



Danske
Regioner

Referat for møde i Sundhedsudvalget den 3. september 2026

18-09-2026

MOD-2026-00149

Susanne Wessel

Deltagere: Christoffer Buster Reinhardt, Dorthe Adelsbech, Melissa Gilroy, Nicolai Wang, Vivi Altenburg, Lene Linnemann, Else Søjmark, Lina Hundebøll Jespersen, Thomas Adelskov, Mette With Hagensen, Anja Lund, Susanne Eilersen

Afbud: Else Kayser

Deltagere fra Sekretariatet: Helene Probst, Thomas I Jensen og Ida Agnete Dalsjö (referent)

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) UNS/SUU FÆLLES Temadrøftelse om lindring og palliation august 2026.	3
2 (Offentlig) UNS/SUU FÆLLES Nærsundhedsplaner og regionale sundhedsplaner.....	7
3 (Fortrolig)	13
4 (Offentlig) Orientering om Medicinrådet og evaluering af Medicinrådet.....	14
5 (Offentlig) Fortsat drøftelse om mulig position vedr. differentiering af patientrettigheder	20
6 (Offentlig) Fremtidens patientansvarlige læge	23
7 (Offentlig) Orientering om Danske Regioners første opfølgning på fødselsaftalen 2025	27
8 (Offentlig) Studietur for Sundhedsudvalget.....	30
9 (Fortrolig)	33
10 (Offentlig) Næste møde i sundhedsudvalget	34
11 (Offentlig) Eventuelt - åben	35

1 (Offentlig) UNS/SUU FÆLLES Temadrøftelse om lindring og palliation august 2026

Sofie Mayling Vennike

EMN-2020-00308

Resumé

Siden 2020 har regionerne arbejdet målrettet med at styrke det palliative område ud fra fire pejlemærker, så alle patienter med behov får den rette lindring, støtte og omsorg. Det har skabt en mærkbar effekt for alvorligt syge og døende patienter og deres pårørende.

Med sundhedsreformen skal området understøttes for at sikre en styrket og mere sammenhængende indsats for patienter med behov for lindring og palliation, og med Kræftplan V er der samtidig afsat midler til at styrke området.

Det giver anledning til at drøfte den fremtidige retning for arbejdet med lindring og palliation. Danske Regioner foreslår derfor, at der udarbejdes en ny position for området, som der med denne sag lægges op til, at udvalgene har en fælles indledende temadrøftelse af.

Temadrøftelsen indledes med et oplæg af Ove Gaardboe, speciallæge, projektleder for Den Sidste Tid, Sundhedsklynge Nykøbing Falster, tidligere overlæge i Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget og Udvalget for Nære Sundhedstilbud har en fælles indledende temadrøftelse om lindring og palliation med henblik på temaer og indhold til en ny position.

Sagsfremstilling

I 2020 præsenterede Danske Regioner en politisk position med fire pejlemærker for at styrke palliationsområdet (se bilag):

- Vi vil gøre op med uligheden i, hvem der får lindrende behandling
- Vi vil skabe bedre rammer for at dø i eget hjem
- Vi vil sætte tidligt ind med lindrende behandling og understøtte flere uhelbredeligt syge i at træffe et aktivt valg om deres behandlingsforløb
- Vi vil bryde tabuet om døden i sundhedsvæsenet, og patienternes og de pårørendes ønsker skal være vores rettesnor.

Positionen har skabt et vigtigt afsæt for regionernes arbejde med området siden da og med mærkbar effekt. Der har bl.a. været fokus på at løfte mulighederne for at dø i eget hjem, nedbryde tabuet om døden og understøtte, at flere uhelbredeligt syge træffer et aktivt valg om deres behandlingsforløb i forbindelse med livets afslutning. Indsatserne afspejles i, at flere danskere dør der, hvor de fleste ønsker det. Andelen, der dør i eget hjem eller på plejehjem, er steget fra 46 pct. i 2015 til ca. 50 pct. i 2024 ([Danmarks Statistik](#)). Samtidig er Danmark blandt de lande, hvor færrest dør på hospitalet, kun overgået af Holland, Peru, Norge og Schweiz ([OECD Health at a Glance 2025](#)).

Politisk fokus på området

I 2024 præsenterede regeringen [Aftale om sundhedsreform 2024](#) med et samlet mål om at bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne, øge nærhed og skabe mere sammenhæng for borgere, patienter og pårørende. De 17 nye sundhedsråd får en afgørende opgave i sikre koordinering og lokal forankring mellem kommuner og region særligt på sundhedsområdet. I sundhedsreformen indgår det også, at palliationsområdet skal styrkes. Det gælder både den såkaldte basale palliation, som varetages af kommuner og regioner, og den såkaldte specialiserede palliation, som regionerne er ansvarlige for.

Også i Regeringens [Kræftplan V](#) fra 2025 er der afsat midler til at løfte palliative tilbud og indsatser. Formålet er at imødekomme behovet for at styrke den lindrende indsats på hospitalerne for ikke-kræfttramte patienter, og at lindrende indsatser i højere grad skal løftes i kommuner og patienternes eget hjem.

Desuden er der med Kræftplan V igangsat en undersøgelse af anvendelsen af *palliativ sedering*. Palliativ sedering er en særlig form for medicinsk lindring, der medfører en væsentlig reduktion af bevidsthedsniveauet hos patienter med udtalte fysiske, psykiske og/eller eksistentielle symptomer. Det benyttes kun til patienter, som forventes at dø inden for få timer eller dage. Undersøgelsen skal forelægges Folketingets partier. Styregruppen for Dansk Palliativ Database arbejder aktuelt med at undersøge mulighederne for at tilføje spørgsmål om anvendelsen af palliativ sedering til databasen. Det skal ske med henblik på at følge omfanget og indholdet af behandling med palliativ sedering på de specialiserede palliative enheder.

Også i [regeringsgrundlaget for firløvsregeringen](#) indgår palliation som et område, der skal styrkes, og spørgsmålet om aktiv dødshjælp nævnes.

Tid til en ny position for lindring og palliation

Set i lyset af ovenstående samt de nye rammer med sundhedsreformen, herunder nye sundhedsråd, foreslås det, at der bliver udarbejdet en ny strategisk position for regionernes arbejde med lindring for alvorligt syge og døende borgere. Positionen

fra 2020 har et udtalt fokus på livets afslutning og den sidste tid. Der lægges op til, at en ny position kan have et bredere fokus på lindring til alvorligt syge men ikke nødvendigvis døende patienter, herunder hvordan regionerne sikrer den nødvendige, rettidige og helhedsorienterede støtte i et tværsektorielt samarbejde. Sekretariatet planlægger desuden at afholde en temadag i efteråret 2026 for at få inputs og sparring fra fagfolk, patienter, pårørende mv.

