



Danske
Regioner

Dagsorden for møde i Sundhedsudvalget den 3. september 2026

27-08-2026

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, Else Kayser

Afbud:

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

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)	14
4 (Offentlig) Orientering om Medicinrådet og evaluering af Medicinrådet	15
5 (Offentlig) Fortsat drøftelse om mulig position vedr. differentiering af patientrettigheder	22
6 (Offentlig) Fremtidens patientansvarlige læge	25
7 (Offentlig) Orientering om Danske Regioners første opfølgning på fødselsaftalen 2025	29
8 (Offentlig) Studietur for Sundhedsudvalget	32
9 (Fortrolig)	36
10 (Offentlig) Næste møde i sundhedsudvalget	37
11 (Offentlig) Eventuelt - åben	38

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-kræftramte 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 firkløverregeringen](#) 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

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 trinvis, 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 indføres 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 sundhedsvæsener. 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. Samspeilet 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

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.

Evaluerings 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.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

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

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

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 trykthed 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

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 Regions 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

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

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

Bilag

Bilag Titel:	Positionspapir for udvikling af den palliative indsats Danske Regioner 2020
Dagsordens titel	UNS/SUU FÆLLES Temadrøftelse om lindring og palliation august 2026
Dagsordenspunkt nr	1
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



POSITIONSPAPIR FOR UDVIKLING AF DEN PALLIATIVE INDSATS

Hvert år dør over 50.000 danskere. De fleste af livstruende sygdomme som kræft-, hjerte- og lungesygdomme. Mange af dem har behov for lindring – også kaldet palliation – i forbindelse med sygdomsforløbet.

Langt de fleste vil kunne få den palliative indsats, de behøver, fra deres praktiserende læge i samarbejde med den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje eller på den hospitalsafdeling, hvor de er indlagt eller får ambulant behandling. Dette kaldes også den *basale palliative indsats*. En mindre del har behov for en *specialiseret palliativ indsats* fx på en særlig palliativ hospitalsenhed, fra et palliativt team eller på et hospice.

Regionerne har udviklet den specialiserede palliative indsats markant de seneste år. Kvalitetsudviklingen er blevet systematiseret med et fælles Lærings- og kvalitetsteam, og regionerne følger løbende udviklingen på området i Dansk Palliativ Database. Regionerne har i 2017 også lavet fælles visitationskriterier, som understøtter, at patienter i hele landet har samme adgang til at få en specialiseret indsats i den sidste tid. Alle regioner har desuden etableret et særligt palliativt team til børn- og unge med livstruende sygdom.¹

Hvis vi for alvor skal gøre en forskel for det store flertal, som ikke har behov for en specialiseret indsats, skal vi hæve blikket til den samlede palliative indsats på tværs af kommuner, almen praksis og hospitaler.

Det palliative område har en helt central plads for både patienter og pårørende, og samtidig rummer området fortsat udfordringer og udviklingspotentialer, som vi bør adressere.

¹ Alle teams er oprettet i perioden fra december 2015, hvor teamet Region Nordjylland blev oprettet som det første, og til juni 2017, hvor teamet i Region Sjælland blev oprettet som det sidste. https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/-/media/Udgivelser/2018/Palliativ-børn/Evaluering-af-regionale-teams_COWI-2018.ashx

Danmark står overfor demografiske udfordringer med flere ældre med livstruende sygdomme. Det vil lægge et voldsomt pres på sundhedsvæsenet og øge behovet for palliation betydeligt. Det er heldigvis relativt få patienter, der har så mange komplicerede symptomer, at de har behov for et specialiseret palliativt tilbud. Hvis vi skal give lindrende behandling til flere og samtidig hæve kvaliteten for de døende, er vi nødt til at sikre, at opgaverne løses der, hvor det giver mest værdi for patienterne, de påførende og for samfundet. Det kræver også mest mulig sammenhæng mellem palliative indsatser på plejehjem, hjemmesygepleje og øvrige kommunale tilbud, i almen praksis, på hospitalsafdelinger og de specialiserede palliative tilbud.

