



28-05-2026

MOD-2026-00151

Bodil Egelund Christensen

Referat fra møde i Udvalget for Nære Sundhedstilbud 2026-2030 (UNS) den 21- maj 2026 kl. 13.00-16.30

Deltagere: Peter Westermann
Helle Jensen
Gül Özcan
Hanne Korsgaard
Helge Adam Møller
Jette Damsø Henriksen
Marianne Mulle Jensen
Per Møller
Poul Berggreen
Søren Lund Hansen

Afbud: Allan Emiliussen
Annette Blynel
Michael Maaløe

Deltagere fra sekretariatet: Naja Warrer Iversen
Rikke Margrethe Friis
Lotte Holten
Anne Birgitte Jæger
Mette Bay Skov (referent)
Mirja Elisabeth Kløjgaard (pkt. 4)
Anna Bachmann Boje (pkt. 5-6)
Bodil Marie Al-Abaddi Schönwandt (pkt. 8)

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Generelle orienteringer	3
2 (Offentlig) Introduktion til udvalgets arbejdsområder	4
3 (Offentlig) Introduktion til udvalgets rammer og arbejdsform	7
4 (Fortrolig)	10
5 (Fortrolig)	10
6 (Offentlig) Introduktion til kronikerpakker, herunder lænderyg og KOL....	11
7 (Fortrolig)	20
8 (Fortrolig)	20
9 (Fortrolig)	21
10 (Offentlig) Status på ny regional psykologordning	22
11 (Offentlig) Eventuelt og næste møde.....	26

1 (Offentlig) Generelle orienteringer

Bodil Egelund Christensen
EMN-2026-00317

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Formanden bød velkommen til det første udvalgsmøde og
udvalgsmedlemmerne præsenterede sig selv.

Bilag

2 (Offentlig) Introduktion til udvalgets arbejdsområder

Mette Bay Skov
EMN-2026-00290

Resumé

Udvalget introduceres til udvalgets arbejdsområder, og der lægges op til, at udvalget drøfter udvalgets kommissorium.

Punktet indledes med et oplæg om udvalgets arbejdsområder ved udvalgets formand, Peter Westermann.

Indstilling

Det indstilles,

at udvalget tager orientering om udvalgets arbejdsområder til efterretning, og at udvalget drøfter umiddelbare inputs til udvalgets arbejde med udgangspunkt i kommissorium og formandens oplæg.

Sagsfremstilling

I forbindelse med det konstituerende bestyrelsesmøde blev der, på Danske Regioners generalforsamling 2026, nedsat et Udvalg for Nære Sundhedstilbud for perioden 2026-2030.

Punktet indledes med et oplæg om udvalgets arbejdsområder ved udvalgets formand, Peter Westermann.

Udvalgets kommissorium

Udvalget for Nære Sundhedstilbud skal rådgive Danske Regioners bestyrelse inden for "emner, der vedrører omstillingen til et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen, herunder sundhedstilbud uden for hospitalerne, og patientforløb der går på tværs af sektorer, samt forebyggelse og sundhedsfremme.

Udvalget skal arbejde med etableringen af den nye sundhedsstruktur, herunder sundhedsråd og regionernes samarbejde med kommuner, patienter, pårørende, praksissektoren, civilsamfundet og private leverandører i forhold til tilbud i det nære.

Udvalget skal have fokus på udviklingen af sundheds- og omsorgspladser, akutsygepleje, hjemmebehandling, patientrettet forebyggelse, kronikerpakker og specialiseret genoptræning og rehabilitering. I den

forbindelse kan udvalget beskæftige sig med hospitalernes udadvendte og rådgivende rolle ift. almen medicinske tilbud, speciallægepraksis og kommunerne med henblik på at styrke og udvikle de nære sundhedstilbud til borgere og patienter. Det gælder også samarbejdet med kommunerne om at styrke den basale palliative indsats i hjemmet – særligt i den sidste tid af livet. Derudover skal udvalget arbejde med at sikre lægedækning uden for sygehusene.

Udvalget skal sammen med Sundhedsudvalget beskæftige sig med udvikling og implementering af nye arbejdsmetoder og teknologier herunder innovative og digitale løsninger, der kan styrke kvalitet, kapacitet og effektivitet også i det nære sundhedsvæsen fx til borgernære tilbud og tværsektorielt samarbejdet, indgår også i udvalgets opgavefelt.

Udvalget skal arbejde med udviklingen af almen praksis og øvrige praksisområder, samt bidrage til forhandlinger på praksisområdet for at styrke udviklingen af et sundhedsvæsen tættere på borgerne.

Udvalget beskæftiger sig desuden med den strukturelle forebyggelse via f.eks. lovgivningen eller andre mere generelle regler.

Der vil være brug for fællesmøder mellem Udvalget for nære sundhedstilbud og Udvalget for forhandlinger, uddannelse og arbejdsmarked omkring udviklingen af og forhandlingerne på praksisområderne”.

Drøftelse af udvalgets opgave og arbejdsområder

Med afsæt i oplæg og udvalgets kommissorium lægges der op til en fælles drøftelse af udvalgsmedlemmernes inputs til udvalgets arbejdsområder i valgperioden.