Med denne temadrøftelse ønskes en fælles indledende udvalgsdrøftelse af området og det videre arbejde med en ny position, som tager udgangspunkt i Ove Gaardboes oplæg. Drøftelsen kan tage udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvordan taler vi om lindring og palliative indsatser og døden på en måde, der understøtter patienternes behov og ønsker?
- Hvordan sikrer vi, at endnu flere patienter får mulighed for at modtage lindring og dø i eget hjem?
- Sundhedspersonalet skal være bedre til at skabe et rum for at tale om alvorlig sygdom og døden med patienter og pårørende – hvordan sikrer vi den rette kompetenceudvikling?
- Hvordan sikrer vi, at patienter med andre alvorlige sygdomme end kræft i samme grad identificeres og tilbydes lindring og palliation?
- Hvordan imødekommer vi behovet for udadgående funktioner og rådgivning mm.?
- Hvordan bringer vi de specialiserede ressourcer og kompetencer fra de specialiserede enheder, herunder hospices, bedst i spil?

Den nye position bliver forelagt udvalgene inden endelig godkendelse i Danske Regioners bestyrelse.

Økonomi

Med Kræftplan V og udmøntningsaftalerne for Kræftplan V er der afsat midler fra 2025 og frem til palliationsområdet. Der er afsat 43,2 mio. kr. i 2025, 22 mio. kr. i 2026 og 2027, hvorefter beløbet stiger til 23,3 mio. kr. i 2028 og fra 2029 og frem til 24,3 mio. kr. årligt.

Midlerne til palliation skal ses i tillæg til Aftale om Sundhedsreform, hvor der blev afsat 190 mio. kr. i 2027 og 250 mio. kr. årligt fra 2028 og frem til en styrkelse af den almene sygepleje, herunder også basale palliative indsatser i kommunerne.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Punktet blev indledt med et oplæg af Ove Gaardboe, efterfulgt af en drøftelse med udvalgene om bl.a. sundhedspersonalets vigtige opgave i at tale med patienter om, hvor de ønsker at dø.

Herefter drøftede udvalgene input og temaer til en ny position på området.

Udvalgene var enige om, at der skal udarbejdes en ny position som bl.a.

understreger, at det er vigtigt, at sundhedspersonalet tager den svære samtale med patienten tidligt i et sygdomsforløb, så den palliative indsats kan tilrettelægges bedst muligt. Der var i den forbindelse fokus på at sikre de relevante kompetencer på tværs af tilbud og sektorer. Udvalgene drøftede også, hvilken rolle hospice skal spille i positionen, bl.a. at hospicepladser skal tilbydes til en større patientgruppe end primært kræftpatienter.

Det er også vigtigt, at positionen har fokus på at både pårørende og civilsamfundet inddrages i et sygdomsforløb, hvor en patient er terminal.

Derudover var der et ønske fra udvalgene om at opdatere positionen, så den også afspejler sundhedsreformens pejlemærker, sundhedsrådenes rolle samt hvordan sundheds- og omsorgspladserne skal tænkes ind i den palliative indsats.

Udvalgene efterspurgte desuden data på belægningsprocenten på alle landets hospice.

På baggrund af udvalgenes drøftelse arbejder sekretariatet videre med en ny position for palliationsområdet, som udvalgene får til godkendelse.

Bilag

1. Positionspapir for udvikling af den palliative indsats Danske Regioner 2020
(1874977 - EMN-2020-00308)

2 (Offentlig) UNS/SUU FÆLLES Nærsundhedsplaner og regionale sundhedsplaner

Robert Ladefoged

EMN-2024-01215

Resumé

Med sundhedsreformen indføres en række planlægningsredskaber, der tilsammen skal understøtte implementeringen af reformens ambitioner. På nationalt niveau udarbejdes en national sundhedsplan, på regionalt niveau udarbejdes regionale sundhedsplaner, og lokalt skal hvert sundhedsråd udarbejde en nærsundhedsplan. Planerne skal omsætte sundhedsrådenes politiske ambitioner til konkrete indsatser tæt på borgerne og fungere som planlægningsværktøj for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i det enkelte sundhedsråds geografiske område.

Med sagen lægges op til at udvalgene drøfter, hvad der skal til for, at nærsundhedsplanerne bliver et redskab, der reelt kan bidrage til at indfri ambitionerne fra sundhedsreformen, samtidig med at der fastholdes en klar sammenhæng til den regionale sundhedsplan, som sætter de overordnede rammer i hver region.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget og Udvalget for Nære Sundhedstilbud drøfter, hvad det skal til for at nærsundhedsplanerne bliver et redskab, der kan indfri sundhedsrådenes politiske ambitioner for udvikling af sammenhængende sundhedstilbud tæt på borgerne og indfri intentionerne i sundhedsreformen, og
at udvalgene drøfter opmærksomhedspunkter i forhold til de regionale sundhedsplaner, herunder disse som ramme for prioriteringer og planlægning på tværs af sundhedsråd.

Sagsfremstilling

Med sundhedsreformen indføres forskellige redskaber, der skal understøtte implementeringen og indfrielsen af reformens ambitioner. På nationalt niveau aftales en national sundhedsplan, på regionalt niveau udarbejdes regionale sundhedsplaner, og lokalt i sundhedsrådene udarbejdes nærsundhedsplaner.

Regionerne har også hidtil udarbejdet regionale sundhedsplaner. Med sundhedsreformen er der imidlertid et større ønske om at binde hele sundhedsvæsenet tættere sammen fra det specialiserede sygehusvæsen til praksisområderne og de nære sundhedstilbud, herunder de kommunale sundhedsopgaver, som regionerne overtager ansvaret for med reformen.

Ambitionen er, at planerne tilsammen skal bidrage til, at sundhedsvæsenet spiller bedre sammen og skaber bedre patientforløb.

Punktet indledes med et mundtligt oplæg ved Naja Warrer Iversen, vicedirektør i Danske Regioner.

National sundhedsplan

Det fremgik af den politiske aftale om sundhedsreformen, at der skulle udarbejdes en national sundhedsplan, der har til formål at sætte en fælles strategisk retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Planen har en tidshorisont på 8-10 år, og den skal opdateres hvert fjerde år.

Statslige myndigheder såvel som regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal fremover være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan. Udmøntningen af den nationale sundhedsplan vil derfor i høj grad ske igennem de regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplanerne, som vil skulle afspejle de principper, der er fastsat i den nationale sundhedsplan.

I forlængelse af den politiske aftale om sundhedsreformen udarbejdede Sundhedsstyrelsen et fagligt oplæg til den nationale sundhedsplan. Danske Regioner og de enkelte regioner har været inddraget i arbejdet.

I forbindelse med sommeraftalen 2026 om implementering af sundhedsreformen gav regeringen, Danske Regioner og KL opbakning til Sundhedsstyrelsens faglige oplæg, som dermed udgør den endelige nationale sundhedsplan for perioden 2027-2030.

Den nationale sundhedsplan opstiller følgende seks principper for omstillingen af sundhedsvæsenet i de kommende år:

1. Sundhedsplanlægning fremmer den sundhedsmæssige værdi for befolkningen
2. Ressourcer bliver fordelt efter behov og faglig bæredygtighed
3. Det primære sundhedsvæsen bliver fundamentet
4. Patientforløb bliver tilrettelagt med færrest mulige skift i behandlingsansvar
5. Fremtidens sundhed bliver mere digital
6. Omstilling sker trinvist, koordineret og vidensbaseret.