De palliative tilbud kommer ikke alle patienter lige meget til gode. Selvom flere og flere patienter med andre livstruende sygdomme end kræft får en specialiseret indsats, er 9 ud af 10 stadig kræftpatienter. Og omkring 4 ud af 10 dør i dag på et hospital, selvom vi ved fra undersøgelser, at de fleste helst vil dø i deres eget hjem. Et centralt mål er derfor at få skabt mulighed for, at flere borgere kan få en værdig og tryk afslutning på livet i deres eget hjem. Det forudsætter, at alle kommuner kan tilbyde det samme høje kompetenceniveau, og at den kommunale pleje-, omsorgs- og rehabiliteringsindsats understøttes bedst muligt af almen praksis og ekspertisen fra hospitalerne. Samarbejdet om lindrende behandling i den sidste levetid er således en vigtig brik i udviklingen af et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Endelig skal vi blive bedre til at tage samtalen om den sidste tid og bryde tabuet om døden i sundhedsvæsenet. Takket være nye behandlinger overlever langt flere i længere tid med livstruende sygdom, som man tidligere døde hurtigt af. Men det kan også betyde flere lange forløb med smerter, nedsat funktionsevne og genoplivning, hvor alt taler for, at behandling med helbredelse for øje er udsigtsløs. Her skal den enkelte patient og dennes pårørende have mulighed for at være med til at træffe et oplyst valg om behandlingsstrategien for den sidste tid, så det bliver en individuel afvejning af levetid over for livskvalitet. En af vejene til at understøtte dette er, at palliation får en større rolle på de sundhedsfaglige grund- og videreuddannelser, så sundheds- og plejepersonalet bliver klædt endnu bedre på til den palliative opgave.

Med fire nye pejlemærker vil regionerne sætte kursen for udviklingen af den palliative indsats. Målet er, at vi i alle dele af landet får skabt et samarbejdende sundhedsvæsen, som sikrer alle mennesker en værdig afslutning på livet. Uanset om de modtager pleje og behandling i hjemmet, på sygehuset eller på hospice.

FIRE OVERORDNEDE PEJLEMÆRKER

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

PEJLEMÆRKE 1: VI VIL GØRE OP MED ULIGHEDEN I, HVEM DER FÅR LINDRENDE BEHANDLING

I dag er palliationsområdet præget af både social og geografisk ulighed såvel som ulighed mellem kræftpatienter og patienter med andre sygdomme. Det gælder blandt andet i forhold til, hvem der modtager en specialiseret palliativ indsats, og hvem der får tilskud til deres medicinudgifter i den sidste tid. Det tyder på, at tilbuddene i dag ikke er tilrettelagt, så de kommer alle lige meget til gode.

Den palliative indsats har historisk set været tiltænkt kræftpatienter. Men patienter med andre livstruende sygdomme – såsom hjerte-, lunge- og neurologiske sygdomme – kan også have behov for en specialiseret palliativ indsats. Derfor arbejder regionerne med at udbrede de gode erfaringer med palliation til kræftpatienter til andre relevante patientgrupper, så palliation gives efter behov og ikke efter diagnose. Som et vigtigt skridt i den retning udarbejdede regionerne i 2017 nye fælles visitationskriterier, som understøtter, at alle patienter med livstruende sygdom kan henvises til specialiseret palliation, hvis de har behov for det.

Antallet af patienter med andre sygdomme end kræft, der henvises til specialiseret palliation, er vokset fra 733 i 2016 til 1.083 i 2018. Det er en stigning på 48 procent – men fra et lavt niveau. I dag gives specialiseret palliativ behandling således primært til kræftpatienter.² Samtidig når henviste kræftpatienter oftere at blive modtaget til behandling, inden de bliver for dårlige eller dør, sammenlignet med andre patienter.³

² Kun én ud af 10 af de patienter, der henvises til en specialiseret indsats på hospice eller i hospitalsregi, har andre sygdomme end kræft.

³ http://www.dmcgpal.dk/files/aarsrapporter/24_06_19_aarsrapport_dpd_2018_med_3_reglen.pdf

En af forklaringerne er, at mange kræftformer skiller sig ud fra andre sygdomme ved, at man typisk kan forudsige, hvornår en patient dør. Det gør det nemmere at planlægge en specialiseret palliativ indsats så som et kort ophold på et hospice. Andre patientgrupper kan have behov for andre tilbud, der strækker sig over en længere periode. Hospitalsafdelinger har rundt omkring i landet lykket sig med at udvikle palliative tilbud målrettet andre patientgrupper og integreret palliation i den øvrige behandling. Regionerne vil arbejde for at udbrede de gode erfaringer herfra til hele landet.

