



Foranalyse af den fremtidige opgaveløsning i almen medicinske tilbud



Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	3
2. Udvikling og centrale udfordringer	5
2.1. Udvikling i demografi og sygdomsbillede	5
2.2. Flere patienter og øget kompleksitet	7
2.3. Ulighed og geografiske forskelle	8
2.4. Uensartede tilbud og vilkår	11
2.5. Utilstrækkeligt samarbejde mellem kommuner og almen medicinske tilbud	12
2.6. Udvikling i de almen medicinske tilbud	13
2.7. Opsamling	15
3. Muligheder for ændret opgavevaretagelse	16
3.1. Kronisk Obstruktiv Lungelidelse	17
3.2. Type-2 diabetes	18
3.3. Hjertesygdomme	19
3.4. Multisygdom	20
3.5. Muskel-skelet sygdomme	21
3.6. Psykisk sygdom	22
3.7. Særligt om ældre medicinske patienter	23
3.8. Basal palliation	24
3.9. Opsamling	25
4. Forudsætninger for ændret opgavevaretagelse	26
4.1. Opgaver og funktioner i fremtidens almen medicinske tilbud	26
4.2. Kompetencer og kliniske retningslinjer	27
4.3. Tværfaglig opgavedeling	29
4.4. Organisering og samarbejde	30
4.5. Fysiske rammer, udstyr og teknologi	32
4.6. Opsamling	33
5. Sammenfatning og videre analyse	35
5.1. Sammenfatning	35
5.2. Perspektivering og forslag til videre analyse	37

1. Introduktion

Danmark vil i de kommende år se en stor stigning i antallet af ældre, en stor stigning i kroniske sygdomme og en stigning i patienter med multisygdom. Der vil ske en stigning i patienter med psykiske sygdomme og en stigning i fortsat mere komplekse patientforløb. Det udfordrer den aktuelle organisering af opgaverne i sundhedsvæsenet, og fordrer en omstilling, hvor flere af disse patientgrupper skal varetages i det primære sundhedsvæsen. Almen medicinske tilbud har en afgørende rolle i denne omstilling til fremtidens primære sundhedsvæsen.

Der er med aftalen om Sundhedsreformen af 20. maj 2022, enighed blandt aftalepartierne om at igangsætte et analysearbejde vedr. omstilling og styrket kapacitet i almen medicinske tilbud frem mod 2035. Analysearbejdet skal dermed understøtte omstillingen til det primære sundhedsvæsen, herunder understøtte opgaveudvikling og samarbejde, så almen medicinske tilbud kan varetage nye opgaver og opgaver med større kompleksitet.

Sundhedsstyrelsen har af Indenrigs- og Sundhedsministeriet fået til opgave at udarbejde en foranalyse af den fremtidige opgaveløsning i almen medicinske tilbud, med afsæt i et scenarium med markant øget kapacitet, som følge af flere speciallæger i almen medicin.¹

Foranalysen har til formål at angive behovet og mulige potentialer for ændret opgaveløsning i almen medicinske tilbud, som det vil være relevant at afdække nærmere. Foranalysen skal belyse:

1. De væsentligste sundhedsmæssige udfordringer de kommende 15-25 år ift. udviklingen i befolkningssammensætningen og sygdomsbilledet. Udviklingen i sygdomsbilledet relateres til udviklingen i efterspørgslen på sundhedsydelse i sundhedsvæsenet bredt og i almen medicinske tilbud specifikt.
2. Muligheder for opgaveflytning og -samling til det primære sundhedsvæsen og almen praksis specifikt for udvalgte sygdomsgrupper samt en beskrivelse af behovet for kompetencer i det primære sundhedsvæsen for at kunne løse den nye/ændrede opgavevaretagelse og almen medicinske tilbuds rolle heri.
3. Muligheder for at styrke almen medicinske tilbuds behandlingsansvar gennem opgaveudvikling som vil kunne aflaste det samlede sundhedsvæsen gennem et mindsket træk på regionale akutfunktioner, sengeafdelinger på sygehusene mv. Områder af særlig interesse kan være samarbejdsfladen til kommunerne, og potentialet i et styrket samarbejde.

I forhold til punkt 2 og 3 er muligheder for ændret opgavevaretagelse beskrevet i kapitel 2, og i kapitel 3 er beskrevet de overordnede forudsætninger og udviklingsspor, herunder kompetencer, der skal muliggøre en ændret opgavevaretagelse og et styrket

¹ Lægeprognose 2021-2045: Udbuddet af læger og speciallæger. Sundhedsstyrelsen, 2022.

behandlingsansvar i almen medicinske tilbud som led i en omstilling til det primære sundhedsvæsen. Foranalysen omhandler almen medicinske tilbud som en helhed i det primære sundhedsvæsen, og beskæftiger sig derfor ikke med de enkelte praksisser, som hver for sig kan passe mere eller mindre til de generelle beskrivelser i foranalysen.

Foranalysen er baseret på udvalgte centrale rapporter og analyser, hvortil Sundhedsstyrelsen har foretaget en række sammenstillinger og vurderinger på baggrund af egne udgivelser og anbefalinger på relevante områder samt styrelsens generelle viden om det primære sundhedsvæsen. Involvering af eksterne faglige aktører har ikke været en del af opgavebeskrivelsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har igangsat yderligere tre foranalyser vedrørende almen medicinske tilbud, med fokus på kortlægning af udvikling i praksisformer, rekruttering af speciallæger i almen medicin og opgaveløsning i almen medicinske tilbud. I sundhedsreformen indgår desuden en række andre tiltag som understøtter omstilling af sundhedsvæsenet, herunder bl.a. en national kvalitetsplan med krav og anbefalinger til kvaliteten i de kommunale indsatser, etablering af sundhedsklynger, og nedsættelse af en robusthedskommission, med det formål at anbefale tiltag, som kan håndtere de grundlæggende udfordringer med mangel på personale, og tid til at varetage kerneopgaverne i sundhedsvæsenet.

Regeringen har i marts 2023 nedsat en sundhedsstrukturkommission, der skal opstille og analysere modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, hvilket vil være rammesættende for det videre arbejde på baggrund af denne foranalyse. Kommissionens anbefalinger og vurderinger af den fremtidens struktur i sundhedsvæsenet skal bl.a. omfatte *En organisering og styring af almen praksis, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger.*²

I foranalysen benyttes generelt begrebet *almen medicinsk tilbud*, om en organisatorisk enhed, som rummer en eller flere speciallæger i almen medicin samt praksispersonale. Dette skyldes, at Sundhedsstyrelsen ikke vil forudsætte en bestemt struktur for de almen medicinske tilbud i fremtiden. Begrebet *almen praksis* benyttes dog, når der refereres fra data, rapporter m.m. som bruger denne betegnelse. Begrebet *speciallæge i almen medicin* benyttes når det specifikt er lægen i det almen medicinske tilbud, der omtales. *Behandling i det specialiserede sundhedsvæsen* benyttes om sundhedstilbud i øvrige lægefaglige specialer, både på sygehusene og ved praktiserende speciallæger.

Endelig skal det bemærkes, at den øvrige praksissektor, herunder praktiserende speciallæger, psykologer, fodterapeuter, diætister, fysioterapeuter m.m., ikke indgår i denne foranalyse, som dermed kun beskriver en del af det primære sundhedsvæsen.

² Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023.

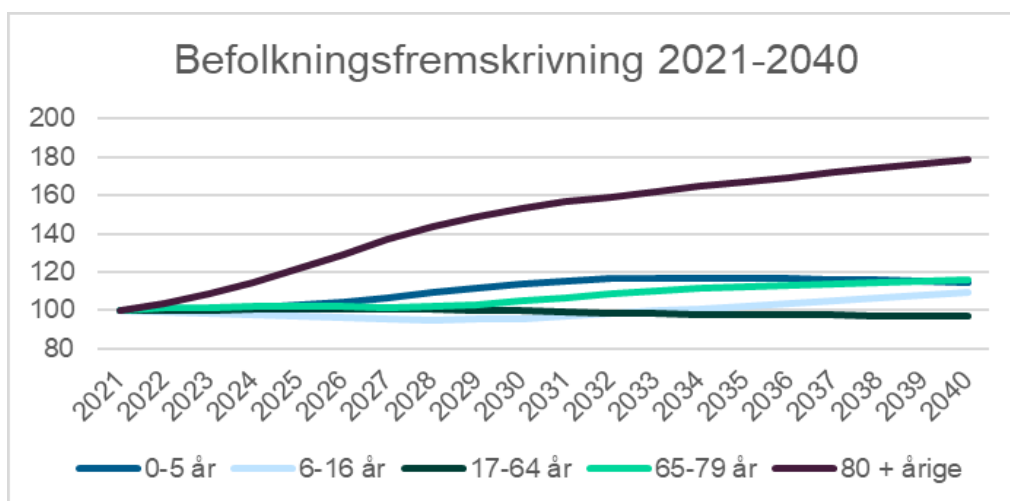
2. Udvikling og centrale udfordringer

I dette kapitel beskrives de væsentligste tendenser, som har betydning for den fremtidige efterspørgsel på sundhedsydelser i almen medicinske tilbud.

2.1. Udvikling i demografi og sygdomsbillede

I Danmark forventes befolkningen at vokse fra 5,8 mio. borgere i 2019 til 6,4 mio. borgere i 2060, svarende til en stigning på cirka 10%. Borgere over 65 år vil udgøre en væsentligt større andel af befolkningen, og antallet af ældre over 80 år forventes at stige fra cirka 4% af befolkningen i 2019³ til cirka 10% i 2060⁴. Der forventes således en stigning fra ca. 229.000 personer over 80 år i 2019 til ca. 596.000 personer over 80 år i 2060.

Figur 1. Befolkningsfremskrivning 2021-2040.



Kilde: Danmarks Statistik, Befolkningsfremskrivning 2021.

Generelt stiger behovet for sundhedsydelser med alderen, og ældre borgere med særlige helbredsudfordringer må derfor forventes at fylde relativt mere i sundhedsvæsenet fremover. De store fremskridt, som man har set inden for blandt andet diagnostik og behandling af fx kræftsygdomme, hjertesygdomme, diabetes og bevægeapparatssygdomme

³ Danmarks Statistik, Folketal (november 2022)

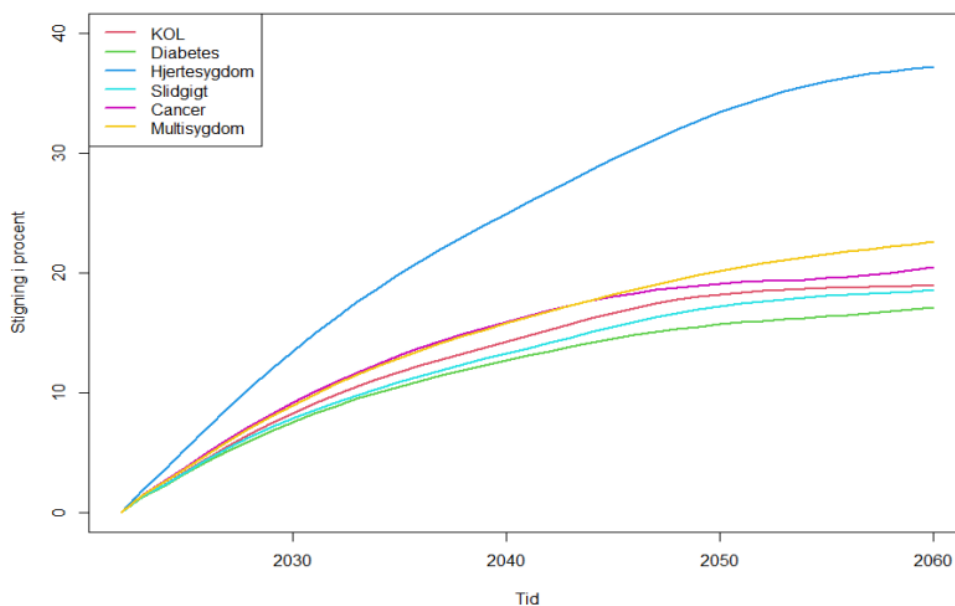
⁴ Danmarks Statistik, Befolkningsfremskrivning 2022 (november, 2022)

såsom slidgigt har endvidere medført, at patienterne i dag lever længere og med et højere funktionsniveau.

Både andelen af befolkningen, der lever med en eller flere kroniske sygdomme og antallet af kroniske sygdomme pr. person, stiger i takt med alderen. Andelen af dem der lever med 4 eller flere sygdomme udgør mere end 10% af de ældre på 65 år eller derover⁵.

Fremskrivninger viser, at forekomsten af kroniske sygdomme vil øges markant over de kommende år. Figur 2 skitserer den forventede stigning i procent i udviklingen af henholdsvis KOL, diabetes, hjertesygdom, slidgigt, cancer og multisygdom. Derfor vil kroniske sygdomme og multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme samtidig) også fylde mere i sundhedsvæsenet fremover, hvilket tilsammen vil medføre en væsentlig stigning i behovet for sundhedsydelse.

Figur 2. Den procentvise udvikling i forekomsten af hhv. KOL, diabetes, hjertesygdom, slidgigt, cancer og multisygdom.



Kilde: Frølich A & Stockmarr A (2022). Multisygdom i Danmark. Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed. Videns- og Forskningscenter for Multisygdom og Kronisk sygdom. Region Sjælland.