Danske Regioners bestyrelse udarbejder et strategi- og arbejdsprogram for valgperioden 2026-2030, der forventeligt vil ligge klar i det tidlige efterår. Udvalget kan følge op med en drøftelse af, hvordan udvalget vil arbejde i forhold til strategi- og arbejdsprogrammets målsætninger og fokusområder i valgperioden.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Formanden holdt et oplæg, der introducerede til udvalgets arbejdsområder. Udvalget drøftede arbejdsområderne og tog orientering om udvalgets arbejdsområder til efterretning. Udvalget bemærkede, at der er et stort potentiale i arbejdet med forebyggelsesområdet og lagde vægt på, at regionerne skal understøtte sammenhængen mellem den kommunale sygepleje, akutsygeplejen og hospitalet i forlængelse af opgaveflytningen.

Bilag

3 (Offentlig) Introduktion til udvalgets rammer og arbejdsform

Mette Bay Skov
EMN-2026-00290

Resumé

Udvalget introduceres til rammer for udvalgets arbejde, og der lægges op til en drøftelse af udvalgets arbejdsform. Desuden lægges der op til, at udvalget kan komme med input til en studietur for udvalget i valgperioden. Sidst skal udvalget godkende mødeplan for 2026.

Indstilling

Det indstilles,

at udvalget tager orientering om rammer for udvalgets arbejde til efterretning,

at udvalget drøfter udvalgets arbejdsform,

at udvalget drøfter mulige destinationer for en studietur i valgperioden, og

at udvalget godkender mødeplan for hhv. 2026 og 2027.

Sagsfremstilling

Rammerne for udvalgets arbejde

Det fremgår af Danske Regioners vedtægter samt Forretningsordenen for Danske Regioners bestyrelse, jf. bilag 1 og 2, at bestyrelsen "kan nedsætte rådgivende udvalg til at foretage undersøgelser, udarbejde indstillinger eller varigt eller midlertidigt varetage opgaver inden for dele af det under bestyrelsen hørende forretningsområde" (Danske Regioners Vedtægter, §13). Kommissorium for Udvalget for Nære Sundhedstilbud fremgår af bilag til Forretningsordenen for Danske Regioners bestyrelse, og vil blive drøftet i forbindelse med dagsordenspunktet "Introduktion til udvalgets arbejdsområder".

Udvalgets arbejdsform

Udvalgsmøder afholdes i Regionernes Hus og vil kun i særlige tilfælde, og efter formandens beslutning, afholdes som onlinemøder. Det fremgår af Forretningsordenen for bestyrelsen, at møder "som udgangspunkt er med fysisk fremmøde, og møder, der er indkaldt til at være med fysisk fremmøde, kræver fysisk fremmøde" (§12, stk. 2).

Udvalgets møder og sammensætning af dagsorden skal afspejle udvalgets rådgivende funktion overfor bestyrelsen, herunder at sager i videst muligt

omfang forelægges og behandles i udvalget inden, at de går videre til bestyrelsen.

Mødernes indhold skal i udgangspunktet afspejle fokus i udvalgets kommissorium om aktuelle sager og politiske drøftelser. Desuden kan udvalget have åbne drøftelser med udgangspunkt i bestemte temaer, som fx kan tage afsæt i eksterne oplæg fra relevante aktører med henblik på viden og inspiration til drøftelserne, herunder fx besøg fra relevante samarbejdspartnere og øvrige relevante aktører, fx patientorganisationer og civilsamfundsaktører.

Udvalget kan desuden arbejde med at vidensdele på tværs af landet om konkrete indsatser, herunder om udbredelse af gode erfaringer på tværs af alle regioner.

Når bestyrelsens strategi – og arbejdsprogram for valgperioden 2026-2030 er fastlagt, kan udvalget følge op med en drøftelse af, hvordan udvalget vil arbejde i forhold til strategi- og arbejdsprogrammets målsætninger og fokusområder i valgperioden.

Studietur

Udvalget har i valgperioden muligheden for én studietur med henblik på at indhente viden og inspiration til udvalgsarbejdet. Det kan være hensigtsmæssigt, at studieturen ligger relativt tidligt i valgperioden for at give størst muligt udbytte til udvalgets arbejde. Det foreslås, at der planlægges efter en studietur i efteråret 2027 med en varighed af tre dage og to overnatninger. Studieturen skal, jf. bilag 3 (Danske Regioners honorarpolitik), "foregå indenfor Europas grænser og den pågældende destination skal tilføre udvalget afgørende viden og inspiration i forhold til det videre arbejde og hvor tilsvarende ikke kan opnås igennem besøg inden for nærområdet eller ved at besøge en mere økonomisk fordelagtig destination".

Der lægges på denne baggrund op til, at udvalget drøfter hvilke temaer og områder, de ønsker at få mere viden om og inspiration til. Udvalget kan på en studietur fx vælge at dykke ned i følgende tematikker: Forebyggelse og civilsamfund (herunder sociale henvisninger), almen praksis-området, de nye opgaver som regionerne overtager med sundhedsreformer (fx sundheds- og omsorgspladser) mv.

På denne baggrund vil udvalget på et kommende møde blive præsenteret for konkrete forslag til mulige destinationer og indsatser, der kan besøges på en studietur med henblik på beslutning.

Mødeplan 2026

Der lægges op til, at der afholdes yderligere tre møder i løbet af 2026 på følgende datoer:

- Torsdag den 3. september kl. 10.00-15.00 (første del af mødet er et fællesmøde med Danske Regioners Sundhedsudvalg)
- Torsdag den 29. oktober kl. 10.00-14.00
- Fredag den 18. december kl. 10.00-14.00.

Mødet den 3. september er indledningsvist et fællesmøde med Danske Regioners Sundhedsudvalg for at give mulighed for at drøfte fælles dagsordener på tværs af udvalgene.