Der er i dag forskel mellem regioner og mellem de enkelte institutioner på, hvor stor en andel af patienterne, der får en specialiseret palliativ indsats inden for 10 dage, fra den dag de henvises, og om de når at få en indsats, inden de dør eller bliver for dårlige.⁴ For de patienter og pårørende som henvises, er det vigtigt, at de når at komme til, inden de dør. Derfor vil regionerne arbejde for at sikre ensartet adgang i hele landet.

Regionerne har et ansvar for at sikre, at opgaverne løses der, hvor det giver mest værdi for borgerne og for samfundet. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at det heldigvis er relativt få patienter, der har så mange komplicerede symptomer, at de har behov for et så specialiseret palliativt tilbud som man kan få fx på et hospice. Svaret på at reducere uligheden på palliationsområdet er derfor ikke nødvendigvis at øge antallet af sengepladser på specialiserede palliative hospitalsafdelinger og hospices. I stedet mener regionerne, at vejen til lighed på palliationsområdet er at ruste det samlede sundheds- og socialvæsen til at opfylde alle patienters sundhedsfaglige behov for palliation.

For at sikre lighed vil regionerne arbejde for:

- At palliation gives efter behov og ikke efter diagnose, social baggrund eller geografi. Blandt andet skal gode erfaringer med specialiseret palliation til andre patientgrupper udbredes til hele landet.
- At samarbejdet mellem den specialiserede palliative indsats og den palliative indsats på hospitalsafdelinger – der behandler livstruende sygdomme, såsom hjerte-, lunge- og neurologiske sygdomme – udbygges.
- At flere patienter, der er henvist til specialiseret palliation, modtager en indsats inden de dør.

⁴ http://www.dmcgpal.dk/files/aarsrapporter/24_06_19_aarsrapport_dpd_2018_med_3_reglen.pdf

PEJLEMÆRKE 2: VI VIL SKABE BEDRE RAMMER FOR AT DØ I EGET HJEM

De fleste borgere vil helst dø i deres eget hjem. Udviklingen går også den vej, men knap fire ud af 10 danskerne afslutter stadig livet på et hospital. Samtidig øges presset på den palliative indsats med flere ældre medborgere med livstruende sygdomme. Hvis flere i fremtiden skal have mulighed for en værdig og tryk afslutning på livet i deres eget hjem, skal der sikres de nødvendige rammer, kompetencer og samarbejde omkring den palliative indsats i hele landet.

Hospitalet er i takt med specialiseringen blevet stadigt dygtigere til hurtigt og effektivt at behandle patienterne. Lange hospitalsophold er nu blevet undtagelsen snarere end reglen. Det stiller nye krav til indsatsen i borgerens eget hjem. Uden de rette kompetencer i hjemmeplejen og muligheder for rådgivning med almen praksis og ekspertisen på hospitalet, bliver den nemme løsning for ofte at indlægge patienten på hospitalet.

Der findes i dag gode eksempler på kommuner og plejehjem, som har lykket sig med at løfte den palliative indsats. Men der er behov for at sikre et ensartet højt kvalitets- og kompetenceniveau i kommunerne, så borgere i hele landet sikres lige muligheder for palliativ behandling i eget hjem og undgå u hensigtsmæssige indlæggelser på hospitalet. Regionerne vil gerne gå i dialog med kommuner og almen praksis om at sikre, at der er den nødvendige lægefaglige backup fra almen praksis og hospitalet til indsatsen.

Samtidig skal det sikres, at der er et stærkt tværsektorielt samarbejde, så ingen patienter falder ned mellem to stole. En fælles beslutningsstruktur omkring hvert akuthospital kan udgøre et vigtigt omdrejningspunkt for det daglige samarbejde om sammenhængende palliative patientforløb. Her kan hospitalsledelsen, de praktiserende læger og sundhedsdirektører/ sundhedschefer fra de berørte kommuner i fællesskab fjerne barrierer og skabe gode rammer for palliative patientforløb.

Samtidig er det afgørende, at de specialiserede kompetencer – der er på hospitalernes palliative enheder og teams samt på hospices – understøtter indsatsen hos de praktiserende læger og i den kommunale pleje- og rehabiliteringsindsats. Hvordan det konkret skal foregå, vil vi fra regionernes side gerne i dialog med kommunerne og almen praksis om.

Derudover skal indsatsen overfor døende generelt i højere grad have fokus på at skabe hjemlige og trygge rammer, hvor livskvalitet, omsorg og støtte til både patienterne og deres pårørende vægtes på lige vilkår med resten af behandlingen - også når patienten er indlagt på hospitalet. Det handler også om at udbrede brugen af frivillige på hospitalet og at hele indsatsen skal tilrettelægges under hensyntagen til individuelle behov og ønsker i et tæt samarbejde med patienten og pårørende.