Patienter med kroniske sygdomme udgør i dag en stor del af opgaven i de almen medicinske tilbud. Undersøgelse af sygdomsbyrden i Danmark i perioden 2017-2018 viste, at det højeste ekstra antal kontakter til almen praksis, ses blandt personer med lænderygsmerter, depression, slidgigt, nakkesmerter og type 2-diabetes, hvor der for hver gruppe

⁵ Schiøtz ML et al (2017). Social disparities in the prevalence of multimorbidity- A register-based population study. BMC Public Health, 17 (1), 422

ses ca. 2,1-3,6 mio. ekstra antal kontakter⁶ om året. Dernæst følger personer med KOL, angst og iskæmisk hjertesygdom, hvor der for hver gruppe ses ca. 1,0-1,2 mio. ekstra antal kontakter til almen praksis om året.⁷

De seneste 10 år er der sket en markant stigning i antallet af borgere, der har haft kontakt med psykiatrien i det regionale sundhedsvæsen, særligt blandt børn og unge. Psykiske lidelser er meget almindelige, og det skønnes at ca. 40-50% af befolkningen på et tidspunkt i livet vil få en psykisk lidelse.^{8,9}

2.2. Flere patienter og øget kompleksitet

Udviklingen hen imod mere specialiserede og centraliserede indsatser på sygehuse har øget kompleksiteten af patientforløbene og koordineringsopgaven for de almen medicinske tilbud.

De almen medicinske tilbud og kommunerne har til sammen ansvaret for pleje, forebyggelse og behandling af patienter med kroniske sygdomme. Hensigten er, at tidlig opsporing og forebyggelse skal hindre forværring og funktionsevnedssættelser, samt begrænse indlæggelser således at behandlingen kan sættes ind på et tidligere tidspunkt, og kan foregå i det primære sundhedsvæsen. Kortere indlæggelsestider stiller samtidig krav til, at almen medicinske tilbud og kommuner har kompetencer og ressourcer til at varetage et fortsat behandlings- og plejebæhov efter udskrivelse, ligesom det stiller større krav til gode overgange fra sygehus til det primære sundhedsvæsen.

Mennesker med multisygdom modtager ofte flere tidsmæssigt sammenfaldende indsatser på tværs af sektorer, faggrupper og lovgivning, som nogle gange knytter sig til samme problemstilling men ikke altid. Udfordringen er, at mens problemstillingerne for mennesker med multisygdom er komplekse, mangeartede og stiller krav til helhedsorientering og sammenhæng, så løses de ofte som om, at den enkelte sygdom stod alene. Det risikeres herved, at de enkelte aktører hver især alene fokuserer på deres eget kompetenceområde og ikke kommunikerer denne viden til de øvrige parter i patientens forløb. Patienter og pårørende har derfor stor risiko for selv at ende med at skulle skabe et overblik over kontakterne de forskellige steder i sundhedsvæsenet; hvad der bliver sagt, og om der bliver fulgt op. Der er flere udfordringer i forhold til, at de almen medicinske tilbud kan danne sig dette nødvendige overblik for at kunne varetage en tovholderfunktion. Der mangler både styrket koordination og vidensdeling på tværs af sektorer og specialer, samt for en tilrettelæggelse af konsultationen, så det er muligt at tage højde for flere

⁶ Note: Ud af de undersøgte 15 byrdemål. Ekstra antal kontakter pr. år opgøres som forskellen mellem antal kontakter blandt personer med en given sygdom og det gennemsnitlige antal kontakter blandt personer i referencepopulationen, som består af personer med samme køns- og aldersfordeling, samme uddannelsesnivea samt ens sygelighed fra Charlson Comorbidity Index, Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

⁷ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

⁸ Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen, 2022

⁹ OECD. Mental Health and Work: Denmark. OECD, 2013

problemstillinger på en gang. Herudover mangler der mere viden om multisygdom og retningslinjer for, hvordan flere samtidige sygdomme bedst behandles.¹⁰

Gruppen af patienter med psykiske sygdomme vil forventelig fylde mere i fremtidens almen medicinske tilbud. Der er afdækket en række udfordringer for almen medicinske tilbud i det faglige oplæg til 10-års planen for psykiatriområdet. Man finder her, at der er en utilstrækkelig opsporing af psykisk sygdom i almen medicinske tilbud, da vurdering og udredning af mennesker i psykisk mistrivsel og med mulig psykisk lidelse er tidskrævende, og at de almen medicinske tilbud ikke altid har de nødvendige rammer til en grundig udredning og vurdering. Det er endvidere en udfordring for udredning og behandling af mennesker med psykisk sygdom, at almen medicinske tilbud ikke har tilstrækkelig mulighed for lettilgængelig rådgivning og hurtig psykiatrisk vurdering fra sygehuset eller praktiserende speciallæger i psykiatri. Herudover er der også et fokus på en utilstrækkelig forebyggelse af kendte risikofaktorer for somatisk sygdom for mennesker med psykiske lidelser.¹¹

2.3. Ulighed og geografiske forskelle

Uddannelsesvarighed er en typisk en god indikator for social ulighed i sundhed. Personer med kortere uddannelse rammes oftere af sygdom, mærker større konsekvenser af sygdommene og dør af sygdommene tidligere end personer med lang uddannelse. Personer med kort uddannelse rammes oftere af sygdommene diabetes, iskæmisk hjertesygdom og cerebrovaskulær sygdom (blodkarsygdomme i hjernen), kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), lungekræft, tyk- og endetarmskræft, muskel-skelet-lidelser, selvrapporterede smerter og ubehag i ryg, nakke og led, depression samt demens. Personer med kort uddannelse indlægges oftere med forebyggelige indlæggelser, det vil sige indlæggelser, der potentielt set kunne være forebygget.¹²

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af denne foranalyse modtaget data fra Sundhedsdatastyrelsen baseret på datapakker til sundhedsklyngerne på borgere på 80 år og derover, borgere med udvalgte kroniske sygdomme og borgere med psykisk sygdom, og deres brug af sundhedsvæsenet. Antallet af ældre på 80 år og derover, mennesker med psykisk sygdom, og mennesker med kronisk sygdom er ikke jævnt fordelt mellem landets kommuner. Blandt kommunerne med flest borgere på 80 år eller derover ligger eksempelvis Langeland kommune med 89 borgere på 80 år og derover pr. 1.000 borgere i befolkningen, mens tallet blot var 21 for Københavns Kommune. Den samme tendens gør sig gældende for borgere med udvalgte kroniske sygdomme, hvor Langeland Kommune med 248 borgere med kronisk sygdom pr. 1.000 borgere i befolkningen har flest kronisk syge, mens tallet for Københavns Kommune, som har færrest, er 146.

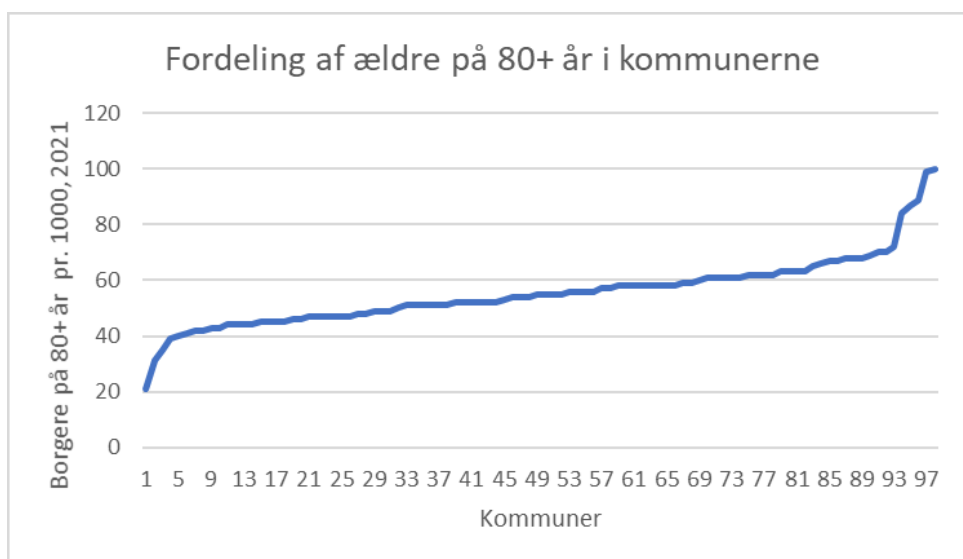
¹⁰ Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom, Sundhedsstyrelsen, 2023 (afventer offentliggørelse).

¹¹ Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser – Fagligt oplæg til en 10-års plan, Sundhedsstyrelsen, 2022.

¹² Social ulighed i sundhed og sygdom, Udviklingen i Danmark 2010-2017, Sundhedsstyrelsen, 2020

Denne skæve fordeling resulterer i store forskelle mellem sundhedsbehovene kommunerne imellem.

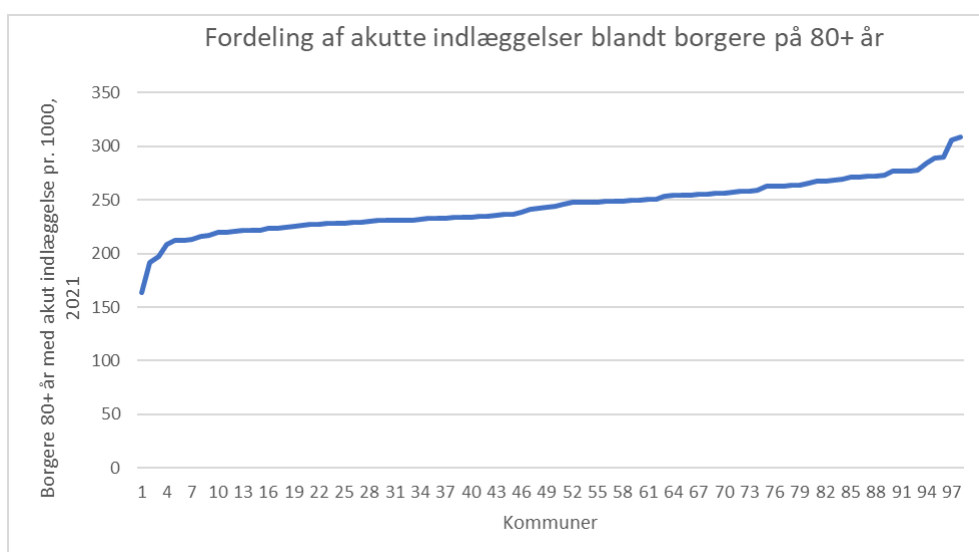
Figur 3. Antal ældre på 80+ år pr. 1.000 indbygger fordelt på kommuner, 2021.



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

Brugen af sygehusene er ligeledes forskellig på tværs af landets kommuner, både i forhold til akutte og planlagte ophold, ambulant og ved indlæggelse. Hvis man ser bort fra enkelte små ø-kommuner, spænder antallet af borgere på 80 år og derover med akutte indlæggelser i 2021 eksempelvis fra 192 pr. 1.000 borgere i Norddjurs Kommune til 309 i Hvidovre Kommune. Den samme tendens ses for forebyggelige indlæggelser blandt borgere på 80 år. Her er Norddjurs og Hvidovre kommuner igen at finde i hhv. bunden og toppen, med hhv. 89 og 169 forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 borgere.¹³

Figur 4. Antal akutte indlæggelser blandt borgere på 80+ år, pr. 1.000 borgere fordelt på kommuner, 2021.

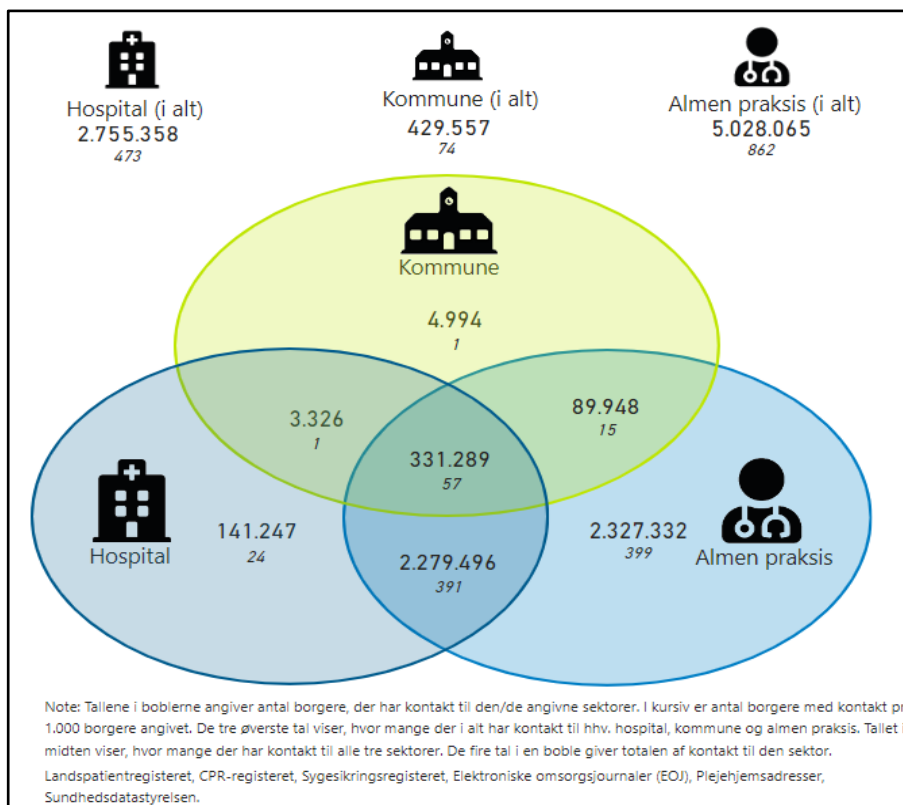


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

¹³ Sundhedsdatastyrelsen, tal fra datamodellen for Sundhedsdata på tværs, opgjort januar 2023.