Af den nationale sundhedsplan fremgår en nærmere beskrivelse af de enkelte principper. Den nationale sundhedsplan i helhed kan findes på [Sundheds- og Kirkeministeriets hjemmeside](#).

Regionale sundhedsplaner

Regionerne skal jf. sundhedsloven udarbejde regionale sundhedsplaner, som er en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet.

Dette var også tilfældet før sundhedsreformen, og det lovgivningsmæssige grundlag for selve de regionale sundhedsplaner er uændret. Imidlertid er det dog af væsentlig betydning, at de regionale sundhedsplaner fremadrettet vil skulle ses i sammenhæng med såvel den nationale sundhedsplan som nærsundhedsplanerne. I forbindelse med udarbejdelsen af de regionale sundhedsplaner skal regionsrådene derfor fremadrettet understøtte overensstemmelse med den nationale sundhedsplan og have samspillet mellem den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanen for øje.

De regionale sundhedsplaner vil i forlængelse heraf skulle binde den samlede sundhedsindsats i regionerne sammen og kan bl.a. indeholde en sygehusplan, som beskriver planlægning og fordeling af specialer og funktioner på sygehusene, en overordnet plan for fordeling af kapaciteter i praksissektoren og en plan for omstilling og bedre samspil mellem sygehusene, praksissektoren og de nære sundhedstilbud. Det kan fx handle om den samlede kapacitets- og opgavefordeling på tværs af regionen, hvilke funktioner der skal løses på hvilke sygehuse, og hvordan der sikres ensartede rammer for udviklingen af nære tilbud på tværs af sundhedsråd.

Nærsundhedsplanerne

Inden for rammerne af den regionale sundhedsplan skal hvert sundhedsråd vedtage en nærsundhedsplan, som konkret beskriver, hvordan det nære sundhedsvæsen i området kan styrkes og udvikles. Nærsundhedsplanerne skal bl.a. beskrive den lokale planlægning af de almenmedicinske tilbud og de øvrige praksisområder, de nære regionale sundhedsindsatser og sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Det kan fx være lokale indsatser for bedre lægedækning, etablering eller udvikling af nære sundhedstilbud, styrket samarbejde om patienter med kronisk sygdom eller lokale initiativer, der skal skabe bedre sammenhæng mellem sygehus, almen praksis, kommuner og civilsamfund. Planerne skal også beskrive forløb, hvor der indgår indsatser inden for både psykiatri og somatik. De første nærsundhedsplaner skal være vedtaget den 1. juni 2027. Flere sundhedsråd har allerede igangsat arbejdet med nærsundhedsplanerne med politiske temadrøftelser, seminarer og indledende analyser af sundhedsrådets lokale udfordringer og udviklingsmuligheder.

Et politisk redskab og planlægningsværktøj

Nærsundhedsplanerne er sundhedsrådenes centrale redskab til at omsætte politiske ambitioner til konkrete handlinger i sundhedsrådets geografiske område. Planerne kan bl.a. understøtte arbejdet med bedre lægedækning, sammenhængende patientforløb, forebyggende indsatser og børn og unges trivsel. De kan samtidig fungere som et fælles grundlag for samarbejdet mellem region og kommuner om lokale sundhedsudfordringer, samt danne grundlag for sundhedsrådenes prioritering

og udmøntning af de 4,4 mia. kr. til nære sundhedsindsatser, der med sundhedsreformen er afsat til nære sundhedsindsatser. Midlerne er årlige fra 2030 og frem, og indfases gradvist fra 2027. Af disse målrettes 2,0 mia. kr. til investering i udbygning af de nære sundhedstilbud i kommunerne. Disse midler udmøntes gennem aftaler med kommunerne. Sundhedsrådet kan dermed indgå enkeltvis eller samlede aftaler med alle kommuner i sundhedsrådet med ophæng i nærsundhedsplanen.

De konkrete prioriteringer sker med udgangspunkt i sundhedsrådenes populationsansvar, som betyder, at sundhedstilbuddene tilrettelægges og prioriteres efter de konkrete behov, der er i befolkningen i sundhedsrådets område. Det kan ske med udgangspunkt i data om befolkningen, fx sundhedsprofilerne.

Samtidig er det centralt, at nærsundhedsplanerne ikke fører til udviklingen af 17 forskellige sundhedsvæsen. De regionale sundhedsplaner skal fortsat sætte de overordnede rammer for den samlede kapacitet, opgavefordeling og faglige udvikling i regionen, mens nærsundhedsplanerne skal fungere som den lokale udmøntning inden for disse rammer. Samspillet mellem planerne bliver derfor afgørende for, at sundhedsrådene både kan prioritere efter lokale behov og bidrage til en sammenhængende regional udvikling.

Inddragelse af relevante aktører

I udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne kan det være relevant at inddrage en række forskellige aktører. Det gælder bl.a. kommunerne i sundhedsrådets geografi og civilsamfundets aktører. Danske Regioners bestyrelse godkendte i juni fem anbefalinger for et styrket samarbejde med civilsamfundet i sundhedsrådene. Anbefalingerne skal samlet understøtte, at der er en tydelig indgang til samarbejdet med civilsamfundet, klare rammer og aftaler for samarbejdet samt udbredelse af sociale henvisninger. De kommende patient- og pårørendeudvalg i hvert sundhedsråd skal også inddrages i forbindelse med større planlægningsmæssige beslutninger, herunder drøftelser af nærsundhedsplanen og den regionale sundhedsplan.

Flere sundhedsråd er allerede i gang med at invitere eksterne aktører til seminarer, temadrøftelser og lignende for at supplere de interne politiske drøftelser i sundhedsrådene.

National vejledning til at udarbejde nærsundhedsplanen

Sundhedsstyrelsen udarbejder en vejledning, som sætter retning for indholdet i og formen for nærsundhedsplanerne. Vejledningen er i høring netop nu, og Danske Regioner udarbejder et høringssvar på vegne af regionerne, der godkendes i bestyrelsen. I høringssvaret vil der være fokus på, at vejledningen skal lægge op til et

reelt samarbejde mellem regioner og kommuner. Det er vigtigt, at samarbejdet ikke alene beskrives som regional understøttelse af kommunerne, men at kommunerne også oplever sig forpligtede, så sundhedsrådene faktisk kan beskæftige sig med emner, der går på tværs af sektorer. Det kan fx være børn og unges mistrivsel, hvor kommunale og regionale indsatser skal tænkes sammen.

Derudover er der fokus på sammenhængen til de regionale sundhedsplaner, hvor det bør fremstå klart, at de regionale sundhedsplaner sætter de overordnede rammer, og at nærsundhedsplanerne skal ses som en lokal udmøntning af disse. Samtidig er der fokus på, at nærsundhedsplanerne især skal beskæftige sig med sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen, mens den regionale sundhedsplan skal håndtere prioriteringer på tværs af sygehuse og dermed også på tværs af sundhedsråd.

Oplæg til drøftelse

Der lægges op til, at udvalgene drøfter, hvad nærsundhedsplanerne skal kunne, og hvordan sundhedsrådene og regionerne bedst kan bruge nærplanerne som redskab til at indfri ambitionerne for et nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen i sundhedsrådets geografi.