Hospice ligger geografisk godt fordelt til i endnu højere grad end i dag at indgå i et samarbejde om den lindrende behandling i lokalområdet.

For at sikre bedre rammer til at dø i eget hjem vil regionerne arbejde for:

- At udbygge samarbejdet mellem kommunernes pleje og rehabiliteringsindsatser, almen praksis og den specialiserede palliative indsats i hospitals- og hospiceregi, så kompetencer og viden fra det specialiserede niveau i højere grad understøtter indsatsen i det nære sundhedsvæsen.
- At der som led i et kommende kvalitetsplansarbejde stilles klare krav til kommunerne om et ensartet kvalitets- og kompetenceniveau med henblik på, at borgere i hele landet sikres lige muligheder for palliativ behandling i eget hjem og undgår uhensigtsmæssige indlæggelser på hospitalet. Samt at der i dialog med kommuner og almen praksis sikres den nødvendige lægefaglige backup fra almen praksis og hospitalerne til dette.
- At kvalitetsudviklingen i den basale palliative indsats på tværs af kommuner, almen praksis og hospitaler systematiseres gennem kvalitetsstandarder og data.
- At styrke brugen af frivillige, der kan bidrage med tryghed og omsorg for uhelbredeligt syge og aflastning af pårørende.

PEJLEMÆRKE 3: VI VIL SÆTTE TIDLIGT IND MED LINDRENDE BEHANDLING OG UNDERSTØTTE FLERE UHELBREDELIGT SYGE I AT TRÆFFE ET AKTIVT VALG OM DERES BEHANDLINGSFORLØB.

Takket være nye og bedre behandlinger overlever langt flere livstruende sygdom, som man tidligere døde hurtigt af. Flere og flere lever lange liv med uhelbredelig sygdom, og 3/4 af alle, der dør i Danmark, dør efter et langt forløb med kronisk, fremadskridende sygdom. Men behandling gavner ikke kun. Livsforlængende behandling kan også have bivirkninger og nedsætte livskvaliteten med smerter og nedsat funktionsevne til følge.

I regionerne mener vi, at patienterne skal opleve, at deres møde med sundhedsvæsenet er tilrettelagt, så de opnår de bedste rammer for at leve det liv, de ønsker. Det indebærer også, at uhelbredeligt syge skal have bedre mulighed for at træffe et aktivt valg om behandlingsforløbet, som afspejler den enkeltes prioritering af livslængde i forhold til livskvalitet. Og når der er behov for det, bør den palliative indsats tilbydes tidligt i sygdomsforløbet og ikke først, når patienten har kort tid tilbage.

Nogle livsforlængende behandlinger har alvorlige eller lidelsesfulde følger. Samtidig tyder udenlandske undersøgelser på, at op mod hver femte procedure, test eller behandling i sundhedsvæsenet er overflødig eller direkte skadelig for patienterne. Det gør det endnu vigtigere, at patienter og pårørende støttes i at vælge, hvad der er det rigtige for dem.

Regionerne bakker op om, at de lægevidenskabelige selskaber og Danske Patienter er gået sammen i et partnerskab om overbehandling. Formålet med Vælg Klogt partnerskabet er at skabe bevidsthed hos patienter og behandlere om, at mere ikke altid er bedre.

Dette partnerskab kan også ses som et vigtigt skridt til at få viden om palliativ indsats udbredt i hele sundhedsvæsenet. Men for at få mere viden inden for de sygdomme, som vi i dag har sparsomme palliative erfaringer med, opfordrer regionerne til, at palliativ indsats indarbejdes i alle relevante kliniske retningslinjer. Forhåbningen er, at dette kan være med til at udbrede den palliative tilgang til langt flere patientgrupper og integrere palliationen i den øvrige behandlingsindsats.

I Danmark har borgere mulighed for at lave et behandlingstestamente, hvor de bestemmer om de ønsker livsforlængende behandling, fx genoplivning ved hertestop. Hvis man ikke har nået at tage aktivt stilling til, om man vil genoplives, har sundhedspersonalet – med få undtagelser – pligt til at forsøge genoplivning. Derfor mener regionerne, at der skal arbejdes langt mere systematisk med behandlingstestamenter i et samarbejde mellem læge, patient og pårørende. Ønskerne skal dokumenteres og synliggøres for det personale, der er tæt på borgeren, så færre fx genoplives mod deres vilje.