Figur 5 illustrerer fordelingen af borgernes kontakt til sundhedsvæsenet i 2021. Det fremgår, at den største gruppe på 2.327.332 borgere udelukkende blev set i almen praksis, men også, at en næsten lige så stor del på 2.279.496 borgere havde kontakt med både almen praksis og sygehus.

Figur 5. Antal borgere med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer i 2021.



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

2.4. Uensartede tilbud og vilkår

En central strukturel udfordring for primærsektoren omhandler uensartet lægedækning på tværs af landet, som ikke modsvarer befolkningens behov, der bl.a. ses i sundhedsprofilerne.¹⁴ Områder med mange ældre og patienter med kronisk sygdom er samtidig ofte også områder, hvor der decideret mangler praktiserende læger.

Karakteristisk for de almen medicinske tilbud er betydelig variation i forhold til praksisformer og patientsammensætning samt i forhold til den måde, som behandlingen

¹⁴ Danskernes Sundhed – den nationale sundhedsprofil 2021, Sundhedsstyrelsen, 2022.

tilrettelægges på og adgangen til regionale og kommunale tilbud. Det kan ses som en styrke, at de almen medicinske tilbud har mulighed for at tilpasse organisering og arbejdsgange som de ønsker, men variationen kan også være en udfordring i forhold til at opnå en ensartet kvalitet i de almen medicinske tilbud på tværs af landet. Rapporten 'Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kronisk sygdom viste, at der var stor variation på tværs af almen praksis i antallet af sygehuskontakter for patienter med KOL og type 2-diabetes, i forhold til det forventede. I undersøgelsen var der taget hensyn til forskelle i patientsammensætning og geografi, og det konkluderes derfor, at indsatsen til mennesker med kroniske sygdomme i almen praksis ikke var ensartet.¹⁵ Efter indførelse af 'kronikerhonoraret' i overenskomsten for almen praksis 2018-2021, er andelen af patienter med KOL og/eller type 2-diabetes, hvor der afregnes med et "kronikerhonorar", steget, og disse patienter har færre ambulante hospitalsbesøg. Der er dog stor forskel på andelen af borgere, der afregnes efter "kronikerhonorar" på tværs af almen praksis.¹⁶ Den fundne variation imellem almen praksis i forhold til, hvilken indsats patienterne tilbydes, eksisterer formentlig også på andre sygdomsområder.

Uensartethed forekommer også i de almen medicinske tilbuds adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehusene. Det ses i forhold til hvilke undersøgelser, der er adgang til, og hvor lang ventetid der er. Adgangen fastlægges i lokale aftaler, og der kan derfor være forskellige regler for henvisning til radiologiske afdelinger i samme region.¹⁷

Almen medicinske tilbuds mulighed for faglig sparring og rådgivning fra speciallæger i andre specialer, enten på sygehuse eller private klinikker, er ligeledes præget af stor heterogenitet både geografisk og specialemæssigt. Dette øger risikoen for både afviste henvisninger til speciallæger, men også unødvendig henvisning af patienter ved speciallæger, som kunne være håndteret i almen medicinske tilbud med den rette sparring og rådgivning. Uden systematik og konkrete aftaler om adgang til faglig sparring, risikerer speciallægen i almen medicin at ringe forgæves eller bruge unødigt tid på at vente på sparring eller rådgivning fra anden speciallæge.

2.5. Ustilstrækkeligt samarbejde mellem kommuner og almen medicinske tilbud

En forudsætning for en styrkelse af de almen medicinske tilbuds håndtering af ældre og kronisk syge er større ensartethed i de kommunale sundhedstilbud. Den nuværende uensartethed i både kvalitet og tilgængelighed af de kommunale sundhedsindsatser, herunder rehabiliteringstilbud og tilbud til mennesker med psykisk lidelse, giver ulige vilkår for samarbejdspartnere omkring patienternes fælles forløb. Det er svært for de almen medicinske tilbud at få viden og overblik over hvilke tilbud, de kan henvise patienter til, og det øger kompleksiteten og koordineringsopgaven. Kommunerne er for nuværende ikke forpligtede til ensartede sundhedstilbud, men den politiske aftale om en national

¹⁵ Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser. VIVE - Viden til Velfærd, 2020

¹⁶ Kronikerhonorar for borgere med type 2-diabetes og KOL 2018-2021, Sundhedsdatastyrelsen, 2022.

¹⁷ Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakkeforløb, VIVE, 2021.

kvalitetsplan¹⁸, herunder Sundhedsstyrelsens igangværende arbejde med kvalitetskrav og -anbefalinger til udvalgte kommunale indsatser, forventes at mindske forskellene inden for de omfattede tilbud.

Tilsvarende har kommunerne et øget behov for at kunne trække på de lægelige kompetencer til det stigende antal ældre, ofte kronisk syge borgere. Denne gruppe har behov for hyppig lægefaglig hjælp til at håndtere tegn på forværring, justere medicin, og alene eller i samarbejde med det specialiserede sundhedsvæsen, lægge en plan for pleje og behandling og løbende justere denne. Dette gælder særligt i forhold til syge og plejekrævende borgere på kommunale sengepladser, som de kommunale akutfunktioner og midlertidige pladser. VIVE har i rapporten "Det kommunale akutområde – erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner (2021)" afdækket en række udfordringer for almen praksis og samarbejdet med kommunerne, herunder, at der er betydelig variation imellem almen praksis i forhold til deltagelse i samarbejdet, at nogle læger kan være svære at få kontakt til (i hvert fald inden for kort tid), at der kan være lange afstande til sygebesøg på midlertidige kommunale sengepladser, og at der kan være uklarhed om det lægelige behandlingsansvar for nyligt udskrevne patienter.¹⁹

I forhold til samarbejdet med kommunerne er der et øget behov for effektiv kommunikation mellem kommune og almen medicinsk tilbud, men det er en udfordring, at de eksisterende kommunikationsveje er utilstrækkelige og uhensigtsmæssige. Kommunikation sker i dag primært via telefonopkald, fritekstbaserede korrespondancemeddelelser og det fælles medicinkort (FMK). I program for Digital Almen Praksis er der i 2018 igangsat et projekt om kommunikation med kommunal pleje, men udfordringen er endnu ikke løst.²⁰ En yderligere forudsætning for optimering af kommunikationen er forbedringer af mulighederne for deling af patientdata og journaloplysninger på tværs af sygehus, kommune og almen medicinske tilbud.

2.6. Udvikling i de almen medicinske tilbud

Sygehusene har de seneste 15-20 år gennemgået en markant udvikling gennem samling og specialisering af behandling, hvilket har bidraget til et væsentligt kvalitetsløft, store behandlingsmæssige fremskridt og understøttet en nødvendig faglig udvikling, der har bidraget til, at man kan tilbyde behandling af høj kvalitet på tværs af hele landet. De almen medicinske tilbud har sideløbende udviklet en mere evidensbaseret tilgang og faglige kliniske retningslinjer, som har bidraget til at løfte kvaliteten af indsatserne.

Udviklingen på sygehusene har medført faldende indlæggelsestider og en betydelig reduktion i antallet af sengepladser, at der for mange er blevet længere afstand til

¹⁸ Aftale om sundhedsreform af 20. maj 2022.

¹⁹ Det kommunale akutområde – erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner, VIVE, 2021.

²⁰ <https://medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/>

sygehustilbud, og at opgaver, som tidligere blev løst på sygehusene, bliver overladt til primærsektoren.

Undersøgelser viser, at væksten i antallet af hospitalsansatte læger langt har overgået væksten af læger ansat i almen praksis, og der er aktuelt stor variation i antallet af patienter pr. speciallæge i almen medicin. I 2022 var der gennemsnitligt 1649 patienter pr. læge, således at der i Region Nordjylland, hvor der var flest, i gennemsnit var 1785 patienter pr. læge og i Region Syddanmark, hvor der var færrest, var 1527. Ifølge overenskomsten for almen praksis kan den enkelte praksis lukke for tilgang når antallet af gruppe 1 sikrede patienter overstiger 1600, og 61% af alle praksis'er havde lukket for tilgang af nye patienter pr. marts 2022. I nogle områder er tallet dog væsentligt højere, fx Lolland, Guldborgsund og Vordingborg kommuner, hvor tallet var 89-100%.²¹ Samtidig oplever nogle almen medicinske tilbud, særligt i områder med stort udbud af almen medicinske tilbud, at en større andel af patienterne henvender sig med problemer af psykosocial, trivselsmæssig eller eksistentiel karakter, som ikke kræver lægefaglige kompetencer.

Ud af samlet 4500 speciallæger i almen medicin i Danmark i 2016 var ca. 750 beskæftiget uden for almen medicinske tilbud, primært på sygehuse.²² Til gengæld er der de seneste år sket en udvikling i antallet af andre faggrupper ansat i almen praksis, således er antallet af fuldtidssygeplejersker steget fra 1144 i 2018 til 2054 i 2022.²³

Organisatorisk har de almen medicinske tilbud gennem en lang årrække været styret ud fra en aftalemodel, hvor offentlige parter i en overenskomstaftale via Praktiserende Lægers Organisation laver en aftale med lægerne, der giver dem ansvaret for, at alle borgere har mulighed for at få lægehjælp. De almen medicinske tilbud har undergået flere forandringer siden anerkendelsen af almen medicin som speciale. Uddannelsen og muligheder for efteruddannelse er forbedret, og flere speciallæger i almen medicin etablerer sig i dag i større enheder som lægehuse, hvor der typisk er tilknyttet flere læger og andet praksispersonale. Herudover er det i overenskomstaftaler mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takst Nævn besluttet, at speciallæger i almen medicin i højere grad skal arbejde med kvalitetsudvikling i faglige fællesskaber (klynger), og at kvalitetsarbejdet baseres på data. Nye praksisformer er således opstået ved siden af solopraksis-modellen. Samtidig er mange af grundelementerne i de almen medicinske tilbuds rolle, opgaver og forpligtelser bibeholdt sammen med aftalemodellen.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at den nuværende struktur med speciallæger i almen medicin, der selvstændigt driver almen medicinske tilbud, indebærer nogle udfordringer i forhold til at forpligte alle almen medicinske tilbud til at indgå i koordinerede, forpligtende samarbejder om opgaver, der hører til i det primære sundhedsvæsen. Strukturen med mange små selvstændige enheder medfører et behov for betydelig koordination, når der skal reageres ensartet på ændrede vilkår for de almen medicinske tilbud.

²¹ PLO faktaark 2022, Praktiserende Lægers Organisation.

²² PLO Analyse Speciallæger i almen medicin uden for almen praksis, 2016, Praktiserende Lægers Organisation.

²³ Anne Steenberger (2022): Sundhedsøkonom: ingen parter har løsningen på sundhedsvæsenets største problem. Ugeskrift for Læger

Strukturen kan således udgøre en barriere for at udrulle landsdækkende tiltag, som det fx var erfaringen under COVID-19 epidemien og massevaccinationsprogrammerne mod influenza og COVID-19, som ikke kunne planlægges, koordineres og udrulles samlet i de almen medicinske tilbud, hvorfor der måttet findes et alternativt set-up sammen med regionerne i form af en statslig-regional organisering.

2.7. Opsamling

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er væsentlige udfordringer for det samlede sundhedsvæsen og for almen medicinske tilbud, givet følgende:

- Der bliver flere ældre, flere mennesker med kronisk sygdom, flere mennesker med psykisk sygdom og flere mennesker med multisygdom. Dette kræver andre kompetencer til sundhedsfaglige vurderinger af helbredstilstand og funktionsevne, behandlingsvalg, pleje og rehabilitering samt inddragelse af patienternes præferencer, ligesom patienter, læger m.fl. skal navigere i et komplekst sundhedsvæsen.
- Der er ujævn geografisk fordeling af antallet af ældre på 80 år og derover, mennesker med psykisk sygdom, og mennesker med kronisk sygdom samt social ulighed i sundhed. Denne skæve fordeling i omfanget og karakteren af sundhedsproblemerne, er ikke modsvaret i fordelingen af kapaciteten af almen medicinske tilbud.
- Der er geografiske forskelle i antallet af sygehusophold pr. 1.000 borgere på tværs af landets kommuner i forhold til akutte og planlagte ophold, ambulante ophold og indlæggelser.
- Der er betydelig variation i de almen medicinske tilbud med hensyn til praksisformer, patientsammensætning og tilrettelæggelse af behandling.
- Der er uensartethed i almen medicinske tilbuds adgang til at bestille diagnostiske undersøgelser på sygehuse, og i adgangen til rådgivning fra specialister.
- Der er et utilstrækkeligt samarbejde mellem almen medicinske tilbud og kommuner, som har et stadigt større behov for at kunne trække på lægefaglige kompetencer.
- Væksten i antallet af hospitalsansatte læger har langt overgået væksten af læger ansat i almen medicinske tilbud, og der er stor variation i antallet af patienter pr. speciallæge i almen medicin samt i andelen af henvendelser, der kræver specifikt lægelige kompetencer.
- Strukturen med mange små selvstændige almen medicinske tilbud medfører behov for betydelig koordination ved ændrede vilkår, og kan udgøre en strukturel barriere for samlet og ensartet udvikling af de almen medicinske tilbud.