Udvalget kan i den forbindelse bl.a. drøfte:

- Hvad skal nærsundhedsplanerne kunne som politisk redskab i sundhedsrådene?
- Hvordan kan samspillet mellem den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne sikre både lokale prioritering og en fælles regional retning?
- Hvilke forudsætninger skal være til stede, for at nærsundhedsplanerne kan omsætte reformens ambitioner til konkrete lokale indsatser?

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Udvalgenes drøftelse vil være et bidrag til at udarbejde Danske Regioners høringssvar til Sundhedsstyrelsens vejledning til nærsundhedsplaner.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Punktet blev indledt med et oplæg fra Naja Warrer Iversen, vicedirektør i Danske Regioner. Udvalgene drøftede opmærksomhedspunkter ved nærsundhedsplanerne og de regionale sundhedsplaner, herunder at der i flere sundhedsråd er fokus på at holde borgermøder, seminarer og invitere civilsamfundsorganisationer samt uddannelsesinstitutioner ind i drøftelserne om nærsundhedsplaner. Udvalgene fandt det vigtigt, at de enkelte sundhedsråd har mulighed for at afsøge lokale løsninger for at indfri intentionerne i sundhedsreformen om mere lighed i sundhed.

Bilag

4 (Offentlig) Orientering om Medicinrådet og evaluering af Medicinrådet

Elisabeth Skibsted

EMN-2017-00578

Resumé

Sagen giver en orientering om Medicinrådets organisering, opgaver og aktuelle status, samt peger på centrale perspektiver for 2026.

Orienteringen præsenteres af Birgitte Klindt Poulsen, forperson i Medicinrådet, og Jannick Brennum, næstforperson i Medicinrådet.

I sagen orienteres samtidig om, at Danske Regioner i 2026 igangsætter en ny evaluering af Medicinrådet, som med fakta og data skal belyse Rådets arbejde og sammenligne med andre landes prioriteringsmodeller. Der lægges op til en drøftelse af evalueringen, som forventes afsluttet ved udgangen af året. Evalueringen skal danne grundlag for en efterfølgende drøftelse af eventuelle forbedringstiltag, så Rådet fortsat kan skabe mest mulig sundhed for pengene på baggrund af en effektiv sagsbehandling.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget tager orientering om Medicinrådet, herunder opgaver og organisering til efterretning, og

at Udvalget drøfter den igangsatte evaluering af Medicinrådet.

Sagsfremstilling

Baggrund

Medicinrådet blev etableret af Danske Regioners bestyrelse den 1. januar 2017 med det formål at sikre mest mulig sundhed for pengene og sikre lige adgang til behandling.

Medicinrådet har haft en central rolle i prioriteringen af nye lægemidler i sundhedsvæsenet – i en tid, hvor antallet af nye og ofte dyre lægemidler stiger markant, og hvor der samtidig er øget politisk og offentlig opmærksomhed på gennemsigtighed, prioritering og hurtig patientadgang.

Organisering

Medicinrådet er organisatorisk forankret i Danske Regioner, og de overordnede rammer, herunder kommissorium, medlemsudpegning og budget, fastsættes af Danske Regioners bestyrelse. Det faglige arbejde foregår med armslængde til Danske Regioner.

Rådet består af 18 medlemmer og fire observatører. Hertil kommer ca. 60 fagudvalg og et sekretariat, som understøtter arbejdet.

Opgaver

Medicinrådet udarbejder anbefalinger og behandlingsvejledninger om lægemidler til brug i det danske sundhedsvæsen. Herunder:

- Nye lægemidler og indikationsudvidelser

Rådet vurderer, om nye lægemidler skal anbefales som standardbehandling på baggrund af effekt, omkostninger og bivirkninger. Anbefalede lægemidler implementeres på hospitalerne inden for 14 dage.

- Behandlingsvejledninger

Rådet udarbejder nationale behandlingsvejledninger, som understøtter ensartet behandling og effektiv anvendelse af ressourcer. Hvis flere lægemidler vurderes ligeværdige, gennemfører Amgros et udbud.

- Vejledning af almen praksis om tilskudsmedicin

Siden 2025 har Medicinrådet vejledt almen praksis om valg af tilskudsmedicin.

Principper

Medicinrådets arbejde bygger på syv principper for prioritering af lægemidler vedtaget af Folketinget: faglighed, uafhængighed, geografisk lighed, åbenhed, hurtig ibrugtagning af effektiv medicin, mere sundhed for pengene og adgang til behandling.

Herudover har Danske Regioners bestyrelse besluttet at supplere med alvorlighedsprincippet og forsigtighedsprincippet, som kan anvendes i særlige tilfælde. Tilsammen udgør de 7+2 principper grundlaget for rådets arbejde.

Aktuel status

Antallet af ansøgninger til Medicinrådet er steget markant fra 42 i 2023 til 84 i 2025.

Størstedelen af de ansøgte lægemidler - 53 ud af 84 - blev anbefalet eller delvist anbefalet som standardbehandling. Det svarer til 63 procent af ansøgningerne.

Målsætningen for sagsbehandlingstid i standardprocessen er 18 uger, og 14 uger i fast track-processen. Efter en reduktion til 16,9 uger i 2024 steg den gennemsnitlige sagsbehandlingstid til 19 uger i 2025 som følge af flere ansøgninger.

For at nedbringe ventetiderne har Danske Regioners bestyrelse øget Medicinrådets bevilling med 41 mio. kr. over perioden 2026-2028 med henblik på at styrke sekretariatet og nedbringe sagsbehandlingstiderne. I den forbindelse er der f.eks. ansat flere medarbejdere i sekretariatet, udviklet enklere arbejdsgange, digitalisering og AI-understøttelse.

Aktuelle udfordringer

Medicinrådet møder løbende kritik vedrørende sagsbehandlingstider og antallet af ikke-anbefalinger. Der arbejdes derfor med øget transparens, dialog med interessenter og effektivisering af processerne.

Samtidig skaber den amerikanske Most Favoured Nation (MFN)-politik usikkerhed om fremtidige lægemiddelpriser og lanceringer, da Danmark indgår som et sammenligningsland, hvilket potentielt kan påvirke virksomhedernes prisstrategier og adgangen til nye lægemidler. Udviklingen følges af en national taskforce med deltagelse af staten, erhvervsorganisationer og Danske Regioner.

Evaluering af Medicinrådet i 2026

Som led i Danske Regioners løbende tilsyn og kvalitetssikring gennemføres der i 2026 en evaluering af Medicinrådet. Evalueringen følger op på den seneste større evaluering fra 2019 og skal med fakta og data tydeliggøre de styrker og svagheder, som Medicinrådets praksis og processer har. I den forbindelse skal evalueringen belyse de kritikpunkter, som har været rejst, bl.a. ved at foretage en sammenligning mellem Medicinrådet og andre landes prioriteringsorganer, fx om andre lande godkender flere lægemidler, og i hvor stort omfang anbefalede lægemidler tages i brug.