Mødeplan 2027

Der lægges op til, at der afholdes følgende møder i udvalget i løbet af 2027:

- Fredag den 5. februar 2027 kl. 10.00-15.30 (første del af mødet er fællesmøde med Danske Regioners Udvalg for Forhandlinger, Uddannelse og Arbejdsmarked)
- Torsdag den 29. april 2027 kl. 10.-14.00
- Fredag den 25. juni 2027 kl. 10.00-15.30 – (første del af mødet er fællesmøde med Danske Regioners Sundhedsudvalget)
- Fredag den 20. august 2027 kl. 10.00-14.00
- Onsdag den 22. - fredag den 24. september 2027 – Studietur
- Fredag den 12. november 2027 kl. 10.00-14.00.

Udvalget skal på mødet godkende ovenstående mødedatoer for hhv. 2026 og 2027.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Punktet blev indledt med et oplæg ved Peter Westermann, formand for Udvalget for Nære Sundhedstilbud i Danske Regioner. Udvalget tog

orientering om rammer for udvalgets arbejde til efterretning og godkendte mødeplan for 2026 og 2027.

Udvalget drøftede udvalgets arbejdsform med bemærkning om, at der i udvalget er et ønske om at invitere interessenter og have faglige oplæg på møderne. Udvalget drøftede mulige destinationer og temaer for en studietur. Her blev nævnt sundheds- og omsorgspladser, sociale henvisninger og forebyggelse, samarbejde på tværs af sektorer, sund aldring, nye klinikformer i det almen medicinske tilbud mv. Danske Regioners sekretariat udarbejder et konkret oplæg til mulige destinationer for en studietur, der vil blive præsenteret for udvalget på et kommende møde.

Bilag

1. vedtaegter-112026 (1854685 - EMN-2026-00290)
2. forretningsorden-for-bestyrelsen-for-danske-regioner-2026-2030 (1854684 - EMN-2026-00290)
3. danske-regioners-honorarpolitik-og-rammer-for-rejser-og-studieture-2026-2030 (1854683 - EMN-2026-00290)

4 (Fortrolig)

EMN-2024-01215

5 (Fortrolig)

EMN-2025-00204

6 (Offentlig) Introduktion til kronikerpakker, herunder lænderyg og KOL

Anna Boje
EMN-2024-01215

Resumé

Med Aftale om sundhedsreform 2024 indføres målgruppespecifikke pakkeforløb (også kaldet kronikerpakker) for mennesker med kronisk sygdom. Fokus i pakkeforløbet er på opstarten af behandlingen hos det almenmedicinske tilbud i forbindelse med diagnosticering, tydelige behandlingsplaner og hurtig igangsættelse af bl.a. forebyggelsestilbud. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model, som sætter rammerne for de efterfølgende målgruppespecifikke pakker.

Sagen introducerer udvalget til pakkeforløb og den generiske model og giver forslag til en fællesregional tilgang til pakkeforløb for KOL og kroniske lænderygsmærter.

Indstilling

Det indstilles,

at udvalget tager orientering om den generiske model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, herunder Danske Regioners allerede godkendte position, til efterretning, *og*
at udvalget drøfter udkast til fællesregionale principper for de målgruppespecifikke pakker for hhv. KOL og kroniske lænderygsmærter, *og*
at udvalget tager orientering om status på arbejdet med digital understøttelse af pakkeforløb (forløbsplan) til efterretning.

Sagsfremstilling

Baggrund

Med sundhedsreformen indføres målgruppespecifikke pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom som en fælles ramme for sammenhængende forløb på tværs af sundhedsvæsenet. Pakkerne indføres over en årrække startende med KOL og kroniske lænderygsmærter i 2027, diabetes i 2028, hjertesygdomme i 2029 og kompleks multisygdom i 2031.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, som kort skitseres nedenfor. Arbejdet med de første pakkeforløb er aktuelt i en fase, hvor rammerne er kendte, men flere centrale forudsætninger er endnu ikke på plads: Den fungerende sundhedsminister har meldt konkrete patientrettigheder knyttet til pakkeforløbene ud, men rettighederne skal fortsat udmøntes i lovgivning. Arbejdet med de målgruppespecifikke pakker er aktuelt påvirket af valg og regeringsdannelse, og tidshorisonten for det nationale arbejde kendes derfor ikke endeligt.

Det forventes, at Sundhedsstyrelsen igangsætter følgegrupper for udarbejdelse af det faglige arbejde til brug for de første pakker, hvor regionerne og Danske Regioner deltager. På den baggrund er der behov for et fælles regionalt udgangspunkt for dialogen om de to første pakker. Den digitale understøttelse er igangsat, men ligeledes midlertidigt pauseret.

Sagen indledes på mødet med et kort oplæg fra Danske Regioners sekretariat, der introducerer udvalget til området.

Den generiske model for pakkeforløb

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en generisk model for pakkeforløb for kronisk sygdom [se [link](#)]. Modellen beskriver, hvad et "pakkeforløb" grundlæggende er – i praksis en fælles ramme for, hvordan et godt og sammenhængende forløb for en borger med kronisk sygdom kan tilrettelægges og følges op, så der er en tydelig plan og nogen, der har ansvaret for at samle trådene. Et pakkeforløb betyder typisk, at borgeren tidligt efter en ny diagnose (eller ved forværring) får lavet en behandlingsplan og bliver tilbudt relevante indsatser og opfølgning – især i det almenmedicinske tilbud, hvor borgeren i forvejen er (fx egen læge).