3. Muligheder for ændret opgavevaretagelse

De beskrevne udfordringer for sundhedsvæsenet grundet udviklingen i demografien, sygdomsmønstret, behandlingsmulighederne og sygehusvæsenet i øvrigt, øger markant behovet for, at patientforløb i meget større omfang varetages i et almen medicinsk tilbud.

Det vil stort set altid medføre en ændret varetagelse af opgaverne, når de flyttes fra sygehus til almen medicinske tilbud. Ved flytningen sker et skifte fra læger, der er specialiserede i et bestemt fagområde, til en speciallæge i almen medicin, der er specialiseret i at være generalist. Der sker også et skifte i rammerne fra en stor understøttende kapacitet af andre specialer, faggrupper og udstyr, til rammer med mindre personale og færre faggrupper samt begrænset udstyr. Således sker der ved flytningen en ændret opgavevaretagelse, selvom fx de konkrete spørgsmål lægen stiller ved opfølgning eller den medicinske behandling af en sygdom ikke ændres. Når det er relevante, fagligt udvalgte opgaver, der flyttes, vil den ændrede opgavevaretagelse ikke medføre en ringere kvalitet, og nogle opgavetyper vil kunne varetages bedre, fx fordi risikoen for komplikationer som sygehuserhvervede infektioner mindskes.

For flere af målgrupperne er der tale om indsatser, som allerede til en vis grad varetages i almen medicinske tilbud, og hvor der er mulighed for, at almen medicinske tilbud varetager en større del af patientforløbet, for en større andel af patienterne. Der er således mulighed for færre hospitalskontakter ved at færre patienter henvises til behandling på sygehus, og at de patienter, der henvises, ses færre gange på sygehuset. For flere af målgrupperne vil det ikke være nye opgaver, men i stedet flere af samme type opgaver, som almen medicinske tilbud skal løse for en større andel af patienterne.

For nogle målgrupper vil der også være mulighed for at opgaverne løses med helt andre typer af indsatser i det primære sundhedsvæsen end på sygehusene. Det vil kræve et nærmere analysearbejde med inddragelse af faglige eksperter, før Sundhedsstyrelsen kan beskrive hvilke opgaver, der kan løses på helt nye måder.

De nedenfor beskrevne specifikke målgrupper og indsatser er udvalgt med udgangspunkt i, at der forventes et stigende antal patienter med nedenstående sygdomme i fremtiden, at opgaverne kan løses af en speciallæge i almen medicin, evt. med sparring fra en specialist, eller af andet personale i almen medicinske tilbud, og at opgaverne ikke kræver særligt udstyr. Der er fokuseret på antalsmæssigt store målgrupper, og listen er ikke udtømmende. De beskrevne muligheder for opgaveflytning bør kvalificeres med inddragelse af faglige selskaber.

Forslagene tager udgangspunkt i den eksisterende struktur for de almen medicinske tilbud. Det er muligt, at fremtidige strukturændringer, blandt andet som led i

sundhedsstrukturkommissionens arbejde, vil skabe mulighed for yderligere opgaveflytning eller ændret opgavevaretagelse.

3.1. Kronisk Obstruktiv Lungelidelse

I Danmark er der årligt 15.404 nye sygdomstilfælde af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), og 168.912 personer levede i 2017-2018 med KOL.²⁴ Patienter med KOL har langvarige forløb med adskillige kontakter til sundhedsvæsenet både i den primære og den sekundære sektor. Afhængig af sygdomsudviklingen, har de forløb ved både almen medicinske tilbud, lungeambulatorier, lungemedicinsk eller medicinsk afdeling på sygehuset, samt kommunale tilbud. Patienter med KOL er endvidere i stor risiko for følgesygdomme som knogleskørhed, hjertelidelser mv.

Langt de fleste kontakter for patienter med KOL kan foregå i almen medicinske tilbud, så længe der er foretaget en korrekt diagnose og risikovurdering. Patienter med svær KOL og patienter med svær komorbiditet, vil dog fortsat have behov for specialiseret behandling i sygehusregi.²⁵

Almen medicinske tilbud varetager allerede i dag opgaver i hele patientforløbet fra opsporing, diagnostik og behandling til opfølgning og palliation, men med variation mellem de forskellige praksis'er. Der er formentlig stadig mulighed for opgaveflytning, således at patienterne får færre ambulante hospitalskontakter, hvis alle almen medicinske tilbud kunne varetage en lige så stor del af forløbet, som de praksis'er, der varetager mest. Der er ikke tale om nye opgaver, men mere af samme opgaver. Opgavevaretagelsen i almen medicinske tilbud, herunder varetagelsen af patienter med KOL, afdækkes i en anden foranalyse.

Forebyggelses- og rehabiliteringsopgaven er kommunernes ansvar, og her er der et stort potentiale for færre hospitalskontakter ved at styrke forebyggelsesarbejdet for patienter med KOL. En mere intensiv rehabiliterende indsats, ikke mindst i forhold til tobaksafvænnelse, fysisk træning, ernæring og sygdomsmestring, vil kunne nedbringe behovet for både ambulante sygehusydelse og akutte indlæggelser for patienter med KOL.²⁶ Almen medicinske tilbud spiller en vigtig rolle i forhold til at henvise til de kommunale tilbud, og at inkludere tilbuddene i patientens behandlingsplan. Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2023 kvalitetsstandarder for kommunale tilbud om forebyggelse til borgere med kronisk sygdom.

Almen medicinske tilbud kan i højere grad samarbejde med kommunerne om at forebygge indlæggelser for patienter med KOL, fx ved forværring af sygdom, utryghed hos

²⁴ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

²⁵ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen, 2017

²⁶ Nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL, Sundhedsstyrelsen 2018; Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016.

patient, pårørende og plejepersonale m.v. Det er vigtigt, at der er et løbende samarbejde, så tegn til forværring kan håndteres i tide. I hjemmet kan der være mulighed for, at patienter med KOL tilbydes et telemedicinsk understøttet behandlingstilbud med støtte fra en KOL-sygeplejerske i kommunen, der har ansvaret for instruktion og oplæring af patienten.²⁷ Almen medicinske tilbud inddrages, hvis der er tegn til forværring.

3.2. Type-2 diabetes

Type-2 diabetes er den mest udbredte diabetestype i Danmark, med 14.169 nye sygdomstilfælde årligt, og med 249.437 personer, der levede med type 2-diabetes i perioden 2017-2018.²⁸ De vigtigste risikofaktorer for at få diabetes er arv og livsstil. Risikoen for at få diabetes stiger endvidere med alderen. Patienterne har ofte også forhøjet blodtryk og kolesterol. Behandlingen består af en kombination af kost og motion, samt medicin der sænker blodsukker, blodtryk og kolesterolniveau. Almen medicinske tilbud varetager allerede i dag opgaver i hele patientforløbet fra opsporing, diagnostik og behandling til opfølgning og palliation. Men der er formentlig stadig potentiale i opgaveflytning, således at patienterne får færre ambulante hospitalskontakter, hvis alle almen medicinske tilbud kunne varetage en lige så stor del af forløbet, som de praksis'er der varetager mest, herunder systematisk opfølgning med årskontroller. Der er ikke tale om nye opgaver, men mere af samme opgaver.

Nogle patientgrupper med type-2 diabetes, herunder gravide, patienter med svære følgesygdomme (fx svære fodsår, sværere nyrepåvirkning og sværere synspåvirkning) og patienter med svær regulerbar diabetes, vil fortsat have behov for opfølgning og behandling i sygehusregi. Selve varetagelsen af type-2 diabetes afdækkes i en anden foranalyse.

Forebyggelses- og rehabiliteringsopgaven er kommunernes ansvar, og også her er et stort potentiale for færre sygehuskontakter i styrkelsen af tilbuddene. Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2023 kvalitetsstandarder for kommunale tilbud om forebyggelse til borgere med kronisk sygdom. En meget mere intensiv rehabiliterende indsats, ikke mindst i forhold til tobaksafvænning, fysisk træning, kostomlægning og sygdomsmestring m.v. vil nedbringe behovet for sygehusydelse for patienter med type 2-diabetes.²⁹ Almen medicinske tilbud laver i samarbejde med patienten en behandlingsplan, herunder henvisning til afklarende samtale i kommunen, med henblik på kommunal rehabilitering.

Der vil være et særligt stort potentiale for færre sygehuskontakter ved en styrket indsats mellem almen medicinske tilbud og kommune, i forhold til opsporing og behandling af de mest udsatte patienter med type 2 diabetes, herunder patienter med psykisk lidelse, kort uddannelse, uden beskæftigelse, dårlige sprogkunderskab m.v., som i dag kan blive tabt

²⁷ Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde. Sundhedsstyrelsen 2017

²⁸ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

²⁹ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016.

i de specialiserede sygehusstilbud, men hvor en forstærket indsats i det nære miljø kan forventes at have betydelig effekt.

3.3. Hjertesygdomme

Knap en halv million voksne mennesker i Danmark lever med hjertesygdomme. De hyppigste hjertesygdomme er iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjerteklapsygdom og hjertesvigt.³⁰ Især iskæmisk hjertesygdom, en tilstand med nedsat blodforsyning til hjertemusklens i et sådant omfang, at der opstår iltmangel til hjertemusklens (iskæmi), udgør en stor sygdomsbyrde i Danmark. Der er årligt 18.490 nye sygdomstilfælde af iskæmisk hjertesygdom, og 204.056 personer levede med iskæmisk hjertesygdom i perioden 2017-2018.³¹

De fleste patienter med hjertesygdom starter udredning og behandling hos speciallægen i almen medicin, mens nogle patienter henvises til udredning og behandling på sygehus.

Det gælder for blandt andet iskæmisk hjertesygdom, arytmier, hjertesvigt og forhøjet blodtryk, at en del af de opgaver, der i dag varetages i sygehusregi, kan varetages i almen medicinske tilbud i tæt samarbejde med speciallæger i kardiologi. Efter opstart af korrekt behandling og stabilisering, kan opfølgning overgå til almen medicinske tilbud, således at patienterne får færre hospitalskontakter. Praksispersonale, eller den kommunale sygepleje med særlige kompetencer, kan få en mere central rolle i varetagelse af patientforløb.

Blodfortyndende medicinsk behandling til patienter med visse hjertelidelser varetages i dag flere steder; i almen medicinske tilbud og på sygehus. På sygehusene kan opgaven være delegeret til sygeplejersker. I stigende grad er patienten selv ansvarlig for at justere sin behandling gennem løbende egne målinger af blodets størkningsevne m.v. Tilsvarende vurderes det, at den største del af udredning, behandling og kontrol af forhøjet kolesterol m.v. (forstyrrelser i fedtstofskiftet) bør kunne foregå udenfor sygehus.

Forebyggelse og rehabilitering er kommunernes ansvarsområder, og der er her et stort potentiale for færre sygehuskontakter i styrkelsen af tilbuddene. Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2023 kvalitetsstandarder for kommunale tilbud om forebyggelse til borgere med kronisk sygdom. En mere intensiv rehabiliterende indsats kan nedbringe behovet for sygehusydelse for patienter med hjertesygdom. Rehabiliteringsindsatsen bør være et integreret efterbehandlingstilbud, som generelt omfatter træning, sygdomsmestring og psykosocial støtte. I hjemmet kan der være mulighed for, at patienter med hjertesvigt tilbydes et telemedicinsk understøttet behandlingstilbud med støtte fra den kommunale sygepleje,

³⁰ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom, Sundhedsstyrelsen, 2018

³¹ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

der har ansvaret for instruktion og oplæring af patienten.³² Almen medicinske tilbud inddrages, hvis der er tegn til forværring.

3.4. Multisygdom

Multisygdom, samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme, er udbredt i Danmark. Det anslås, at omkring 1,2 millioner personer lever med multisygdom i Danmark. Mennesker med multisygdom er en heterogen gruppe med forskellige karakteristika og forskellige behov. Overordnet forekommer multisygdom dog hyppigere blandt ældre, blandt mennesker med en lav socioøkonomisk status og forekommer lidt hyppigere hos kvinder end hos mænd. Fælles er, at mennesker med multisygdom ofte har behov for flere parallelle indsatser, som ofte foregår på tværs af sektorer, faggrupper og lovgivning, og Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for multisygdom, beskriver en række modeller for organisering, der kan bedre sammenhængen af forløb for mennesker med multisygdom.³³

Mange patienter med multisygdom ses i almen medicinske tilbud til behandling og opfølgning af en eller flere af de kroniske sygdomme, og – som beskrevet i de foregående afsnit – er der mulighed for at almen medicinske tilbud varetager større dele af disse patientforløb med kronisk sygdom, understøttet af kliniske retningslinjer og sparring fra det specialiserede sundhedsvæsen.

Speciallæger i almen medicin er generalister og har særlige kompetencer i forhold til at se patienten og dennes helbred i et helhedsperspektiv, men for nuværende udnyttes dette ikke fuldt i forhold til patienter med multisygdom. Der er mulighed for, at de almen medicinske tilbud i højere grad vurderer patienternes samlede helbred, og sammen med patienten prioriterer den samlede behandling, således at patienterne opnår bedst mulig sundhed og livskvalitet.