Evalueringen skal danne grundlag for en efterfølgende drøftelse af eventuelle forbedringstiltag, så Rådet fortsat kan skabe mest mulig sundhed for pengene på baggrund af en effektiv sagsbehandling.

Evalueringens hovedtemaer

På baggrund af interessenters inputs og de kritikpunkter, der i øvrigt har været rejst i den offentlige debat, har Danske Regioners bestyrelse godkendt fire hovedtemaer for evalueringen:

1. Transparens og tydelighed i Medicinrådets beslutningsgrundlag

Der har været rejst kritik af, at det er vanskeligt at gennemskue hvilke kriterier og overvejelser, der ligger til grund for Medicinrådets anbefalinger og afslag, herunder hvilken vægt Rådet tillægger Folketingets syv principper for prioritering af lægemidler. I den forbindelse er det efterlyst, at kriterierne bliver konkretiseret for at gøre det nemmere at forstå, hvordan principperne skal vægtes. Der lægges i dag vægt på, at Rådet skal have brede rammer til at vurdere, om der er et rimeligt forhold mellem et nyt lægemiddels dokumenterede effekt og dets omkostninger.

Hertil har der været rejst kritik af, at patienternes synspunkter ikke i tilstrækkeligt omfang inddrages i Rådets overvejelser, samt at Rådets begrundelser er korte og derfor ikke skaber tydelighed om, hvad Rådet har lagt vægt på. Medicinrådet har forsøgt at imødekomme kritikken ved at udbygge deres begrundelser samt ved at optimere processerne for inddragelse af patienter, men der er fortsat kritik.

Der lægges derfor op til, at evalueringen skal inkludere fordele og ulemper ved en operationalisering af Folketingets syv principper. Desuden skal evalueringen belyse, om der er fundet den rette model for, hvordan patienternes perspektiver inddrages.

2. Omfang af afviste/anbefalede lægemidler

Et tilbagevendende kritikpunkt har været, at Danmark oftere end sammenlignelige lande afviser nye lægemidler, og at vores betalingsvillighed er for lav, hvilket skaber en barriere for at få nye lægemidler hurtigt ud til patienterne. Evalueringen bør derfor belyse, hvad Medicinrådet har lagt vægt på, når et lægemiddel er blevet afvist: Skyldes det fx, at lægemidlets effekt og bivirkninger ikke står mål med prisen, at der findes billigere alternativer eller utilstrækkelig dokumentation?

Evalueringen skal desuden indeholde en international sammenligning med andre landes prioriteringsmodeller, som kan skabe et fælles grundlag for den offentlige dialog om, hvorvidt Danmark reelt har en lavere betalingsvillighed end andre. Her skal det også inddrages, om en anbefaling af et lægemiddel implementeres bredt og hurtigt, eller om det er op til lokale niveauer i et land at beslutte om og hvornår, anbefalinger skal implementeres.

Hertil skal evalueringen undersøge muligheden for at indgå flere innovative prisaftaler, hvor betalingen for lægemidlet fx afhænger af, om effekten af lægemidlet er lige så stor som forventet. Det kan være et alternativ til at afvise lægemidler, når datagrundlaget er usikkert.

3. Metodegrundlag og samfundsøkonomiske effekter, herunder arbejdsudbudseffekter

Det seneste år har der været kritik – bl.a. fra Danske Patienter og LIF – af, at Medicinrådet ikke i tilstrækkelig grad inddrager bredere samfundsøkonomiske effekter som arbejdsudbud – fx om ibrugtagning af et lægemiddel vil få borgere (hurtigere) tilbage i arbejde og dermed generere skatteindtægter.

Medicinrådets metoder giver i dag mulighed for at inddrage omkostninger og effekter, der vedrører bredere og mere langsigtede konsekvenser af behandling med et givent lægemiddel. Fx kan både patienters og pårørendes tidsforbrug til behandling indgå i vurderingerne og tillægges vægt. Herudover indgår det direkte i evalueringerne, om en behandling har positiv effekt på forbedring af patienternes helbred og funktionsevne – som måles i kvalitetsjusterede leveår (QALY). En sådan effekt vil typisk også styrke evnen til at arbejde. Det er dog ikke altid muligt for ansøger at beskrive og dataunderstøtte de bredere konsekvenser af en behandling, og direkte beregninger af produktionsgevinster eller -tab indgår ikke i de nuværende metoder. Dette er fravalgt af etiske hensyn, da det kan skævvride prioriteringer til

fordel for patientgrupper med arbejdsmarkedstilknytning frem for fx pensionister eller handicappede.

Evalueringen skal derfor undersøge, hvordan andre lande arbejder med samfundsøkonomiske perspektiver, herunder om og hvordan arbejdsudbudseffekter inddrages, og beskrive fordele og ulemper herved.

4. Effektiv sagsbehandling

Der har siden Medicinrådets etablering været et stort fokus på Rådets sagsbehandlingstider, som løbende bliver kritiseret for at være for træge. Danske Regioners bestyrelse har derfor fastsat konkrete sagsbehandlingstider for Medicinrådets arbejde, og der blev i 2023 lavet en større ekstern evaluering med anbefalinger til optimering af Rådets sagsprocesser. Rådet arbejder på den baggrund løbende på at effektivisere deres processer, og der lægges derfor ikke op til, at den kommende evaluering skal have et stort fokus på dette emne.

Evalueringen bør dog overordnet undersøge effektivitet i Rådets sagsbehandlingsprocesser, herunder ved at sammenligne med andre lande, for at tydeliggøre styrker og svagheder. Desuden skal det konkret undersøges, om der er flere sagskategorier end i dag, som med fordel kan sagsbehandles efter en fast-track procedure.

Evalueringsens videre proces

Evalueringen foretages af Implement Consulting Group, som har kendskab til det danske system for vurdering og prioritering af hospitalsmedicin. Implement påbegyndte sit arbejde 1. juli, og evalueringen forventes afsluttet ultimo 2026. Resultatet vil blive drøftet i Sundhedsudvalget og forelagt Bestyrelsen primo 2027.

Desuden er der nedsat en ekspertgruppe, bestående af udvalgte, relevante profiler med kompetencer indenfor: sundhed (Henrik Frederiksen, professor og overlæge i hæmatologi, Syddansk Universitet), sundhedsøkonomi (Jakob Kjellberg, professor i sundhedsøkonomi, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd VIVE), nordiske erfaringer (Einar Andreassen, enhedschef i direktoratet for Medicinske Produkter, Norge) og virksomheder (Dorthe Mikkelsen, professionelt bestyrelsesmedlem, tidligere senior vice president i MSD).

Ekspertgruppen skal rådgive og sparre med Implement om evalueringen og samtidig bidrage til at understøtte evalueringens uvildighed. Gruppen inddrages i processen, hvor det vurderes relevant, f.eks. med vurdering af samfundsøkonomiske effekter.

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Punktet blev indledt med et oplæg om Medicinrådet af forperson Birgitte Klindt Poulsen og næstforperson Jannick Brennum. Sundhedsudvalget tog oplægget til efterretning, og drøftede herefter den igangværende evaluering af Medicinrådet, som forventes afsluttet ultimo 2026. Sundhedsudvalget roste Medicinrådets arbejde og påpegede, at Medicinrådet med fordel fremadrettet kan være mere åben og transparent for offentligheden, så det gode arbejde bliver mere synligt.