Eksempel (forsimplet):

1. Borgeren får en diagnose eller oplever forværring og kontakter egen læge.
2. Egen læge og borgeren lægger en plan (mål, behandling, aftaler om opfølgning).
3. Borgeren tilbydes relevante indsatser, fx rygestop, træning eller patientuddannelse, hvis det er relevant.
4. Der følges op efter faste aftaler (for nogle patienter færre aftaler i dag og for nogle flere), og planen justeres – og ved behov inddrages andre relevante tilbud (fx kommune, praksissektor eller sygehus).

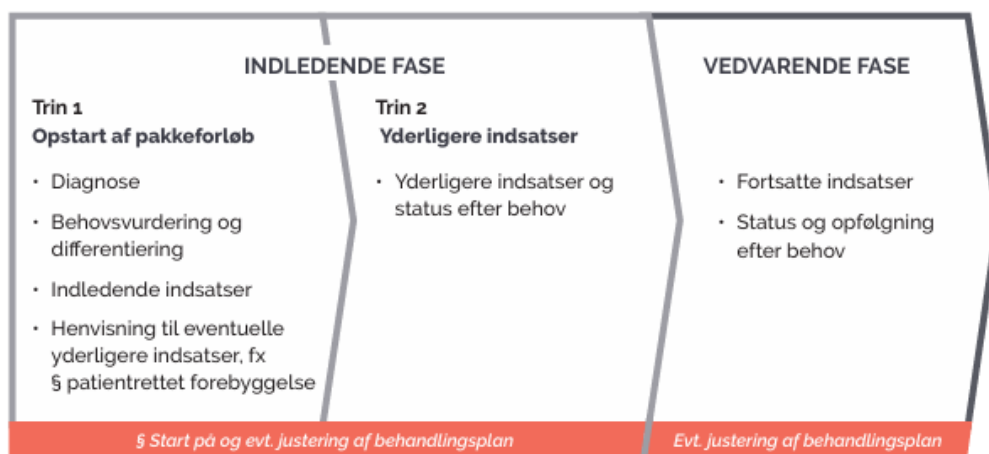
Pakkeforløb for kronisk sygdom er dermed ikke en "kræftpakke" med faste hospitalsforløb, udredningsfrister og et ensartet forløb for alle. Det er i stedet en ramme, der skal skabe mere systematik og bedre sammenhæng i det nære sundhedsvæsen – med plads til, at forløbet tilpasses den enkelte borgers behov, ressourcer og livssituation. Det sundhedsfaglige indhold i et

pakkeforløb baserer sig på gældende retningslinjer på området (fx kliniske retningslinjer, faglige anbefalinger og relevante vejledninger). Modellen fastlægger desuden de overordnede principper, strukturer og elementer, som skal gå igen i de målgruppespecifikke pakkeforløb.

Det overordnede formål med pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom er at støtte den enkelte bedst muligt i at leve et godt og meningsfuldt liv med kronisk sygdom både på kort og lang sigt. Som en del af dette formål skal pakkeforløbene styrke sundhedsvæsenets tilrettelæggelse af gode og sammenhængende forløb af høj kvalitet ved at indføre en fælles ramme, der angiver et tydeligt placeret koordinationsansvar i almenmedicinske tilbud samt systematikker til at vurdere og differentiere patienternes behov.

I den generiske model er et pakkeforløb skitseret som i figur 1.

Figur 1.
En patients kronologiske vej i et pakkeforløb



Figuren viser et typisk pakkeforløb i to faser – en indledende fase (opstart efter diagnose/forværring, plan og tidlige indsatser) og en vedvarende fase (løbende opfølgning, justering og støtte over tid). Figuren er en principiel oversigt og det konkrete indhold tilpasses den enkelte borger.

Den generiske model udgør “skabelonen” for indhold og opbygning af de målgruppespecifikke pakker.

Danske Regioners fællesregionale position for den generiske model

Danske Regioners bestyrelse har vedtaget en fællesregional position for den generiske model, som også vil være udgangspunktet for fællesregionale positioner for de målgruppespecifikke pakker. Positionen (vedlagt) lægger bl.a. vægt på:

- *Differentiering*: Ressourcer skal målrettes patienter med størst behov – baseret på kliniske og sociale forhold samt patientens ressourcer og ønsker.
- *Tovholderrollen*: Det almenmedicinske tilbud skal være den naturlige tovholder, og flere patienter skal kunne følges tæt i det nære sundhedsvæsen.
- *Helhedsorientering og forebyggelse*: Pakkeforløb skal understøtte tidlig indsats, egenmestring og patientrettet forebyggelse
- *Sammenhæng og digital understøttelse*: Digitale løsninger og data skal understøtte patientinddragelse, koordination og kvalitet.
- *Fleksibilitet*: pakkeforløb skal kunne aktiveres ved diagnose eller større ændringer og kunne genoptages efter behov.

Patientrettigheder i pakkeforløb - og udvikling af patientrettet forebyggelse

Som et led i sundhedsreformen knyttes der patientrettigheder til pakkeforløb. Den fungerende sundhedsminister har meldt ud, at der vil komme følgende rettigheder:

- *En personlig behandlingsplan* inden for 30 dage efter, at diagnosen er stillet.
- Opstart af relevante *patientrettede forebyggelsestilbud* (fx fysisk træning, rygestop, patientuddannelse) inden for 21 dage efter henvisning.

Patientrettighederne skal indføres i en kommende lovgivning. Tidsplanen herfor er uklar pga. valget.