For at kunne sætte tidligt ind med lindrende behandling og understøtte flere uhelbredeligt syge i at træffe et aktivt valg om deres behandlingsforløb arbejder regionerne for:

- At der er ledelsesmæssigt fokus på, at sundhedspersonalet inddrager patienter og pårørende i valget af behandling som led i en helhedsorienteret palliativ indsats.
- At patienter i højere grad støttes i valget mellem behandling med fokus på livskvalitet og behandling med fokus på forlængelse af livet.
- At gode erfaringer om ”rettidig palliation” udbredes, så flere patienter får en palliativ indsats, når de har brug for det.

- At flere får mulighed for at udarbejde et behandlingstestamente, så færre patienter får livsforlængende behandling, fx genoplivning efter hjertestop, mod deres ønske.
- At alle relevante kliniske vejledninger og beslutningsstøttewærktøjer adresserer den palliative tilgang, så fokus på palliation styrkes for alle relevante patientgrupper.

PEJLEMÆRKE 4: VI VIL BRYDE TABUET OM DØDEN I SUNDHEDSVÆSENET, OG PATIENTERNES OG DE PÅRØRENDES ØNSKER SKAL VÆRE VORES RETTESNOR.

De professionelles kompetencer er helt essentielle for kvaliteten af den palliative indsats. Alle læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter vil komme i kontakt med døende patienter og pårørende i sorg. Men ifølge REPHA, der er det danske videncenter for rehabilitering og palliation, ved læger og andre sundhedsprofessionelle alt for lidt om døden.

I dag er døden et tabu i sundhedsvæsenet. 83 % af danskerne taler med den nærmeste familie om døden, mens kun 2 % taler med sundhedspersonalet.⁵ Alt for mange patienter og pårørende når ikke at forholde sig til den sidste levetid og får ikke mulighed for at tale med lægen om, hvor forløbet kan være på vej hen. Det giver kaotiske og uplanlagte forløb uden mulighed for at udtrykke ønsker til den sidste tid; hvordan man ønsker at tilbringe den, og hvordan – og hvor – man ønsker at dø.

I dag fylder palliation stort set intet på de mange sundhedsfaglige grunduddannelser ligesom palliation heller ikke indgår i Sundhedsstyrelsens målbeskrivelse for den første del af lægernes videreuddannelse (KBU) eller fylder tilstrækkeligt i målbeskrivelserne for de enkelte lægelige specialer.

Regionerne mener, at alle sundhedsprofessioner allerede på studiet bør få en grundlæggende viden og kompetencer indenfor det palliative felt. Der er brug for en bred indsats rettet mod alle faggrupper, da det fx ofte er social- og sundhedsassistenter, der tager sig af vores ældre medborgere på landets plejehjem og i hjemmeplejen. Et særligt regionalt fokusområde er dog, at palliative kompetencer bliver en langt større del af både lægeuddannelsen og den lægelige videreuddannelse.

⁵ <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/05/Pressemeddelelse-danskernedoeden-2013.pdf>

Siden 2013 har det været muligt for speciallæger at uddanne sig til fagområdespecialist i palliativ medicin. Og dette er en god vej til at sikre palliative specialister på tværs af de medicinske specialer. Regionerne ønsker ikke et selvstændigt lægeligt speciale i palliation. Livskvalitet og lindring skal være et succeskriterie og fokusområde i behandlingen af alle patienter, så den palliative indsats udbredes til flere patienter. Det kræver en kulturforandring og et fokus på palliation på tværs af medicinske specialer frem for en yderligere specialisering af området. Et palliativt speciale vil derimod isolere interessen for den palliative indsats i endnu højere grad til en enkelt silo på hospitalerne.

Hvis sundhedsvæsenet i højere grad skal imødekomme patienter og pårørendes ønsker til den sidste levetid, er det en forudsætning, at særligt læger hjælper med at få talt med alvorlig syge patienter om døden så den sidste tid kan planlægges og ønskerne imødekommes. De pårørende har en vigtig rolle i livets sidste fase. Men det kan være hårdt at være pårørende til en person med livstruende sygdom - både fysisk, psykisk og socialt – og det kan være et stort ansvar. Derfor mener regionerne, at også den professionelle indsats for pårørende til patienter i det palliative forløb i det danske sundhedsvæsen skal styrkes.