Bilag

5 (Offentlig) Fortsat drøftelse om mulig position vedr. differentiering af patientrettigheder

Jens Bjerg Johansen

EMN-2024-00932

Resumé

Sundhedsudvalget vil fortsætte drøftelsen fra sidste møde i juni om Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne med henblik på en stillingtagen til spørgsmålet. Sundhedsfaglig direktør Helene Probst vil på mødet give en præsentation af de centrale patientrettigheder som indledning til drøftelsen.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget tager oplægget om de centrale patientrettigheder til efterretning, og

at Udvalget på baggrund heraf drøfter Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne.

Sagsfremstilling

På Sundhedsudvalgets møde den 25. juni 2026 var der en drøftelse af Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne, jf. beslutningen på Regioners Politiske Topmøde i 2024. Drøftelsen tog udgangspunkt i rapporten udarbejdet for Danske Regioners af konsulentfirmaet Implement, der belyser, patientrettighederne i de øvrige skandinaviske lande sammenlignet med Danmark, samt hvordan patientrettighederne opleves i den daglige drift i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i to caseafdelinger.

I forbindelse med drøftelsen efterspurgte udvalget imidlertid en grundigere introduktion til patientrettighederne til brug for deres videre drøftelse af spørgsmålet.

På den baggrund er der udarbejdet vedlagte notat (bilag 1), der beskriver retten til hurtig udredning, retten til udvidet frit sygehusvalg og de maksimale ventetider ved kræft og visse hjertesygdomme. Sundhedsfaglig direktør Helene Probst vil ligeledes gennemgå de centrale patientrettigheder på mødet.

Med udgangspunkt heri vil udvalget fortsætte drøftelsen af Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne, jf. nedenfor.

Muligheder for differentiering af patientrettighederne

Spørgsmålet om en mulig differentiering af patientrettighederne er genstand for betydelig politisk debat blandt sundhedsvæsenets aktører.

Der synes dog at være udbredt enighed om, at retten til hurtig udredning fortsat bør gælde ensartet for alle patienter, idet det indtil patienten er udredt, ikke kan vides, hvad patienten konkret fejler, og hvor alvorlig en tilstand, der er tale om.

Når patienten er udredt, kan der dog ifølge nogle aktører være et perspektiv i at se på, om alle skal have ret til behandlingen indenfor samme frist. Bl.a. Lægeforeningen peger således på, at fristen for, hvornår man får ret til at blive behandlet på et privat sygehus via det udvidede frie sygehusvalg, bør afhænge af sygdommens alvorlighed og indvirkning på dagligdagen m.v.

En sådan differentiering kunne eksempelvis bestå i, at fristen for patienter med mindre alvorlige lidelser kan udvides fra de nuværende 30 dage til 60 eller 90 dage. Dette kan være i tilfælde, hvor den pågældende lidelse kun påvirker patientens hverdag i begrænset omfang, og hvor der ikke er risiko for forværring. En anden mulighed vil være at lade det være op til den enkelte at vurdere med udgangspunkt i fastsatte prioriteringskriterier, hvornår patienten bør modtage behandling. Denne model kendes bl.a. fra Norge.

Der er dog også vanskeligheder forbundet med at differentiere fristerne afhængigt af sygdom, bl.a. fordi den samme diagnose kan have meget forskellig indvirkning fra patient til patient. Samtidig kan differentierede frister blive mere bureaukratiske at administrere, ligesom det kan blive vanskeligere for både patienter og personale at gennemskue rettighederne.

Som beskrevet i vedlagte notat er der i sundhedsloven fastsat særligt skærpede frister for udredningen og behandlingen af patienter med kræft og visse livstruende hjertesygdomme i form af de maksimale ventetider. Dette er netop begrundet i, at disse sygdomme har en særlig alvorlighed.

Herudover er kræftpatienter også omfattet af de standardforløbstider, der er fastsat i kræftpakkerne. Standardforløbstiderne er ikke patientrettigheder, men har derimod karakter af faglige anbefalinger, som kan bruges som rettesnor i tilrettelæggelsen af patientens forløb. I praksis kan det dog være svært for både patienter og personale at skelne imellem, hvornår en frist følger af hhv. standardforløbstiderne og de maksimale ventetider. På baggrund af Kræftplan V er Sundhedsstyrelsen i øjeblikket ved at igangsætte et arbejde, der skal danne baggrund for en revision af kræftpakkerne.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Helene Probst indledte punktet med et oplæg om de gældende patientrettigheder. Herefter drøftede Sundhedsudvalget Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne. Der var et ønske fra flere udvalgsmedlemmer om at bevare patientrettighederne som de er i dag, mens andre udvalgsmedlemmer argumenterede for at differentiere patientrettighederne bl.a. med henblik på bedre ressourceudnyttelse på hospitalerne. Sundhedsudvalgets bemærkninger vil blive videregivet til bestyrelsen, som vil tage endelig stilling til Danske Regioners position på området.

Bilag

1. Baggrundsnotat om patientrettigheder (1874537 - EMN-2024-00932)

6 (Offentlig) Fremtidens patientansvarlige læge

Sofie Bendix Christiansen

EMN-2017-00240

Resumé

Som led i sundhedsreformen skal regeringen og regionerne indgå en aftale om en justeret model for ordningen med den patientansvarlige læge. I den nationale styregruppe for den patientansvarlige læge er der enighed om, at ordningen fremadrettet skal målrettes, så patienter med komplekse og tværgående forløb i højere grad tilbydes en patientansvarlig læge. Samtidig er der ønske om at styrke sammenhængen mellem sygehuse og almen praksis og gøre ordningen mere tydelig for patienterne.

På den baggrund har Danske Regioner i samarbejde med styregruppen udarbejdet et fælles forståelsespapir, som udgør et fælles afsæt for den kommende aftale mellem regeringen og regionerne. I den nationale styregruppe indgår foruden regionerne Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeforeningen, Yngre Læger, PLO, Dansk Sygeplejeråd og Sundheds- og Kirkeministeriet.

Der lægges op til, at udvalget drøfter forståelsespapiret.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget drøfter det fælles forståelsespapir om fremtidens patientansvarlige læge.

Sagsfremstilling

Det følger af sundhedsreformen, at ordningen med den patientansvarlige læge, som oprindeligt blev indført i 2016, skal udvikles og styrkes. Regeringen og regionerne skal indgå en aftale – med inddragelse af relevante parter – om en justeret model for ordningen. En justeret model skal styrke koordineringen mellem den patientansvarlige læge på sygehusene og tovholderfunktionen i det almenmedicinske tilbud.

Justeret model for fremtidens patientansvarlige læge

Den nationale styregruppe for den patientansvarlige læge følger løbende ordningen og drøfter, hvordan den patientansvarlige læge bedst kan styrkes og videreudvikles. Styregruppen afholdt i marts 2025 en fælles temadag om den patientansvarlige læge, hvor fagfolk, ledere og patientrepræsentanter var samlet for at inspirere, erfaringsudveksle og sætte retningen for, hvordan vi bedst arbejder videre med ordningen.