Rettighedernes betydning for den patientrettede forebyggelse

Regionerne overtager myndighedsansvaret for den patientrettede forebyggelse med sundhedsreformen. Når der indføres patientrettigheder med tidsfrister for, hvornår der skal tilbydes patientrettet forebyggelse, efter en diagnose er stillet hos den praktiserende læge, stiller det øgede krav til regionerne. Rettighederne vil indebære, at regionerne ikke alene skal tilbyde relevante indsatser, men også sikre rettidig adgang, tydelig visitation og tilstrækkelig kapacitet. Rettighederne skærper dermed behovet for prioritering og differentiering, så ressourcer målrettes de borgere, hvor effekten er størst, og unødvendig opdrift undgås. Samtidig skal rettighederne understøttes af realistiske forventninger til indhold og omfang af indsatserne, så de kan efterleves inden for de økonomiske og organisatoriske rammer, der er afsat til pakkeforløb.

Patientrettede forebyggelse – kvalitetsstandarder og regional varetagelse

Supplerende til de tidsmæssige rettigheder vil Sundhedsstyrelsen også udarbejde reviderede kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, der beskriver krav og anbefalinger til den patientrettede forebyggelse. Denne proces er udskudt grundet valget. Regionerne og Danske

Regioner indgår i arbejdsgruppen for revisionen af kvalitetsstandarderne (de eksisterende kvalitetsstandarder findes [her](#)).

Patientrettet forebyggelse dækker over sundhedsfaglige indsatser, som har til formål at forebygge forværring af sygdom, understøtte egenmestring samt forbedre funktionsevne og livskvalitet hos mennesker med kronisk sygdom. Indsatserne tilbydes borgere, der allerede har en diagnose. Den patientrettede forebyggelse kan fx omfatte tilbud om fysisk træning, rygestop, kostvejledning, forebyggende samtale om alkohol og støtte til sygdomsmestring. Indsatserne tilrettelægges typisk som tidsafgrænsede forløb og skal tage højde for den enkeltes behov, ressourcer og livssituation.

Med sundhedsreformen og indførelsen af pakkeforløb får regionerne en vigtig rolle i at sikre, at den patientrettede forebyggelse bliver integreret i de samlede behandlingsforløb, at der sikres systematisk henvisning til tilbuddene i forbindelse med diagnosticering, samt at tilbuddene har en mere ensartet kvalitet. Ifølge patientforeningerne henvises en stor del af patienterne ikke i dag og kvaliteten varierer for meget. I varetagelsen af tilbuddet er det væsentligt, at indsatserne målrettes patienter med størst behov samt at indsatserne tilpasses behovet hos den enkelte. Der bør sikres lettilgængelige tilbud, hvilket både kan omhandle geografi, infrastruktur, åbningstider og digitale tilbud. Civilsamfundet spiller i dag en afgørende rolle i den patientrettede forebyggelse, hvilket bør fastholdes.

I forhold til økonomien vil der være behov for at afklare, hvordan finansiering og kapacitetsopbygning af forebyggelsestilbuddene tænkes sammen med de afsatte midler til kronikerpakkerne.

Regionerne overtager myndighedsansvaret, men har indgået horisontale samarbejdsaftaler med kommunerne om, at kommunerne fortsætter driften af tilbuddet¹. Når Sundhedsstyrelsen har revideret kvalitetsstandarderne, skal der indgås tillægsaftaler til de horisontale samarbejdsaftaler for at sikre, at nye krav er omfattet af aftalerne om kommunernes tilbud.

De første målgruppespecifikke pakker – hvad betyder den generiske model for pakkerne for KOL og lænderyg?

Selvom pakkerne udvikles specifikt for hver målgruppe, skal de bygge på de samme grundprincipper fra den generiske model: Tydelig tovholder, differentiering, integreret forebyggelse, sammenhæng og digital understøttelse. Det sundhedsfaglige indhold i de målgruppespecifikke pakker forudsættes at tage afsæt i de gældende faglige retningslinjer og anbefalinger på området.

¹ Fraset Bornholms Kommune, hvor tilbuddet hjemtages og fremover tilbydes på Bornholms Hospital

Nedenfor gives et kort bud på *fællesregionale principper* for de to første pakker, som det lægges op til at udvalget drøfter.

Mennesker med KOL som særlig målgruppe og overordnet udkast til fællesregionale principper

KOL adskiller sig på flere måder fra andre kroniske sygdomsområder, der skal udvikles målgruppespecifikke pakker for. Patientgruppen er ofte kendetegnet ved:

- Høj risiko for akutte forværringer og hyppige indlæggelser
- Betydelig sygdomsbyrde og tab af funktionsevne
- Komplekse sociale og psykiske problemstillinger – herunder angst og isolation.

KOL-området er dermed præget af både høj klinisk kompleksitet, betydelige sociale konsekvenser og et stort potentiale for forebyggelse af akutte indlæggelser og forværringer. For at understøtte egenmestring og sammenhæng i forløbet er det centralt, at patienten får *tydelig og forståelig* viden om sin behandlingsplan og *målene for indsatsen* – herunder hvad der skal ske hvornår, hvem der gør hvad, og hvem patienten kan kontakte ved spørgsmål eller forværring.

En målgruppespecifik pakke for KOL skal derfor bl.a. både styrke den systematiske opfølgning, forebygge forværringer, understøtte rygestop og vedligeholde funktionsniveauet. Samtidig er der behov for at sikre adgang til fællesskaber, rehabilitering og civilsamfundstilbud, som kan modvirke isolation og tab af trivsel. Endelig er palliation og håndtering af den sidste del af livet mere fremtrædende og relevant for KOL end for flere andre kroniske sygdomsområder og bør indgå som en del af en helhedsorienteret tilgang.