Mennesker med multisygdom får ofte mange lægemidler på samme tid (polyfarmaci). I Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for polyfarmaci ved multisygdom,³⁴ anbefales blandt andet, at almen medicinske tilbud løbende vurderer den samlede farmakologiske behandling af mennesker med multisygdom, som ikke er i længerevarende behandling på hospitalet. Almen medicinske tilbud kan benytte medicingennemgang, med henblik på identificering af muligheder for at nedsætte dosis eller helt fravælge unødvendig eller ud-sigtsløs behandling.

³² Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde. Sundhedsstyrelsen 2017

³³ Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom, Sundhedsstyrelsen, 2023 (afventer offentliggørelse).

³⁴ Polyfarmaci ved multisygdom, Sundhedsstyrelsen, 2022

Speciallægen i almen medicin kan inddrage andre sundhedsprofessionelle til det forberedende og eventuelt opfølgende arbejde i forbindelse med medicingennemgang og -prioritering, herunder farmakologer.

Med projektet *Overblikskonsultationen* fra Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, undersøges det hvorvidt en styrket indsats i almen medicinske tilbud kan føre til mere sammenhængende forløb og dermed højere livskvalitet og sundhed for patienter medmultisygdom. Den styrkede indsats er forankret i almen medicinske tilbud og består af implementering af en fast læge eller fast team, en forlænget konsultationsform, overblikskonsultationen, samt koordinering af tværsektorielt samarbejde ved hjælp af korrespondancer og brug af videokonferencer med relevante sygehusafdelinger. Indsatsen blev i 2022 afprøvet i 14 praksisser i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Erfaringer herfra fører til den endelige model og indsatsen implementeres herefter i 5-600 praksiskapaciteter (22 klynger). Målepunkterne for de samlede effekter af indsatserne har blandt andet fokus på patienternes livskvalitet, antal indlæggelser, dødelighed, medicinforbrug og forbrug af sundhedsydelse, og på speciallægerne i almen medicins arbejds-glæde.³⁵

3.5. Muskel-skelet sygdomme

Muskel-skelet sygdomme (sygdomme i bevægeapparatet) udgør en stor gruppe af forskellige sygdomme, som er meget udbredt i befolkningen. Specielt lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt udgør en stor sygdomsbyrde i Danmark, hvor der i 2017 levede 970.289 personer med lænderygsmerter, 659.811 personer med nakkesmerter og 915.507 mennesker med slidgigt.³⁶ Tilstandene kan være akutte, kortvarige tilstande, såvel som livsvarige kroniske smertetilstande.

Udredning, behandling og opfølgning for mennesker med muskel-skelet sygdomme bør ske i det primære sundhedsvæsen. For nuværende ses en stor andel af patienterne i almen medicinske tilbud, ofte i et samarbejde med praktiserende fysioterapeut og kiropraktor. Alligevel står patienter med muskel-skelet lidelser, fx lænderygs smerter, for et stort antal akutte og planlagte hospitalskontakter hvert år.

Speciallægen i almen medicin er i dag ansvarlig for udredning, herunder undersøgelse for komplikationer og komorbiditet, som har betydning for forløbet. Vurderingen af kompleksitet af tilstanden er en dynamisk proces, hvor lægen i samarbejde med patienten planlægger relevante indsatser. Lægen varetager eventuel farmakologisk behandling samt vejledning om træning, arbejdsmæssige forhold og prognose. Afhængig af kompetencer, kan lægen også tilbyde manuel behandling.³⁷

³⁵ <https://overblikskonsultation.ku.dk/>

³⁶ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

³⁷ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter, 2017

Ved kliniske tegn på alvorlig lidelse (fx stor diskusprolaps, der trykker på nerverne, betydelig rygskævhed, sammenfald af hvirvler) henvises til yderligere udredning på sygehus. I nogle tilfælde kan patienten udvikle en kronisk smertetilstand, som endvidere kan forværres af sociale og psykologiske faktorer, hvor en henvisning til tværfaglige smertecentre kan være relevant.

På sigt er det mulighed for at basal udredning og behandling kan tilrettelægges så ikke alle patienter skal ses af en læge. Det gælder særligt i forhold til, at fysioterapeuter og kiropraktorer har kompetencer til selvstændigt at kunne varetage nogle tilstande i forhold til vurdering og behandling med træning, sygdomsmestring og manuel behandling. Det betyder, at disse faggrupper i højere grad - indenfor fastsatte visitationsretningslinjer m.v. – vil kunne varetage basal vurdering af tilstande som fx. lænderygsmarter, og vil kunne iværksætte tilbud som træning m.v. til patienter med lænderygsmarter, inklusive patienter med lænderygsmarter med rodpåvirkning.

Behandlingsmålet for patienten med kroniske smerter skal være at opnå bedst mulig livskvalitet og forbedring samt fastholdelse af funktionsevnen og tilknytning til arbejdsmarkedet. Det kan ske gennem tilbud om fysisk træning og fysioterapi i kommunen eller hos praktiserende fysioterapeut og behandling hos kiropraktor samt tilbud om sygdoms- og smertemestring i kommunen i en sammenhængende indsats. Almen medicinske tilbud kan også i højere grad varetage den helhedsorienterede smertebehandling selv, med fokus på de psykologiske, sociale og eksistentielle faktorer, der har betydning for patientens smertetilstand. Med opkvalificering af den almenmedicinske speciallæges og praksispersonalets viden og kompetencer inden for kroniske smerter, vil lægen eller det tværfaglige praksispersonale kunne varetage samtaler om sygdomsmestring og smerteforståelse, således at patienterne ikke skal henvises til sygehus eller smerteklinik. De vil endvidere, eventuelt med sparring fra de tværfaglige smertecentre, i højere grad kunne stå for den medicinske behandling og nedtrapning af opioider. Herved vil nogle patienter, som i dag ses på mono- eller tværfaglige smertecentre, formentlig kunne varetages i almen medicinske tilbud.

3.6. Psykisk sygdom

De seneste 10 år er der i Danmark sket en markant stigning i antallet af borgere i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, særligt blandt børn og unge. Psykiske lidelser er meget almindelige, og ca. 40-50% af befolkningen vil på et tidspunkt i livet vil få en psykisk lidelse. Især depression og angst er sygdomme med en betydelig sygdomsbyrde og tegner sig for henholdsvis 23.197 og 11.247 nye tilfælde årligt. I perioden 2017-2018 levede 587.930 personer med depression og 189.717 levede med angst.³⁸ For begge tilstande er årsagerne et komplekst samspil mellem sociale, psykiske og biologiske faktorer. Blandt andet kan stressende livsbegivenheder, herunder alvorlig sygdom, være med til at udløse en depression. Der er sammenhæng mellem somatiske og psykiske

³⁸ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2023

sygdomme, som kan forstærke eller føre til hinanden. Både depression og angst dækker et spektrum af sygdomsgrader fra lettere og forbigående tilfælde til alvorlige, invaliderende tilfælde.

I Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for psykiatriområdet³⁹ er beskrevet behov for en række indsatser til mennesker med psykiske lidelser, herunder indsatser i almen medicinske tilbud. Det er dels nye opgaver, men også opgaver som for nuværende ikke løftes tilstrækkeligt i almen medicinske tilbud.

Der er behov for forebyggende tilbud i almen medicinske tilbud i forhold til kendte risikofaktorer for somatisk sygdom målrettet mennesker med psykisk lidelse, og det er med seneste overenskomstforhandling besluttet at indføre systematiske tilbud om somatiske undersøgelser på botilbud, samt ved patienter, der behandles med antipsykotisk medicin.

Der er endvidere behov for systematisk og målrettet opsporing af psykisk lidelse i almen medicinske tilbud, via validerede værktøjer til tidlig opsporing og identifikation af risikogrupper, herunder et særskilt fokus på mennesker med misbrug. Der er også behov for, almen medicinske tilbud afsætter tilstrækkelig tid til en grundig vurdering og udredning af mennesker med psykisk mistrivsel og mulig psykisk lidelse, da almen medicinske tilbud er den primære indgang til øvrige forebyggende indsatser og behandlingstilbud.

For at kunne løse disse opgaver, skal almen medicinske tilbud have mulighed for lettilgængelig rådgivning og hurtig psykiatrisk vurdering fra sygehuset eller praktiserende speciallæger i psykiatri.

3.7. Særligt om ældre medicinske patienter

Gruppen af ældre medicinske patienter er karakteriseret ved særlige helbredsproblemer, såsom nedsat funktionsevne, fysisk eller kognitivt, nedsat evne til egenomsorg, flere komplekse sociale og medicinske problemer og multimedicing. Den ældre medicinske patient vil med tiden blive mere skrøbelig og have øget risiko for, at mindre belastninger fører til symptomer og sygdom. Almen medicinske tilbud har en betydelig faglig og koordinerende rolle, hvor der er behov for en helhedsorienteret tilgang med et tæt samarbejde med de kommunale tilbud.

Speciallægen i almen medicin skal i samarbejde med de kommunale tilbud identificere og handle på funktionsnedsættelser og svækkelse hos den ældre i dagligdagen. Der ligger et ansvar for opsporing og forebyggelse af funktionsnedsættelse hos den ældre patient. For de skrøbelige ældre patienter, er der potentiale for færre indlæggelser ved opsøgende hjemmebesøg en gang årligt fra almen medicinske tilbud, sammen med en sundhedsfaglig kommunal medarbejder og en pårørende. Med sådanne besøg kan der opnås

³⁹ Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen, 2022

en helhedsorienteret indsigt i den ældres sundhedsproblemer, medicin, ressourcer og funktionsevne og begyndende udfordringer/ændringer kan identificeres og forebygges. Ligeledes kan opfølgende hjemmebesøg i forlængelse af sygehusophold være relevant for den ældre og skrøbelige patient.

Ved en kognitiv funktionsnedsættelse vil den indledende udredning i dag foregå i almen medicinske tilbud, med samtale med patient og pårørende, objektiv undersøgelse, kognitiv test, blodprøver og billeddiagnostik. Såfremt der, efter den indledende vurdering i almen medicinske tilbud, er mistanke om en demenssygdom, som årsag til den kognitive svækkelse, tilbydes patienten oftest henvisning til en regional demensudredningsenhed, med henblik på yderligere udredning; herunder at få stillet en specifik demensdiagnose samt iværksat den rette behandling og støtte for patienten og de pårørende. Sundhedsstyrelsen har i 2020 udgivet Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens.⁴⁰ Det fremgår af anbefalingerne, at det i nogle tilfælde kan være mest hensigtsmæssigt, at speciallægen i almen medicin færdigudreder patienten og undlader at henviser til en regional udredningsenhed. Hvorvidt patienten skal færdigudredes, henvises eller ej, beror på speciallægen i almen medicins individuelle vurdering, samt lægens kompetencer vedrørende demens.

Der er således mulighed for, at almen medicinske tilbud fremover har de fornødne kompetencer til at kunne varetage hele forløbet med udredning og behandling af demens for en større del af patienterne med kognitiv svækkelse, og ved behov, med sparring fra de regionale udredningsenheder. Hvorvidt patienten bør udredes i almen medicinske tilbud eller på en regional demensudredningsenhed afhænger af problemstillingen, samt af demenstilstandens sværhedsgrad.

I forhold til ældre skrøbelige patienter – med og uden livstruende sygdomme – er der endvidere et stort potentiale for at undgå overbehandling og unødvendige indlæggelser, hvis almen medicinske tilbud i højere grad taler med de ældre og deres pårørende om deres overvejelser om den sidste tid, og tager en fælles beslutning om behandlingsniveau.

3.8. Basal palliation

Mange patienter lever længere med livstruende sygdomme, og den palliative indsats spiller derfor en stadig større rolle. Indsatsen tager udgangspunkt i et helhedsperspektiv på patienten og de pårørendes behov i forbindelse med lindring af symptomer og varetagelsen af den sidste tid. Alle patienter med livstruende sygdomme, og ikke kun patienter med kræftsygdomme, kan have behov for en palliativ indsats.

Almen medicinske tilbud kender deres patienter og ofte også deres pårørende. Det kan være meningsfuldt for patienten med en livstruende sygdom i stabil fase og terminal fase

⁴⁰ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, Sundhedsstyrelsen, 2020

at være i vante omgivelser i hjemmet så meget som muligt. Almen medicinske tilbud spiller en stor rolle i forbindelse med basal palliation og kan medvirke til at dette kan lade sig gøre i et tværfagligt samarbejde, ofte med den kommunale sygepleje, og ved behov, mulighed for sparring fra de specialiserede palliative indsatser.

