Kommune
Bolette Friderichsen Speciallæge i almen medicin og formand for DSAM, praktiserende læge hos Familielægerne i Hobro	Dansk Selskab for Almen Medicin
Søren Prins Speciallæge i almen medicin og formand for DSAM's Videreuddannelsesudvalg, praktiserende læge hos Midtbylægerne i Silkeborg	Dansk Selskab for Almen Medicin
Malene Nepper Læge og hoveduddannelse i almen medicin, formand for Forum for Yngre Almenmedicinere	Dansk Selskab for Almen Medicin

NAVN	UDPEGET AF
Niels Ulrich Holm Praktiserende læge og Næstformand i PLO	Praktiserende Lægers Organisation
Dea Kehler Almen mediciner og akutmediciner, medlem af LVS' bestyrelse	Lægevidenskabelige Selskaber
Catherine Foss Cheflæge på Ældresygdomme på AUH	Lægevidenskabelige Selskaber
Anne Holm Hansen Direktør i Astma-Allergi Danmark	Danske Patienter
Anja Bihl-Nielsen Politisk chef i Alzheimerforeningen	Danske Patienter
Morten Freil Direktør i Danske Patienter	Danske Patienter
Rikke Hamfeldt Seniorkonsulent	Ældre Sagen
Jeppe Rohde Fransson Politisk konsulent	Danske Handicaporganisationer
Karoline Baldur Jensen Hygiejnesygeplejerske ved CEI – Statens Seruminstitut	Dansk Sygepleje Selskab
Stine Moon Kvalitetssygeplejerske med ansvar for hygiejne i Kalundborg Kommune	Dansk Sygepleje Selskab
Flemming Bro Lægefaglig konsulent i KiAP og professor ved Forskningsenheden for Almen Praksis Aarhus	Kvalitet i Almen Praksis
Jens Søndergaard Forskningsleder og professor (FEA/FE)	Forskningsenheden for Almen Praksis
Katrina Feilberg Schouenborg Branchedirektør	Dansk Erhverv
Anne Kjærsgaard/Mette Møller Karsten Sektionsleder/Læge	Sundhedsdatastyrelsen
Ask Lyno-Hansen/Gro Kari Holen/Mari Louise Bro Larsen Kontorchef/Chefkonsulent/Chefkonsulent i Center for det behandlende sundhedsvæsen	Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sundhed for alle ♥ + ●