Drøftelserne på temadagen såvel som i den nationale styregruppe viser, at der er enighed om, at der skal sættes større fokus på de patienter, som har allermest brug for en patientansvarlig læge. Erfaringerne er, at ambitionen om, at alle patienter som udgangspunkt skal have en patientansvarlig læge, ikke i tilstrækkelig grad understøtter patienter med komplekse behov for koordination og overblik. Nogle patienter har et forløb på én afdeling og her kan den behandlende læge sikre den ønskede tryghed og sammenhæng. Andre patienter har glæde af, at det er den almen praktiserende læge, der er tovholder i sygdomsforløbet, og har ikke behov for en patientansvarlig læge på hospitalet.

Erfaringerne viser, at ordningen med den patientansvarlige læge ikke har været implementeret ensartet, og at nogle patienter fortsat oplever manglende sammenhæng i deres forløb. For at robustgøre ordningen i lyset af den udvikling, sundhedsvæsenet står overfor, er der derfor behov for at justere ordningen og målrette den til de patienter, der har størst behov for støtte, kontinuitet og koordinering. Målet er, at disse patienter i højere grad oplever, at der er en læge med ansvar for at skabe overblik og sammenhæng på tværs af deres forløb. Det skal være tydeligt for patienten, hvem der har ansvaret for at koordinere patientforløbet, og hvem patienten har mulighed for at kontakte ved spørgsmål.

På den baggrund har vi i Danske Regioner sammen med parterne i styregruppen arbejdet på at skabe et fælles afsæt for den kommende aftale med Sundheds- og Kirkeministeriet. I samarbejdet har der særligt været fokus på, hvordan ordningen bedst målrettes de patienter, hvor en patientansvarlig læge gør den største forskel for patientens oplevelse af kontinuitet, tryghed og koordinering. Det kan fx være patienter med komplekse, langvarige eller tværgående forløb og patienter, der på grund af sårbarhed, multisygdom, sociale forhold eller lav sundhedskompetence har særlige behov for støtte og overblik. Parterne er enige om at arbejde for en justeret model med en klarere og mere afgrænset målgruppe.

Der er samtidigt enighed om, at ordningen skal være mere tydelig for patienterne. Det indebærer blandt andet, at det i fremtiden skal fremgå af patientjournalen, når der er tildelt en patientansvarlig læge, hvem denne er, og hvordan vedkommende kan kontaktes. Ordningen skal også styrke samspillet mellem den patientansvarlige læge på sygehuset og tovholderfunktionen i almen praksis, så den enkelte patient oplever bedre sammenhæng mellem behandlingen på sygehuset og den opfølgning, der sker i almen praksis.

På baggrund af dialogen med parterne er der udarbejdet et fælles forståelsespapir, der tydeliggør den fælles ambition for fremtidens patientansvarlige læge. Der kan fortsat forekomme tilretninger og præciseringer af papiret som led i den videre

dialog med Sundheds- og Kirkeministeriet og de øvrige parter om den endelige aftale. Det forventes bl.a., at det vil blive drøftet, om der er behov for at estimere målgruppens størrelse.

Videre proces

Det fremgår af sundhedsreformen, at aftalen mellem regeringen og regionerne om en justeret model for den patientansvarlige læge skulle være indgået i 2025. Aftaleprocessen er af flere omgange blevet udskudt, og Sundheds- og Kirkeministeriet oplyser nu, at de forventer at indgå en politisk aftale i oktober 2026.

Når aftalen om en justeret model foreligger, påbegyndes implementeringen på hospitalerne. Sundhedsdirektørkredsen vil blive inddraget i arbejdet med at understøtte en hensigtsmæssig udrulning, herunder hvordan udrulningen bedst tilrettelægges rent praktisk. Den nationale styregruppe vil løbende følge implementeringen, samle op på erfaringerne og tage initiativ til aktiviteter, der understøtter videndeling, fx temadage.

Det forventes desuden, at der i den politiske aftale vil blive lagt op til, at der gøres status på implementeringen af den justerede model efter forventeligt ét år. I den forbindelse vil sundhedsudvalget igen blive inddraget.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Sundhedsudvalget drøftede det fælles forståelsespapir og bakkede op om en justeret model for ordningen med den patientansvarlige læge.

Bilag

1. Fælles forståelsespapir om fremtidens patientansvarlige læge (19.09.26) (1875520 - EMN-2017-00240)

7 (Offentlig) Orientering om Danske Regioners første opfølgning på fødselsaftalen 2025

Sofie Mayling Vennike

EMN-2022-00981

Resumé

Sundhedsudvalget orienteres om Danske Regioners første opfølgning til Sundheds- og Kirkeministeriet på fødselsaftalen 'Aftale om styrkelse af fødeområdet' fra 2025. Opfølgningen er vedlagt som bilag.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten og Alternativet indgik d. 17. december 2024 '[Aftale om styrkelse af fødselsområdet](#)'. Aftalen skal ses i forlængelse af fødselsaftalen '[En god start på livet](#)' fra maj 2022, som indførte ret til to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg for førstegangsfødende og midler til mere sundhedspersonale og bedre arbejdsvilkår på fødestederne. Med 2022-aftalen blev der afsat 100 mio. kr. i 2022, 110 mio. kr. i 2023, 115 mio. kr. i 2023 og 150 mio. kr. fra 2025 og frem.

Med Aftale om styrkelse af fødeområdet fra 2024 ønsker aftalepartierne at løfte fødeområdet med yderligere 68,2 mio. kr. fra 2025 og frem til en yderligere styrkelse af fødeområdet. Midlerne skal ses i tillæg til midlerne fra 2022-aftalen.

Aftalepartierne er enige om, at midlerne udmøntes til følgende initiativer fra 2025 og frem:

- Ret til hjemmebesøg for flergangsfødende
- Styrkelse af kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb
- Styrkelse af forældre- og fødselsforberedelse i små hold
- Rekrutterings- og fastholdelsespakke til fødeafdelingerne

Regeringen og Danske Regioner indgik d. 7. juni 2025 en [udmøntningsaftale](#), hvor det aftaltes, at implementering af initiativerne skal ske under hensyn til de gældende regionale og lokale rammer og med fokus på fortsat at sikre de fødende og deres familier den nødvendige tryghed og støtte.

Regeringen og Danske Regioner har aftalt, at Danske Regioner en gang årligt vil fremsende en opfølgning til Sundheds- og Kirkeministeriet, som beskriver status i regionerne på implementering og drift af initiativerne med kvalitative og kvantitative data.

Sundhedsudvalget forelægges med denne sag den første opfølgning på aftalen til ministeriet til orientering. Opfølgningen indeholder en kvantitativ opgørelse over udviklingen af andelen af flergangsfødende, der udskrives inden for 24 timer efter fødslen og modtager et hjemmebesøg (virtuelt eller fremmøde). Her ses det, at andelen er steget fra 71% i andet halvår 2024 til 78% i andet halvår 2025.