KOL – udkast til overordnede principper

Udvalget kan drøfte følgende bud på fællesregionale principper:

- *Differentiering som bærende princip:* KOL-pakken skal være tydeligt differentieret, så borgere med let og stabil KOL får korte, strukturerede forløb, mens borgere med moderat/svær/kompleks KOL får tættere og mere koordineret indsats.
- *Tovholder i det almenmedicinske tilbud:* Det almenmedicinske tilbud skal samle behandlingsplan og opfølgning og sikre sammenhæng – herunder at behandlingsplan og mål er tydelige for patienten; specialitressourcer målrettes de mest komplekse forløb.
- *Patientrettet forebyggelse integreres systematisk i pakkeforløb:* Herunder rygestop, træning/rehabilitering og egenmestring, som skal være centrale elementer og aktiveres tidligt, hvor der er dokumenteret effekt.

- *Forebyg forværringer*: Der skal være en tydelig plan *for den enkelte patient* (evt. også til pårørende) for håndtering af exacerbationer samt tydelige kontaktveje til faglig vurdering ved forværring. Der skal samtidig være mulighed for faglig sparring *for de involverede behandlere* på tværs af almenmedicinsk tilbud, kommunale tilbud og sygehus/specialistfunktioner – for at forebygge indlæggelser.
- *Sammenhæng og civilsamfund*: Pakken skal understøtte adgang til fællesskaber og relevante civilsamfundstilbud for at modvirke isolation og styrke trivsel.
- *Digital understøttelse med dokumenteret værdi*: Telemedicin og digitale tilbud anvendes, hvor der er faglig effekt, og må ikke øge administrativt arbejde unødigt.
- *Palliation tænkes ind*: KOL-pakken bør rumme tidlig opmærksomhed på palliative behov og planlægning i forløbet, hvor det er relevant.

Mennesker med kroniske smerter i lænderyg som særlig målgruppe og overordnede elementer i fællesregionale principper

Lænderygsmerter er et område der bærer præg af at være *meget udbredt i befolkningen*, ofte uden entydige diagnostiske fund, stor forskellighed i forhold til behovet for indsats samt med *stor variation i sygdomsforløbet herunder henvisninger til tilbud fx kommunale indsatser eller forløb hos praktiserende fysioterapeuter eller kiropraktorer*.

Målgruppen er kendetegnet ved:

- Høj forekomst i befolkningen og dermed et betydeligt samlet ressourceforbrug,
- Risiko for *overdiagnostik og overbehandling på hospitaler*, herunder uhensigtsmæssig brug af billeddiagnostik,
- Store variationer i tilgængelighed til tilbud, kvalitet og praksis på tværs af kommuner og regioner, og
- Et betydeligt potentiale for at forbedre forløb gennem *aktiv behandling, patientuddannelse og differentiering*.

Erfaringer og anbefalinger fra bl.a. Region Syddanmark og Vælg Klogt peger entydigt på, at borgere og patienter får de bedste resultater i primærsektoren ved tidlig understøttelse af egenhåndtering, fysisk aktivitet og patientuddannelse frem for medicinsk behandling og billeddiagnostiske undersøgelser. Samtidig viser undersøgelser, at manglende sammenhæng, uklar visitation og varierende praksis fører til lange, ineffektive forløb for patienterne og unødigt pres på sygehusene.

En målgruppespecifik pakke for kroniske lænderygsmerter skal derfor balancere *diversiteten i målgruppen og sikre en tydelig afgrænsning af indsatser efter den enkeltes behov*. Pakken bør have tydeligt fokus på differentiering, så den målrettes de borgere, der har behov for en koordineret

indsats. Det betyder samtidig, at mange borgere kan klare indsatser som fx træning med begrænset eller ingen støtte fra sundhedsvæsenet. Pakken bør også i høj grad inddrage den øvrige praksissektor, herunder praktiserende fysioterapeuter og kiropraktorer. Med dette afsæt gives nedenfor et bud på fællesregional position for kronikerpakken for lænderygsmerter som grundlag for udvalgets drøftelse.

Lænderyg – udkast til overordnede principper

Udvalget kan drøfte følgende bud på fællesregionale principper:

- *Tydelig målgruppeafgrænsning*: Pakken bør målrettes borgere med vedvarende lænderygsmerter (fx >3 måneder) og behov for koordineret indsats; akutte/nyopståede smerter håndteres uden for pakkeforløb for at undgå opdrift.
- *Aktiv behandling og egenmestring som førstevalg*: Træning, patientuddannelse og støttet egenhåndtering skal være centrale elementer; medicin og passiv udredning skal ikke være drivende
- *Begrænset brug af billeddiagnostik*: Henvisning fra AP til fx scanninger skal begrænses og reserveres til klare faglige indikationer for at undgå unødvendig aktivitet.
- *Rette kompetencer tidligt i forløbet*: Kompetencer hos fysioterapeuter og kiropraktorer bør benyttes konsekvent som centrale aktører i vurderingen af behovet og i behandlingen.
- *Enkel og ensartet visitation*: Pakken skal understøtte differentiering så de rette borgere får rette tilbud til tiden, der forebygger parallelle forløb og uens henvisningsveje.
- *Digital understøttelse og data*: Digitale redskaber til træning, smertehåndtering og patientuddannelse bør udbredes, og data skal understøtte kvalitet og læring uden unødigt administration.
- *Sammenhæng på tværs*: Forløb skal hænge sammen mellem almenmedicinsk tilbud, praksissektor, civilsamfundstilbud og relevante regionale/nære tilbud.