Sundhedsstyrelsen har i 2019 udgivet Anbefalinger for den palliative indsats, men det er fortsat langt fra alle patienter med livstruende sygdomme, fx KOL og hjertesvigt, som får vurderet deres palliative behov og modtager en tilstrækkelig basal palliativ indsats. Der er mulighed for, at almen medicinske tilbud i højere grad varetager opgaver i forhold til den basale palliation, herunder identifikation af patienter med palliative behov, vurdering af palliative behov, samt systematisk tilbud om samtaler med patienter og pårørende om symptomlindring og deres ønsker til den sidste levetid, herunder fremtidig pleje og behandling.^{41,42,43}

3.9. Opsamling

På baggrund af de tidligere beskrevne udfordringer vurderer Sundhedsstyrelsen, at der er mulighed for følgende ændrede opgaver og opgavevaretagelse:

- Der er mulighed for, at almen medicinske tilbud kan varetage en større del af patientforløbene blandt andet ved kronisk sygdom som fx KOL, type-2 diabetes, hjertesygdom, understøttet af kliniske retningslinjer og sparring fra det specialiserede sundhedsvæsen.
- Der er mulighed for, at de almen medicinske tilbud i højere grad vurderer patienter med multisygdoms samlede helbred, laver medicingennemgang og sammen med patienten prioriterer den samlede behandling, således at patienterne opnår bedst mulig sundhed og livskvalitet.
- Der er mulighed for at tilrettelægge mere basal udredning og behandling af muskel-skelet sygdomme i primærsektoren. Det gælder særligt i forhold til, at fysioterapeuter og kiropraktorer har kompetencer til selvstændigt at kunne varetage nogle tilstande i forhold til vurdering og behandling.
- Der er mulighed for, at almen medicinske tilbud, med de fornødne kompetencer, i højere grad varetager hele forløbet med udredning og behandling af demens.
- Der er mulighed for, at almen medicinske tilbud i højere grad kan varetage opgaver, som ikke løses tilstrækkeligt i dag. Det gælder blandt andet basal palliation, udredning af mennesker med mental mistrivsel, samt opsporing af somatisk sygdom hos mennesker med psykisk sygdom.

⁴¹ Anbefalinger for den palliative indsats, Sundhedsstyrelsen, 2017

⁴² Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, Sundhedsstyrelsen, 2018

⁴³ Nationale visitationskriterier til specialiserede palliative enheder, dmcgpal, 2017

4. Forudsætninger for ændret opgavevaretagelse

I det følgende beskrives overordnede forudsætninger og udviklingsspor, der skal muliggøre en ændret opgavevaretagelse, som beskrevet i kapitel 3, og et styrket behandlingsansvar i almen medicinske tilbud, som led i en omstilling til det primære sundhedsvæsen. Der er tale om Sundhedsstyrelsens umiddelbare vurderinger af de væsentligste forudsætninger, der ikke er udtømmende og vil skulle kvalificeres ved videre analyser.

Flere af de nævnte forudsætninger er allerede tilstede i nogle almen medicinske tilbud på tværs af landet, men omstillingen vil kræve, at opgaverne varetages mere ensartet i alle almen medicinske tilbud.

4.1. Opgaver og funktioner i fremtidens almen medicinske tilbud

Almen medicinske tilbuds grundlæggende funktion skal fortsat være selvstændig varetagelse af undersøgelse, vurdering og behandling af langt størstedelen af de symptomer, sygdomme og helbredsproblemer, som patienterne henvender sig til sundhedsvæsenet med.⁴⁴ Speciallægen i almen medicin skal være den centrale behandlingsansvarlige læge i det primære sundhedsvæsen, herunder også for pleje- og behandlingskrævende borgere i kommunerne. De forventes endvidere at have opgaver vedrørende forebyggelse og sundhedsfaglig rådgivning fx om svangerskabsforebyggelse.

Det antages sædvanligvis, at almen medicinske tilbud selv afslutter 90% af patienterne og henviser 10% til behandling i det specialiserede sundhedsvæsen, om end andelen af afsluttede muligvis har været mindre på det seneste. Med omstillingen til det primære sundhedsvæsen vil almen medicinske tilbud, i samarbejde med andre, skulle varetage en større andel af patienterne.

Overenskomstaftalen for almen praksis for 2018-2021 har allerede givet mulighed for opgaveflytning fra sygehus til almen medicinske tilbud, til patienter med henholdsvis type 2-diabetes og KOL. Hvis de almen medicinske tilbud derudover skal kunne overtage flere lægefaglige opgaver fra sygehusene, og have en større rolle i forhold til behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme og multisygdom, kræver det styrkede kompetencer og flere lægerressourcer i de almen medicinske tilbud, samt ændret opgavevaretagelse og et øget tværsektorielt samarbejde med kommuner, sygehuse og øvrige speciallægekompetencer, blandt andet i praksissektoren.

⁴⁴ Overenskomst om almen praksis 2022, Praktiserende Lægers Organisation

Det almen medicinske tilbud skal fremover, i højere grad stå for at færdiggøre behandlingen, fx med væske eller antibiotika, og overtage behandlingsansvaret, når patienten afsluttes fra sygehus, herunder reagere ved tegn på forværring, senfølger eller tilbagefald. Det almen medicinske tilbud skal overtage ansvaret for stabile og ukomplicerede patienter, der udskrives efter indlæggelse, og færdigbehandling på baggrund af en behandlingsplan fra sygehuset. Aktuelt er der fokus på færdiggørelse af intravenøs behandling, som de almen medicinske tilbud også kan varetage for stabile og ukomplicerede patienter, og på sigt kan det også være andre opgaver.

Opgaverne skal løses med en systematisk tilgang, så alle patienter får opfølgning af høj og ensartet kvalitet. Samtidig skal indsatserne tilpasses individuelt i forhold til patienternes forskellige helbredstilstand og behov, herunder fokus på social ulighed og varierende sundhedskompetencer.

4.2. Kompetencer og kliniske retningslinjer

For at kunne opnå målet om at varetage ovenstående funktioner og opgaver, er det en forudsætning, at lægerne besidder eller har adgang til de rette kompetencer og kliniske retningslinjer, så opgaverne kan løses med en ensartet høj kvalitet på tværs af landet.

De kompetencer, som speciallæger i almen medicin bør mestre i dag, fremgår af målbeskrivelsen for almen medicin.⁴⁵ Ved omstilling til det primære sundhedsvæsen kan der være behov for, at speciallægen i almen medicin oparbejder nye eller styrker eksisterende kompetencer og roller. Rammerne for lægelig videreuddannelse er aktuelt under revision, og som led i processen forventes målbeskrivelserne for de lægefaglige specialer at blive tilpasset de kommende års kompetencebehov.

Speciallægen i almen medicin skal fortsat besidde stærke lægefaglige generalistkompetencer og vedvarende have et helhedsperspektiv i vurderingen af patienten med inddragelse af fysiske, psykologiske, sociale og kulturelle dimensioner, afhængig af behovet. Det almen medicinske tilbud skal ligeledes understøtte patienternes evne til egenomsorg.

Specifikke områder, hvor der er behov for at styrke kompetencer er inden for behandling af patienter med multisygdom, samt inden for psykiske lidelser, herunder udredning, psykoedukation og samtaleterapi.⁴⁶

Udover speciallægeuddannelsen er det helt centralt, at lægerne løbende efteruddanner sig for at holde sig ajour med udviklingen indenfor udredning og behandling samt for at kunne dygtiggøre sig inden for væsentlige områder i lægens lokale kontekst.

⁴⁵ Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Almen Medicin. Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2013

⁴⁶ Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser – Fagligt oplæg til en 10-års plan, Sundhedsstyrelsen, 2022.

En del af de opgaver, der i dag varetages af læger, kan varetages af praksispersonale i almen medicinske tilbud eller af andre aktører. Det øgede samarbejde med andre faggrupper og aktører betyder, at den almenmedicinske speciallæge i højere grad skal besidde kompetencer inden for koordination og som faglig sparringspartner.

En forudsætning for at kunne varetage opgaverne i almen medicinske tilbud med en ensartet høj kvalitet er faglige kliniske retningslinjer. Her er det fx vigtigt, at der findes retningslinjer, som understøtter lægens behandling af patienter med multisygdom, hvilket kræver en anden tilgang end den, der fokuserer på optimering af behandling af den enkelte sygdom. Ved multisygdom kan der ofte være behov for, at læge og patient prioriterer, hvilke delelementer af den anbefalede behandling af de enkelte sygdomme, der er mest relevante for patienten givet den samlede behandlings effekt og bivirkninger i forhold til patientens situation, ønsker og præferencer.

Der kan derfor forventes en betydelig variation i, hvad der i den konkrete situation kan opfattes som den bedst mulige behandling for den enkelte patient. Dansk Selskab for Almen Medicin udarbejder løbende kliniske retningslinjer målrettet almen medicinske tilbud, og der vil være behov for at styrke dette arbejde, ligesom udarbejdelse af kliniske retningslinjer for multisygdom vil kræve et samarbejde på tværs af specialer. Sundhedsstyrelsen vil kunne understøtte arbejdet, fx med evidensgennemgange.

Udover faglige kliniske retningslinjer vil en forudsætning for øget opgavevaretagelse være, at speciallægen i almen medicin har let og systematisk adgang til konkret fagspecifik rådgivning og relevant sparring hos andre speciallæger på sygehuset. Ligeledes kan samarbejdsaftaler med sygehuse og praktiserende speciallæger om at almen medicinske tilbud kan henvise til en enkelt konsultation med kort ventetid, med henblik på at speciallæger foretager en vurdering og lægger en plan, understøtte det videre forløb i det almen medicinske tilbud.

En undersøgelse har vist, at de fleste patienter foretrækker at komme hurtigt til en læge snarere end at vente på at komme til en læge, de kender. De foretrækker også de rette kompetencer over en relation til den pågældende.⁴⁷ Således kan kontinuitet være et vigtigt hensyn i tilrettelæggelsen af almen medicinske tilbud, men andre hensyn kan være mere tungtvejende.

I nogle tilfælde har speciallægen i almen medicin ikke kompetencerne til at varetage patientens forløb, fx for komplekse patienter med svær multisygdom. Det vil for mange patienter, hvor der er behov for andre speciallægekompetencer - uden at det dog drejer sig om sygehusbehandling - være mest hensigtsmæssigt, at de kan modtage kvalificeret behandling i et samlet forløb i det primære sundhedsvæsen. Derfor vil der være behov for at supplere speciallæger i almen medicin med adgang til andre specialiserede kompetencer i det primære sundhedsvæsen. Det kunne fx være speciallæger i psykiatri eller geriatri. For nuværende er kapaciteten af selvstændige praktiserende speciallæger uens

⁴⁷ Det mener patienterne – ønskerne til tilgængeligheden i almen praksis er forskellige, Danske Patienter, 2021.

fordelt over landet, og de fungerer ikke integreret i sammenhæng med almen medicinske og kommunale tilbud endsige med sygehuse.

4.3. Tværfaglig opgavedeling

Der er behov for at opgavevaretagelsen i fremtidens almen medicinske tilbud i højere grad bliver tværfaglig og løses i et tæt og veletableret samarbejde mellem lægen og andre faggrupper som fx sygeplejersker, bioanalytikere, fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter, sekretærer mv. Det kan også være relevant at forene endnu flere faggrupper i enheder (hvad enten de betegnes som almen medicinske tilbud, sundhedshuse e. lign.) med blandt andet psykologer og jordemødre. Målet er at skabe et relevant og ressourceeffektivt tilbud af høj faglig kvalitet, som alternativ til behandling i det specialiserede sygehusvæsen.

Speciallægen i almen medicin skal i højere grad løse de opgaver, som kræver almenmedicinske kompetencer, mens andre opgaver kan varetages af andet praksispersonale.

I rapporten Almen Praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser fandt man, at vejledninger er en væsentlig kilde til at strukturere indsatsen for patienter med kroniske sygdomme, både i forhold til behandling og arbejdsdeling mellem læge og personale, og at det med klare instrukser og procedurer for arbejdsgange er muligt at delegere store dele af indsatsen til mennesker med kroniske sygdomme, også til relativt uerfarent personale.⁴⁸

Andre faggrupper kan bidrage til løsning af en bred vifte af opgaver – sundhedsfaglige og administrative opgaver – i almen medicinske tilbud. Som led i omstillingen til det primære sundhedsvæsen og det øgede antal ældre og patienter med kroniske sygdomme, vil en effektiv udnyttelse af ressourcer og kompetencer fx være, at sygeplejersker, eller andre sundhedsfaglige med relevante kompetencer, står for opfølgning af kronisk sygdom med fokus på regelret behandling af den enkelte sygdom, mens lægerne kan fokusere på de mere komplekse patienter og prioritere hvad der skal være fokus på i et samlet behandlingsforløb. Andre opgaver, der kan løses på delegation er fx vaccinationer, småskadebehandling, børneundersøgelser, varetagelse af opfølgning og mindre justering af behandlinger for patienter med kroniske sygdomme, som forhøjet blodtryk, diabetes m.v., samt diagnostiske undersøgelser som fx lungefunktionsundersøgelse, EKG m.v.

Det bør for alle faggrupper overvejes, hvilke kompetencer, der er særligt relevante for at varetage opgaver i almen medicinske tilbud, og hvilke roller og opgaver hver faggruppe kan udfylde og bidrage til at løse. Det skal her bemærkes, at der er oprettet en ny specialsygeplejerskeuddannelse i borgernær sygepleje, som er målrettet sygeplejersker i

⁴⁸ Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser – En analyse af almen praksis med fokus på forebyggelse af sygehuskontakter hos KOL- og diabetespatienter, VIVE, 2020.

kommunerne og i almen medicinske tilbud. Dette understøtter, at sygeplejersker i højere grad løser opgaver og udfylder en nøglerolle i fremtidens almen medicinske tilbud.