Derudover indeholder opfølgningen en redegørelse for, hvordan regionerne har anvendt midler til at styrke kendthed og kontinuitet, forældre- og fødselsforberedelse i små hold samt til rekruttering- og fastholdelsesinitiativer. Denne del af opfølgningen tager udgangspunkt i bidrag fra regionerne og viser, at alle regioner har iværksat relevante tiltag for at leve op til initiativerne inden for de givne rammer og behov.

Opfølgningen er sendt til Sundheds- og Kirkeministeriet d. 26. august 2026.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Punktet blev skubbet til næste møde.

Bilag

1. Danske Regioners første opfølgning på fødselsaftalen 2025, august 2026 (1875164 - EMN-2022-00981)
2. Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om styrkelse af fødselsområdet (2025) (1875146 - EMN-2022-00981)

8 (Offentlig) Studietur for Sundhedsudvalget

Sofie Mayling Vennike

EMN-2026-00248

Resumé

Sundhedsudvalget har mulighed for at komme på en studietur til udlandet i løbet af udvalgsperioden. Sekretariatet anbefaler, at studieturen ligger forholdsvis tidligt i udvalgsperioden. Sekretariatet har, blandt andet med afsæt i Udvalgets kommissorium, set på relevante destinationer for studieturen og foreslår på den baggrund, at studieturen går til enten Skotland eller Holland til april 2027.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget godkender, at sekretariatet går videre med planlægning af en studietur til enten Skotland eller Holland den 28.-30. april 2027.

Sagsfremstilling

Danske Regioners sekretariat har gode erfaringer med at planlægge en studietur for de politiske udvalg forholdsvis tidligt i udvalgsperioden. Studieturen giver udvalgsmedlemmerne mulighed for at lære hinanden bedre at kende samt hente inspiration og ny viden, som kan understøtte udvalgets arbejde i resten af perioden.

Med afsæt i de temaer, som er skitseret i sundhedsudvalgets kommissorium, har sekretariatet i Danske Regioner undersøgt forskellige muligheder for en studietur. På den baggrund foreslås en studietur til enten Skotland eller Holland i april 2027.

Skotland

Et centralt tema i sundhedsudvalgets kommissorium er udviklingen af et robust og bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor 'Vælg Klogt', reduktion af unødvendig behandling og bedre prioritering indgår som vigtige elementer. Skotland har siden 2016 arbejdet med begrebet 'Realistic Medicine', hvor grundtanken er at yde behandling, som giver reel værdi for patienterne, og at begrænse overbehandling, spild og patientskader.

Derudover arbejder Skotland med at øge den sociale lighed i sundhed og har gode eksempler på, hvordan man sammentænker social- og sundhedstilbud i deres 'health boards', hvor både kommuner og regioner er repræsenteret. Som en del af denne indsats kan sundhedsprofessionelle benytte tilgangen 'social prescribing' (sociale henvisninger) til at henvise borgere til lokale tilbud, aktiviteter og sociale støtteordninger i civilsamfundet som supplement til den øvrige sundhedsindsats.

Skotland har også ambitiøse tiltag, når det kommer til at styrke folkesundheden. Landet var et af de første i Europa til at indføre et nationalt rygeforbud, og de arbejder målrettet med at bekæmpe overvægt og sikre flere sunde leveår hos borgerne.

På initiativ fra det skotske sundhedsvæsen er der indledt et arbejde med henblik på en samarbejdsaftale mellem Danske Regioner og det skotske sundhedsvæsen. Formålet med aftalen er at understøtte erfaringsudveksling, fælles fokus på fælles udfordringer og eventuel udvikling af konkrete fælles initiativer på tværs af landene.

Skotland og Danmark er meget sammenlignelige lande. Skotland er arealmæssigt dobbelt så stort som Danmark og har en befolkning på ca. 5,5 mio. indbyggere. Begge lande har universelle og skattefinansierede sundhedsvæsen og står over for lignende udfordringer, herunder flere borgere med kroniske sygdomme og mangel på sundhedspersonale. I begge lande er der derfor fokus på bedre prioritering af ressourcer, fastholdelse og rekruttering af medarbejdere samt udvikling af borgernære sundhedstilbud.

Mulige temaer til en studietur til Skotland:

- Fremtidssikring af et bæredygtigt og robust sundhedsvæsen
- Reducering af spild i sundhedsvæsenet og Skotlands arbejde med 'Realistic Medicine'
- Social prescribing (sociale henvisninger)
- Bekæmpelse af ulighed i sundhed – sammentænkning af social- og sundhedstilbud
- Styrket folkesundhed/forebyggelse
- Temaer i en kommende samarbejdsaftale mellem Danske Regioner og det skotske sundhedsvæsen

Holland

I Holland er man ved at gennemføre det nationale program for palliation, Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II), der skal styrke den palliative indsats i hele sundhedsvæsenet. Programmet har blandt andet fokus på tidlig afklaring af palliative behov, planlægning af den palliative indsats og et tæt samarbejde mellem hospitaler, almen praksis, kommuner og hospice med henblik på at integrere palliation tidligere i sygdomsforløbet. Området vil kunne give inspiration til det videre arbejde med Danske Regioners nye position for palliationsområdet.

Holland har også sat fokus på overgangen fra børne- til voksenbehandling for unge i alderen 12-25 år med kroniske somatiske sygdomme, psykiske lidelser eller udviklingshandicap. Som led heri arbejdes blandt andet med såkaldte

transitionsklinikker (transitiepoliklinieken), hvor børne- og voksenafdelinger samarbejder om overgangen, så den unge oplever større kontinuitet i behandlingen.

Universitetshospitalet i Utrecht har som et af de første hospitaler i Europa givet patienter adgang til hele deres elektroniske patientjournal i realtid. Hensigten er at styrke patienternes indsigt i egne sundhedsoplysninger og understøtte patientens egen rolle i behandlingsforløbet. Samtidig arbejder Holland med at styrke anvendelsen af sundhedsdata gennem initiativer som Health-RI, der skal understøtte forskning, innovation og udvikling af AI-baserede løsninger ved at skabe bedre sammenhæng mellem sundhedsvæsen, forskningsmiljøer og virksomheder.

Mulige temaer til en studietur til Holland:

- Palliationsområdet - implementering af et nyt nationalt program for tværsektoriel indsats på palliationsområdet
- Overgange fra barn til voksen i behandlingssystemet, herunder transitionsklinikker
- Patientinddragelse
- Kunstig intelligens, sundhedsdata og digital innovation i sundhedsvæsenet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Sundhedsudvalget besluttede, at sekretariatet arbejder videre med at planlægge en studietur til Skotland i april 2027.

Bilag

10 (Offentlig) Næste møde i sundhedsudvalget

Susanne Wessel

MOD-2026-00149

Resumé

Næste møde i sundhedsudvalget afholdes den 22. oktober kl.10.00 – 14.30 i en region – formentlig Region Syddanmark.

Indstilling

*Det indstilles,
at udvalget tager orienteringen til efterretning.*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Sundhedsudvalget tog orienteringen om at næste mødes afholdes i Region Syddanmark til efterretning.

Bilag

11 (Offentlig) Eventuelt - åben

Susanne Wessel

MOD-2026-00149

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

-

Bilag