Digital understøttelse af kronikerpakker

Den digitale understøttelse af kronikerpakkerne skal understøtte og lette konkrete arbejdsgange i de almenmedicinske tilbud, herunder give mulighed for videndeling og kommunikation mellem relevante sundhedsfaglige aktører i patientens forløb i sundhedsvæsenet, fx mellem sygehus og almenmedicinske tilbud.

Digitaliseringen skal yderligere bidrage til, at mennesker i målgruppen skal have en personlig behandlingsplan, der tilpasses den enkelte, og som kan indeholde overblik over opstart af medicin, henvisninger til fx patientrettede forebyggelsestilbud, kommende aftaler og skabe et samlet overblik for patienten over igangsatte indsatser.

På baggrund af en analyse af muligheder for digital understøttelse, godkendte Indenrigs- og Sundhedsministeriet i januar 2026 et scenarie, der omfatter udvikling af eksisterende løsninger i almenmedicinske tilbud (Forløbsplanløsning) og patientoverblik (Min Plan). Visninger bliver tilgængelige via MinSundhed, MinLæge, Sundhedsjournalen og Sundhed.dk. Et program for digital understøttelse af kronikerpakker er etableret med en programstyregruppe bestående af repræsentanter fra Sundhedsdatastyrelsen, Sundhedsstyrelsen, PLO, MedCom og Danske Regioner. Programmet er pauseret, men forventes genoptaget efter regeringsdannelsen. Det er muligt, at proces- og tidsplan frem imod implementering den 1. januar 2027, særligt for digital understøttelse af lænderygpakken, genbesøges. På en kommende status for kronikerpakker udfoldes den digitale understøttelse yderligere, i takt med at digitale elementer udvikles.

Økonomi

Afsat økonomi til pakkeforløb

Der er samlet set afsat 190 mio. kr. i 2027, stigende til 520 mio. kr. i 2031 til kronikerpakkerne, mens rammen herefter er dalende frem mod det permanente niveau på 380 mio. kr. i 2034. Økonomiprofilerne for de enkelte sygdomsområder indebærer ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at der de tre første år for indførslen af pakkeforløb skal afvikles en pukkel, hvorfor der er afsat flere midler i den første treårige periode. Midlerne er fordelt på de enkelte sygdomsområder i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1: Afsatte midler til kronikerpakker

Mio. kr. 25-pl	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Kronikerpakker	190	360	507	430	520	460	460	380
- Heraf KOL	130	130	130	80	80	80	80	80
- Heraf diabetes-2	-	170	170	170	90	90	90	90
- Heraf hjerte	-	-	150	150	150	90	90	90
- Heraf kroniske lænderygmerter	60	60	57	30	30	30	30	30
- Heraf kompleks multisygdom*	-	-	-	-	170	170	170	90

I DUT-forhandlingerne om opgaveflytning af patientrettet forebyggelse fremgik det, at midlerne til pakkeforløb særligt forventes at skulle finansiere en udbygning af patientrettet forebyggelse.

Det fremgår imidlertid ikke hvor stor en andel der forudsættes anvendt hertil

eller hvordan dette spiller sammen med øvrige reformmidler, herunder investeringsmotoren.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Punktet blev indledt med et oplæg ved Anna Boje, teamleder i Danske Regioner. Udvalget tog orientering om den generiske model samt status på arbejdet med digital understøttelse til efterretning. Udvalget bakkede op om fællesregionale principper for de målgruppespecifikke pakker for hhv. KOL og lænderygsmerter med bemærkning om, at nogle borgere med lænderygsmerter også anvender kiropraktorer og privatpraktiserende fysioterapeuter, hvor der er egenbetaling.

Bilag

1. Danske Regioners fællesregionale position for den generiske model
(1855103 - EMN-2024-01215)

7 (Fortrolig)

EMN-2025-00254

8 (Fortrolig)

EMN-2024-01015

9 (Fortrolig)

EMN-2026-00161

10 (Offentlig) Status på ny regional psykologordning

Emilie Støvring Studt
EMN-2024-00187

Resumé

I den politiske aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien blev det aftalt, at unge mellem 18-24 år skal have ret til hurtig behandling for let til moderat angst og depression. Aftalen flytter ansvaret for behandlingen til regionerne, herunder ansvaret for at udvikle et nyt behandlingstilbud til målgruppen. Regionerne skal udvikle og tilrettelægge den nye opgave således, at flest mulige får den rette og nødvendige behandling til rette tid, og at ventetiden nedbringes.

Udvalget orienteres om den nye ordning.

Indstilling

Det indstilles,
at udvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

I den politiske aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien (2020-2030) fra 2025 er det aftalt, at unge skal have ret til hurtig behandling for angst og depression. Unge mellem 18 og 24 år med angst og depression er indtil nu blevet tilbudt vederlagsfri psykologbehandling hos ydernummerpsykologer efter henvisning fra egen læge. Efterspørgslen har dog langt oversteget forventningerne, hvilket har medført lange ventetider. I 2024 var den gennemsnitlige ventetid til vederlagsfri psykologbehandling ni uger, og der er store regionale forskelle. Hensigten med ændringen af psykologordningen og den nye lov er, at unge med angst og depression får ret til hurtig behandling, så problemerne ikke vokser sig så store, at de hindrer uddannelse, arbejde og sociale relationer.

Moderniseringen af psykologordningen skal også styrke brugen af digitale tilbud og sikre ensartet adgang til hjælp uanset bopæl.