Almen medicinske tilbud er borgernes frie indgang til sundhedsvæsenet, og en del af henvendelserne i almen medicinske tilbud efterspørger sundhedsfaglig rådgivning, som ikke nødvendigvis kræver lægefaglige kompetencer, fx råd om forkølede børn mv. Det er ikke hensigtsmæssigt at begrænse patienternes adgang, men det er vigtigt, at det almen medicinske tilbud stiller høje krav til visiteringen af patienterne i forhold til behovet for hvor hurtigt de skal tilses, og hvilken faggruppe, der skal tilse dem, så lægen kan fokusere på de mere komplekse patienter, mens andet personale kan håndtere den almindelige sundhedsfaglige rådgivning. Der kan også være behov for at visitere og afvise nogle typer af henvendelser af mere psykosocial, trivselsmæssige eller eksistentiel karakter, der ikke kræver sundhedsfaglige kompetencer, og som kan afhjælpes andetsteds, fx gennem patientens eget sociale netværk eller støttetilbud i civilsamfundet.

4.4. Organisering og samarbejde

Omstillingen til det primære sundhedsvæsen skaber behov for, at almen medicinske tilbud indgår i et tæt og koordineret samarbejde med kommuner og praktiserende speciallæger samt sygehuse, som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen i den opsøgende, proaktive indsats, i den behandlende indsats, i opfølgingsfasen og i den palliative indsats.

Det er en væsentlig forudsætning for sammenhængende forløb, at der skabes rammer for et reelt og forpligtende tværsektorielt samarbejde på tværs af almen medicinske tilbud, kommuner og sygehusenes specialer, og at der er en klar ansvars- og opgavefordeling. Der bør skabes strukturer for samarbejdet, som kan understøtte de fælles patientforløb, fx i form af fælles samarbejdsfora til planlægning af tværsektorielle indsatser for specifikke grupper af borgere, multidisciplinære teams eller delestillinger. Sundhedsaftalerne sætter rammen for det tværsektorielle samarbejde, og med oprettelsen af sundhedsklynger omkring akutsygehuse med deltagelse af kommuner, region og almen medicinske tilbud er der taget et skridt på vejen til at skabe stærkere strukturer for samarbejde.

Speciallægen i almen medicin bør i mange patientforløb fungere som tovholder for et sammenhængende patientforløb. Det forudsætter, at de har kendskab til patienten og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats. Der er stor variation i patienternes kontakt til det almen medicinske tilbud. Nogle patienter har ganske få kontakter og håndterer i det væsentligste selv egne helbredsproblemer uagtet i hvilket omfang, det inddrager almen medicinske tilbud. Andre patientgrupper har en kontinuerlig og hyppig kontakt til det almen medicinske tilbud og andre sundhedstilbud. For sidstnævnte grupper er der behov for let adgang til den nødvendige information om indsatser på sygehuse og i kommuner. Der er behov for, at sundhedstilbuddene i det primære sundhedsvæsen er ensartede i forhold til kvalitet og tilgængelighed.

Der skal være et tæt samarbejde mellem almen medicinske tilbud og kommunerne om borgere med kroniske sygdomme og særligt de meget syge og behandlingskrævende borgere på kommunale midlertidige pladser, herunder i regi af akutfunktioner i den kommunale sygepleje. Der er i den forbindelse behov for bedre kommunikation mellem kommuner og almen medicinske tilbud, herunder også muligheder for, at almen medicinske tilbud er mere tilgængelige for kommunerne med kort varsel og også uden for almindelig arbejdstid på hverdage. Fast tilknyttede læger til plejehjem er et godt eksempel på tættere samarbejde mellem almen medicinske tilbud og kommuner, og der er behov for at denne ordning udbredes til at dække alle kommunale plejehjem, ligesom en lignende ordning kunne være gavnlig på bosteder.

Funktionen som gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen medvirker generelt til effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer og bør som udgangspunkt varetages af de almen medicinske tilbud. En undersøgelse af akutte korttidsindlæggelser indikerer dog, at der kan være behov for at styrke en mere ensartet gatekeeper-funktion hen over døgnet.⁴⁹ Tilgængelighed og tæt samarbejde med kommunerne er en forudsætning for, at speciallægen i almen medicin kan varetage funktionen i forhold til syge og plejekrævende borgere på kommunale sengepladser med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser. Det kan dog være relevant at se nærmere på, om der er visse ydelser, hvor det ikke er hensigtsmæssigt at inddrage almen medicinske tilbud i en visitation, fordi det vil være et indskudt led, som ikke bidrager afgørende; det kan være fordi, det ikke drejer sig om lægelige kernekompetencer. Det kan eventuelt dreje sig om visse ydelser i forbindelse med muskel-skeletproblemer, henvisning til psykologsamtaler, hvor flere undersøgelser har vist problemer med misklassifikation, og børn og unge med bekymringer/let mistrivsel, som langt fra alle tager kontakt til en praktiserende læge men i stedet til kommunen.⁵⁰

Regionerne skal understøtte almen medicinske tilbud i deres opgavevaretagelse. Dette gælder i forhold til at give almen medicinske tilbud let og hurtig adgang til diagnostiske undersøgelser, styrket adgang til sparring og rådgivning fra det specialiserede sundhedsvæsen, og ved at lægge en klar behandlingsplan, når patienterne afsluttes med tydelig angivelse af, hvad det almen medicinske tilbud skal reagere på. I den politiske aftale om en akutplan for sygehusvæsenet⁵¹ er det besluttet at udbrede samarbejdsaftalen om 72-timers behandlingsansvar til hele landet. Der er potentiale i sådanne samarbejdsaftaler, der forpligter sygehusene til at hjælpe og støtte kommunerne og de almen medicinske tilbud, som kompensation for patienternes og kommunernes manglende adgang til behandlingsansvarlig læge efter sygehusindlæggelse, og samtidig åbnes op for en kompetent dialog og samarbejde mellem de forskellige aktører. Ved en styrket primær sektor bør relevansen dog være mindre.

⁴⁹ Undersøgelse af akutte medicinske indlæggelser under 24 timer blandt 65+ årige. Udgivet af Amager og Hvidovre hospitaler, Enhed for tværsektorielt samarbejde, 2014.

⁵⁰ Effektiv Psykologhjælp – Analyse af behovet for et mere effektivt tilbud om psykologhjælp, Implement, 2023.

⁵¹ Aftale om en akut plan for sygehusvæsenet, af 23. februar 2023

Der er potentiale i, at samarbejdet også i højere grad baseres på en populationsbaseret tilgang til patienternes behandling og et gensidigt forpligtende samarbejde. Med oprettelsen af sundhedsklynger, hvor kommuner, region og praktiserende læger sammen har et populationsansvar er rammen sat for en udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Det bør være en kontinuerlig vurdering, om hvorvidt opgaverne løses bedst, hvor de er placeret, eller om de skal flyttes mellem sektorer, ligesom det er vigtigt at undgå etablering af parallelle tilbud, som også varetages af andre aktører. Endvidere bør nye muligheder for organiseringen af de almen medicinske tilbud i fremtiden overvejes. En ny samlende organisering med ansvar, ledelsesstruktur og beslutningskompetence på tværs af flere/alle enheder kunne bidrage til en samlet og ensartet udvikling af de almen medicinske tilbud, så de bedre kan indgå som én aktør i det primære sundhedsvæsen,

4.5. Fysiske rammer, udstyr og teknologi

Varetagelse af flere opgaver i de almen medicinske tilbud og en større grad af tværfaglig opgaveløsning stiller krav til udvikling af de fysiske rammer, så de kan rumme flere speciallæger og praksispersonale. Ligeledes stiller det krav til relevant udstyr og apparatur til diagnosticering og behandling. Mange almen medicinske tilbud har allerede point of care-udstyr til diagnosticering, fx blodprøvetagning, ultralyd og til akutte analyser samt udstyr til brug i behandling og kontrol af borgere med kronisk sygdom. Med øget opgavevaretagelse vil der være behov for opgradering af udstyr til samme niveau i de almen medicinske tilbud. Udstyr og apparatur skal betjenes korrekt og løbende kvalitetssikres, og yderligere udstyr vil således også medføre et øget behov for kompetencer til brugen samt efterlevelse af kvalitetskrav og sikringer, herunder verificering af analyserne.

I fremtidens almen medicinske tilbud vil der være behov for let adgang til moderne IT-udstyr og øget digitalisering til at understøtte den systematiske tilgang til patientbehandlingen. Der bør være ensartede muligheder for konsultation via video og mail, hvilket kan styrke tilgængeligheden for borgerne til almen medicinske tilbud ved relativ simple problemstillinger. Telemedicinsk understøttet behandling bør ligeledes implementeres ensartet.

Koordination er en central opgave i almen medicinske tilbud, og det fordrer gode muligheder for overblik og kommunikation. IT er et vigtigt redskab i den tværsektorielle kommunikation med sygehus og kommune om borgeren, fx i forbindelse med sygehusindlæggelse eller genoptræning. I den forbindelse er adgang til patienternes journaloplysninger på tværs af sektorer en betingelse for at kunne lykkes med den tværsektorielle kommunikation og samarbejde med sygehus og kommune om borgeren.

Det er en forudsætning for fortsat høj kvalitet, faglig udvikling og patientsikkerhed, at almen medicinske tilbud arbejder med databaseret kvalitetsudvikling, og at de aktivt deler viden og data med såvel andre speciallæger i almen medicin, som andre faggrupper og sektorer. Generelt bør indsatsen i almen medicinske tilbud understøttes af data, der giver

mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det vil her være en forudsætning, at de 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.

4.6. Opsamling

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at følgende er overordnede udviklingsspor og forudsætninger, herunder kompetencer, for at almen medicinske tilbud kan overtage opgaver, som led i omstillingen til det primære sundhedsvæsen:

- Speciallægen i almen medicin i det almen medicinske tilbud skal være den centrale behandlingsansvarlige læge i det primære sundhedsvæsen og varetage behandling og opfølgning for størstedelen af patienter med kronisk sygdom og multisygdom – ved behov med rådgivning fra øvrig primær sektor og sygehuse.
- Speciallægen i almen medicin skal besidde stærke lægefaglige generalistkompetencer, og der kan være behov for at oparbejde eller styrke eksisterende kompetencer og roller, herunder indenfor fx multisygdom og psykiske lidelser.
- Faglige kliniske retningslinjer, herunder udvikling af retningslinjer for multisygdom, er en forudsætning for, at almen medicinske tilbud kan varetage opgaverne med ensartet høj kvalitet.
- Der vil være behov for lettere adgang for borgerne til specialiserede kompetencer i det primære sundhedsvæsen i integrerede forløb, fx speciallæger i psykiatri og geriatri uden, at det inddrager sygehusbehandling.
- Speciallægen i de almen medicinske tilbud skal fokusere på de komplekse patienter og opgaver, der kræver lægekompetencer, mens andre opgaver kan varetages af andre faggrupper i det almen medicinske tilbud.
- Henvendelser af psykosocial, trivselsmæssig eller eksistentiel karakter, der ikke kræver sundhedsfaglige kompetencer eller giver en sundhedsmæssig værdi, bør varetages andetsteds end af en knap ressource i form af speciallæger i almen medicin, fx i civilsamfundet.
- Det er en forudsætning for, at almen medicinske tilbud kan fungere som tovholder, at de har kendskab til patienten og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats, og at der, fx via deling af journaloplysninger, er let adgang til den nødvendige information om indsatser på sygehuse og i kommuner.
- Tilgængelighed og tæt samarbejde med kommunerne er en forudsætning for, at speciallægen i almen medicin kan varetage gatekeeper-funktionen med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser. Der kan være behov for en mere ensartet gatekeeper-funktion henover døgnet.
- Der skal være et tæt samarbejde mellem almen medicinske tilbud og kommunerne om de ældre og kronisk syge borgere, særligt de syge og plejkrævende borgere på kommunale sengepladser. Der er behov for bedre kommunikationsmuligheder og at almen medicinske tilbud er mere tilgængelige for kommunerne.
- Regionerne skal understøtte de almen medicinske tilbud i deres opgavevaretagelse, bl.a. gennem let og hurtig adgang til diagnostiske undersøgelser, styrket

adgang til sparring og rådgivning fra det specialiserede sundhedsvæsen og ved at lægge en klar behandlingsplan ved udskrivelse.

- Indsatsen i almen medicinske tilbud bør understøttes af data, der giver mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det er en forudsætning, at de 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.

5. Sammenfatning og videre analyse

5.1. Sammenfatning

Sundhedsvæsenet i Danmark har i dag en række centrale udfordringer som øger behovet for en omstilling, hvor flere patientgrupper kan varetages i det primære sundhedsvæsen. Vi har i de foregående kapitler beskrevet en række væsentlige udfordringer, peget på konkrete opgaver, der med fordel ville kunne varetages i de fremtidige almen medicinske tilbud, samt beskrevet forudsætningerne for, at der vil kunne ske en ændret opgavevaretagelse. Nedenfor listes de væsentligste pointer fra de forudgående dele af foranalysen.