Den nye ret til hurtig behandling

Den nye psykologordning vil indeholde en ny ret til hurtig behandling inden for en måned (30 dage), og regionerne er forpligtet til at indgå aftaler med private leverandører, hvis regionen ikke selv kan levere på retten til hurtig

behandling. Den nye ret om ret til hurtig behandling afviger fra det udvidede sygehusvalg ved, at borgeren ikke selv kan vælge behandler, da det er regionen, som visiterer til et egnet tilbud. Det vil give regionerne mulighed for at sikre, at kapaciteten udnyttes bedst muligt. Derudover vil det fremgå af bekendtgørelsen, at regionsrådet skal fastsætte de faglige vilkår og krav til kvaliteten af tilbuddet. Det private behandlingssted skal matche det tilbud, som regionerne ville kunne tilbyde ved samme problemstilling, dvs. at det private tilbud skal være i overensstemmelse med indholdet i det regionale tilbud. Det vil være den regionale visitation, som visiterer til det private alternativ på det rette behandlingsniveau med det rette behandlingsindhold, hvis tidsfristen for rettigheden ikke kan overholdes i det regionale tilbud.

Status på lovgivning og bekendtgørelse

Lovforslaget om ret til hurtig behandling af let til moderat depression og angst for personer mellem 18 og 24 år er vedtaget. Det er forventningen, at bekendtgørelsen vil lægge sig tæt op ad lovforslagets bemærkninger. Dette er dog pauseret grundet regeringsforhandlinger.

Indgåelse af aftaler med private leverandører

Regionerne påtænker at opbygge regional kapacitet, og det forventes, at der skal suppleres med privat kapacitet for at kunne overholde den nye rettighed. Regionerne er i gang med forberedelserne til at indgå aftaler med private leverandører, herunder at tilrettelægge udbud. De private leverandører kan både være de privatpraktiserende psykologer med og uden ydernummer samt private klinikker mv.

Fælles ramme for behandlingsmodel

Regionerne er gået sammen om at udarbejde en fælles overordnet ramme for behandlingsmodellen. Udgangspunktet for modellen er en gradueret indsats baseret på evidensbaserede indsatser. Dette indebærer, at en indsats skal finde sted så tidligt som muligt på det mindst indgribende niveau, før intensiteten af indsatsen eventuelt øges. Gradueret indsats skal sikre en ensartet forståelse. Tilbuddet vil derudover blive indrettet efter mixed care-princippet, hvor borgeren visiteres til rette niveau af behandling ud fra deres tilstand og behandlingsbehov. Borgeren skal dermed ikke pr. automatik starte på laveste intensitet af behandlingen. Den geografiske nærhed til tilbuddet vigtig for de unge, da tilbuddet kan bestå af behandling med fysiske konsultationer.

Behandlingsmodellen består af følgende niveauer:

1. Digitalt behandlingstilbud

Første niveau i behandlingsmodellen er et digitalt behandlingstilbud, hvor den unge gennemgår et struktureret forløb online med psykologunderstøttelse. Dette digitale tilbud er et lavintensitetstilbud til unge med lettere vanskeligheder og symptomer.

2. Psykoterapeutisk behandlingsforløb – gruppeforløb

Et psykoterapeutisk behandlingsforløb retter sig mod borgere med behov for mere intensiv behandling og dermed borgere med højere grad af symptomer og lavere funktionsniveau. Behandlingen kan både være med fysisk fremmøde eller online. Niveau 2 er gruppeforløb.

3. Psykoterapeutisk behandlingsforløb - individuelle forløb

Indholdet i niveau 3 er det samme som i niveau 2, men det adskiller sig ved at være et individuelt forløb.

Den fælles ramme for behandlingsmodellen har til formål at sikre ensartethed i tilbuddet på tværs af regionsgrænser. Behandlingsmodellen er vedlagt i bilag. Danske Regioners bestyrelse tog orientering om behandlingsmodellen til efterretning på mødet den 26. februar 2026.

Der er dialog mellem regionerne om mulig anvendelse af Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark til at varetage dele af det digitale behandlingstilbud for at anvende erfaringerne fra Internetpsykiatrien.

Effekt på kapaciteten i psykiatrien

Der er i regionerne en opmærksomhed på, at den nye psykologordning ikke kommer til at trække på personalekapacitet fra psykiatrien. Det nye psykologtilbud opbygges uden for psykiatrien med egen psykologkapacitet. Hensigten er desuden, at den nye psykologordning vil hjælpe unge tidligere, hvormed sygdomsudviklingen bremses, så der ikke sker en sygdomsforværring, som skal behandles i psykiatrien.

Økonomi

Økonomien omfatter 100 mio. kr. årligt fra 2026, stigende til 162 mio. kr. fra 2029. Der indgår i disse beløb nye statslige midler fra 10-årsplanen for psykiatri, midler fra psykologoverenskomsten og ekstra bevillinger til ventelisteafvikling.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog orienteringen til efterretning og bemærkede, at det er interessant at følge en evt. udvikling i af-diagnosticering .

Bilag

1. Fælles overordnet behandlingsmodel_opdateret (1812178 - EMN-2024-00187)

11 (Offentlig) Eventuelt og næste møde

Bodil Egelund Christensen
EMN-2026-00317

Resumé

Næste møde i Udvalget for Nære Sundhedstilbud (UNS) er fastsat til torsdag den 3. september 2026 kl. 10.00-15.00. Mødet afholdes indledningsvist sammen med Sundhedsudvalget (SUU). Der vil blive serveret frokost i gæstekantinen. Mødet slutter kl. 15.00.

Indstilling

Det indstilles,
at udvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Ingen bemærkninger.

Bilag