Kapitel 2 belyser de væsentligste sundhedsmæssige udfordringer de kommende 15-25 år og udviklingen i efterspørgslen på sundhedsydelser i sundhedsvæsenet. På den baggrund vurderer Sundhedsstyrelsen, at der er væsentlige udfordringer for det samlede sundhedsvæsen og for almen medicinske tilbud, givet følgende:

- Der bliver flere ældre, flere mennesker med kronisk sygdom, flere mennesker med psykisk sygdom og flere mennesker med multisygdom. Dette kræver andre kompetencer til sundhedsfaglige vurderinger af helbredstilstand og funktionsevne, behandlingsvalg, pleje og rehabilitering samt inddragelse af patienternes præferencer, ligesom patienter, læger m.fl. skal navigere i et komplekst sundhedsvæsen.
- Der er ujævn geografisk fordeling af antallet af ældre på 80 år og derover, mennesker med psykisk sygdom, og mennesker med kronisk sygdom samt social ulighed i sundhed. Denne skæve fordeling i omfanget og karakteren af sundhedsproblemerne, er ikke modsvaret i fordelingen af kapaciteten af almen medicinske tilbud.
- Der er geografiske forskelle i antallet af sygehusophold pr. 1.000 borgere på tværs af landets kommuner i forhold til akutte og planlagte ophold, ambulante ophold og indlæggelser.
- Der er betydelig variation i de almen medicinske tilbud med hensyn til praksisformer, patientsammensætning og tilrettelæggelse af behandling.
- Der er uensartethed i almen medicinske tilbuds adgang til at bestille diagnostiske undersøgelser på sygehuse, og i adgangen til rådgivning fra specialister.
- Der er et utilstrækkeligt samarbejde mellem almen medicinske tilbud og kommuner, som har et stadigt større behov for at kunne trække på lægefaglige kompetencer.
- Væksten i antallet af hospitalsansatte læger har langt overgået væksten af læger ansat i almen medicinske tilbud, og der er stor variation i antallet af patienter pr. speciallæge i almen medicin samt i andelen af henvendelser, der kræver specifikt lægelige kompetencer.

- Strukturen med mange små selvstændige almen medicinske tilbud medfører behov for betydelig koordination ved ændrede vilkår, og kan udgøre en strukturel barriere for samlet og ensartet udvikling af de almen medicinske tilbud.

Kapitel 3 belyser muligheder for opgaveflytning og -samling til det primære sundhedsvæsen og almen praksis specifikt for udvalgte sygdomsgrupper. På baggrund af de tidligere beskrevne udfordringer vurderer Sundhedsstyrelsen, at der er mulighed for følgende ændrede opgaver og opgavevaretagelse:

- Der er mulighed for, at almen medicinske tilbud kan varetage en større del af patientforløbene blandt andet ved kronisk sygdom som fx KOL, type-2 diabetes, hjertesygdom, understøttet af kliniske retningslinjer og sparring fra det specialiserede sundhedsvæsen.
- Der er mulighed for, at de almen medicinske tilbud i højere grad vurderer patienter med multisygdoms samlede helbred, laver medicingennemgang og sammen med patienten prioriterer den samlede behandling, således at patienterne opnår bedst mulig sundhed og livskvalitet.
- Der er mulighed for at tilrettelægge mere basal udredning og behandling af muskelskelet sygdomme i primærsektoren. Det gælder særligt i forhold til, at fysioterapeuter og kiropraktorer har kompetencer til selvstændigt at kunne varetage nogle tilstande i forhold til vurdering og behandling.
- Der er mulighed for, at almen medicinske tilbud, med de fornødne kompetencer, i højere grad varetager hele forløbet med udredning og behandling af demens.
- Der er mulighed for, at almen medicinske tilbud i højere grad kan varetage opgaver, som ikke løses tilstrækkeligt i dag. Det gælder blandt andet basal palliation, udredning af mennesker med mental mistrivsel, samt opsporing af somatisk sygdom hos mennesker med psykisk sygdom.

Kapitel 4 belyser følgende overordnede forudsætninger og udviklingsspør, herunder kompetencer, for at almen medicinske tilbud kan overtage opgaver, som led i omstillingen til det primære sundhedsvæsen:

- Speciallægen i almen medicin i det almen medicinske tilbud skal være den centrale behandlingsansvarlige læge i det primære sundhedsvæsen og varetage behandling og opfølgning for størstedelen af patienter med kronisk sygdom og multisygdom – ved behov med rådgivning fra øvrig primær sektor og sygehuse.
- Speciallægen i almen medicin skal besidde stærke lægefaglige generalistkompetencer, og der kan være behov for at oparbejde eller styrke eksisterende kompetencer og roller, herunder indenfor fx multisygdom og psykiske lidelser.
- Faglige kliniske retningslinjer, herunder udvikling af retningslinjer for multisygdom, er en forudsætning for, at almen medicinske tilbud kan varetage opgaverne med ensartet høj kvalitet.

- Der vil være behov for lettere adgang for borgerne til specialiserede kompetencer i det primære sundhedsvæsen i integrerede forløb, fx speciallæger i psykiatri og geriatri uden, at det inddrager sygehusbehandling.
- Speciallægen i de almen medicinske tilbud skal fokusere på de komplekse patienter og opgaver, der kræver lægekompetencer, mens andre opgaver kan varetages af andre faggrupper i det almen medicinske tilbud.
- Henvendelser af psykosocial, trivselsmæssig eller eksistentiel karakter, der ikke kræver sundhedsfaglige kompetencer eller giver en sundhedsmæssig værdi, bør varetages andetsteds end af en knap ressource i form af speciallæger i almen medicin, fx i civilsamfundet.
- Det er en forudsætning for, at almen medicinske tilbud kan fungere som tovholder, at de har kendskab til patienten og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats, og at der, fx via deling af journaloplysninger, er let adgang til den nødvendige information om indsatser på sygehuse og i kommuner.
- Tilgængelighed og tæt samarbejde med kommunerne er en forudsætning for, at speciallægen i almen medicin kan varetage gatekeeper-funktionen med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser. Der kan være behov for en mere ensartet gatekeeper-funktion henover døgnet.
- Der skal være et tæt samarbejde mellem almen medicinske tilbud og kommunerne om de ældre og kronisk syge borgere, særligt de syge og plejekrævende borgere på kommunale sengepladser. Der er behov for bedre kommunikationsmuligheder og at almen medicinske tilbud er mere tilgængelige for kommunerne.
- Regionerne skal understøtte de almen medicinske tilbud i deres opgavevaretagelse, bl.a. gennem let og hurtig adgang til diagnostiske undersøgelser, styrket adgang til sparring og rådgivning fra det specialiserede sundhedsvæsen og ved at lægge en klar behandlingsplan ved udskrivelse.
- Indsatsen i almen medicinske tilbud bør understøttes af data, der giver mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det er en forudsætning, at de 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.

5.2. Perspektivering og forslag til videre analyse

Denne foranalyse skal ses i relation til de øvrige tre foranalyser vedrørende almen medicinske tilbud, med fokus på kortlægning af udvikling i praksisformer, rekruttering af speciallæger i almen medicin og opgaveløsning i almen medicinske tilbud. Det vil være relevant at se resultaterne fra alle fire foranalyser, før det besluttet, hvilke videre analyser, der skal foretages.

På baggrund af denne foranalyse, vurderer Sundhedsstyrelsen, at en fremtidssikring af de almen medicinske tilbud forudsætter, at de i den kommende årrække kan håndtere en væsentlig ændret opgavevaretagelse.

Data fra Sundhedsdatastyrelsen viser generelt store forskelle på tværs af landets kommuner i antallet af sygehusophold pr. 1.000 borgere, herunder forebyggelige indlæggelser, og akutte indlæggelser blandt ældre over 80 år. Der er mange faktorer, der gør sig gældende i forhold til indlæggelser, fx andelen af ældre og borgere med kroniske sygdomme, indsatsen i kommunale og almen medicinske tilbud, nærhed til sygehuse, og sygehusenes visitation. Det vil kræve yderligere analyser, at afklare potentialet for reduktion af antallet af sygehusophold.

Med den forventede stigning i antallet af ældre og mennesker med kroniske sygdomme og multisygdom, øges efterspørgslen efter de opgaver som almen medicinske tilbud allerede varetager. Hvis almen medicinske tilbud derudover skal kunne overtage en række opgaver fra sygehusene, vil der, udover et øget tværfagligt samarbejde, være behov for flere ressourcer i almen medicinske tilbud. Det har været en præmis for denne foranalyse, at kapaciteten i de almen medicinske tilbud bliver øget, men det vil kræve en nærmere analyse at afgøre hvor meget kapaciteten skal øges, hvis der både skal være ressourcer til nye og eksisterende opgaver i de almen medicinske tilbud.

Nogle almen medicinske tilbud bruger i dag ressourcer på opgaver, som ikke kræver sundhedsfaglige kompetencer, og som ikke giver stor sundhedsmæssig værdi. Det vil kræve en nærmere analyse at identificere eventuelle opgaver, der kan flyttes fra de almen medicinske tilbud og derved frigøre kapacitet.

Almen medicinske tilbud har generelt i dag en funktion som tovholder for patientens samlede forløb. Der er dog nogle patientforløb, særligt forløb på tværs af sektorer, hvor tovholderfunktionen ikke fungerer i praksis, og patienterne ikke oplever, at have en tovholder. Der er behov for yderligere analyser af, hvornår en tovholderfunktion kan være særlig relevant, og hvordan den bedst kan varetages samt barrierer og muligheder for en styrkelse af denne funktion.

Almen medicinske tilbud har i dag en funktion som gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen. Der er dog eksempler på, at det specialiserede sundhedsvæsen oplevet at modtage patienter, som kunne være behandlet i det primære sundhedsvæsen. Nogle har slet ikke været i kontakt med det almen medicinske tilbud, fx på grund af skæve tidspunkter på døgnet. Det kan vanskeliggøre gatekeeperfunktionen. Der er behov for yderligere analyser af hvordan gatekeeperfunktionen varetages i dag samt barrierer og muligheder for en styrket funktion. Endelig kan der være visse ydelser, hvor den lægelige kompetence ikke er den mest relevante til at varetage en visitation, eller hvor der er andre mere effektive veje. Dette bør også undersøges nærmere for at udnytte kompetencer og kapacitet bedst muligt.

I kapitel 3 beskrives muligheder for opgaveflytning specifikt for udvalgte sygdomsgrupper, hvor det umiddelbart vurderes, at opgaverne kan løses i almen medicinske tilbud. Sygdomsgrupperne er udvalgt på baggrund af et højt antal patienter i gruppen, og at der forventes at komme flere af disse patienter fremover. Det vil kræve et nærmere analysearbejde, hvordan den konkrete opgave kan varetages bedst muligt i almen medicinske

tilbud, herunder hvilke faggrupper, kompetencer og lægefaglige specialer, der kan varetage opgaven, og hvilket behov der er for støtte fra det specialiserede sundhedsvæsen.

Der kan være andre sygdomsområder, hvor opgaver, der for nuværende varetages på sygehusene, kan varetages i almen medicinske tilbud, ligesom der på grund af udvikling i behandlingsmuligheder løbende vil være nye opgaver, der kan flyttes fra sygehus til almen medicinske tilbud, eller fra læger til andre faggrupper. Opgaveporteføljen i almen medicinske tilbud skal således ikke være statisk, men har behov for løbende at justeres. Hvilke opgaver, der bør flyttes til almen medicinske tilbud, og hvilke opgaver, der bør varetages af andre faggrupper, er en faglig vurdering, som løbende skal foretages af de faglige selskaber med støtte fra Sundhedsstyrelsen.

Forslag til yderligere analyser:

- Analyse af potentialet for reduktion af antallet af sygehuskontakter svarende til kommuner med færrest sygehusophold.
- Analyse af, hvor meget kapaciteten i almen medicinske tilbud skal øges, hvis der både skal være ressourcer til en stigning i omfang af eksisterende opgavetyper og nye opgaver.
- Analyse til at identificere opgaver, der ikke kræver sundhedsfaglige kompetencer og ikke giver stor sundhedsmæssig værdi, som kan flyttes fra de almen medicinske tilbud.
- Analyser af den aktuelle varetagelse af tovholder- og gatekeeper-funktioner, samt barrierer og muligheder for en styrke dem.
- Analyse af, hvordan konkrete flyttede opgaver kan varetages bedst muligt i almen medicinske tilbud for den enkelte patientgruppe.

Almen medicinske tilbud skal på tværs af landet kunne løse de samme opgaver med en ensartet høj kvalitet. Med den nationale kvalitetsplan har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at udarbejde kvalitetsstandarder for kommunale sundhedstilbud, herunder kommunale akutfunktioner og forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen vurderer, at der også er behov for kvalitetsstandarder for almen medicinske tilbud i forhold til opgaver, kompetencer og udstyr. Sundhedsstyrelsen kan forestå dette arbejde, som vil kræve en gennemgang af eksisterende opgaver, analyse af nye opgaver og inddragelse af aktører fra almen medicinske tilbud, regioner og kommuner og patienter.

Regeringen nedsatte i marts 2023 en Sundhedsstrukturkommission, der skal opstille og analysere modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Denne foranalyse har ikke haft fokus på sundhedsvæsenets struktur eller organiseringen af almen medicinske tilbud. En ændret opgavevaretagelse i de almen medicinske tilbud kan dog indebære et behov for en ændret struktur. Det er Sundhedsstyrelsens indtryk, på baggrund af styrelsens løbende arbejde med det primære sundhedsvæsen, at den nuværende struktur med mange små selvstændige enheder indebærer udfordringer i forhold til central

styring af opgavevaretagelsen i de almen medicinske tilbud, og de almen medicinske tilbuds muligheder for at indgå i nye opgaver. De samme udfordringer gør sig gældende for modellen med honorering af ydelser aftalt i overenskomster mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takst Nævn, idet den forudsætter at parterne kan nå til enighed, fx om nye opgaver. Der er således risiko for, at den nuværende organisering skaber barrierer for et smidigt samarbejde imellem sektorerne og mulighederne for en samlet udvikling af de almen medicinske tilbud, som led i omstillingen til det primære sundhedsvæsen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●