For at bryde tabuet om døden arbejder regionerne for:

- Alle patienter med livstruende sygdom og alle pårørende til døende har ret til en samtale om døden med sin praktiserende læge eller patientansvarlige læge.
- En kulturforandring i sundhedsvæsenet, så palliation vægtes på lige fod med anden behandling og døende og deres pårørende oplever tryghed, omsorg og støtte fra sundhedspersonalet i den sidste tid.
- At alle sundhedsprofessioner allerede på studiet får en grundlæggende viden og kompetencer indenfor det palliative felt samt at palliative kompetencer bliver en vigtig del af lægeuddannelsen og den lægelige videreuddannelse.

Bilag Titel:	Baggrundsnotat om patientrettigheder
Dagsordens titel	Fortsat drøftelse om mulig position vedr. differentiering af patientrettigheder
Dagsordenspunkt nr	5
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Danske
Regioner

Notat

Baggrundsnotat om centrale patientrettigheder

Sundhedsudvalget har ønsket et baggrundsnotat om de centrale patientrettigheder til brug for drøftelsen af Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne. I det følgende gennemgås retten til hurtig udredning, udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling samt de maksimale ventetider ved kræft og visse hjertesygdomme.

27-08-2026

EMN-2024-00932

1874537

Jens Bjerg Johansen

For uddybende information om patientrettighederne kan desuden henvises til [Sundheds- og Kirkeministeriets hjemmeside](#) samt [Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og information til henviste patienter](#).

Ret til hurtig udredning

Retten til hurtig udredning (også kendt som udredningsretten) er fastlagt i sundhedsloven § 82b og § 14 i [Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling](#). Rettigheden indebærer, at patienter, der er henvist til et sygehus, har ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Med udredning menes de undersøgelser og prøver m.v., der er nødvendige for at klarlægge, hvad patienten fejler.

Hvis sygehuset ikke kan udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten henvises til et andet offentligt sygehus eller et sygehus, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter til at varetage de regionale sygehusopgaver (samarbejdssygehus).

Såfremt det heller ikke er muligt at henvise til et andet offentligt sygehus eller samarbejdssygehus, omfattes patienten af retten til udvidet frit sygehusvalg og kan dermed vælge at modtage udredningen på privathospital, jf. nedenfor.

Hvis det ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal der, uanset årsag, ligeledes udarbejdes en plan for det videre udredningsforløb.

Ret til udvidet frit sygehusvalg

Retten til udvidet frit sygehusvalg følger af sundhedslovens § 87 og [bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling](#) § 19. Rettigheden indebærer, at man som patient, i nogle situationer, har ret til at vælge at blive udredt eller behandlet på et privat sygehus (aftalesygehus), som Danske Regioner har indgået aftale med på vegne af regionerne.

Hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan tilbyde en patient endelig udredning på et offentligt sygehus eller et samarbejdssygehus inden for 30 dage, har patienten ret til udvidet frit sygehusvalg og kan blive udredt på et aftalesygehus.

En patient, som er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan tilsvarende vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke inden for 30 dage kan tilbyde behandling ved et offentligt sygehus eller et samarbejdssygehus

Retten til udvidet frit sygehusvalg gælder også for patienter, der er henvist til diagnostisk undersøgelse til brug for praktiserende læger og praktiserende speciallæger, og for patienter, når det offentlige sygehus ændrer datoen for kirurgisk behandling.

Danske Regioner indgår på vegne af regionerne aftaler med de private aftalesygehuse, som patienterne kan benytte under det udvidede frie sygehusvalg. Disse aftaler forhandles centralt som 2-årige aftaler mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark (Foreningen af danske sundhedsvirksomheder).

Maksimale ventetider ved kræft og visse hjertesygdomme

De maksimale ventetider er en patientrettighed, der er fastsat i sundhedslovens § 88 samt [bekendtgørelse nr. 584 af 28. april 2015](#) om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme.

Reglerne om maksimale ventetider skal sikre hurtig udredning og behandling til patienter med – eller med mistanke om – kræft og visse livstruende hjertesygdomme. Der er således skærpede frister for udredning og behandling af disse patienter i forhold til de 30 dage, der gælder generelt.

Patienter med kræftsygdomme, der kræver knoglemarvstransplantation, samt patienter med hudkræft, der ikke er modermærkekræft, er ikke omfattet af de maksimale ventetider.

For udredning gælder det, at den opstartes senest 14 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen til udredning.

For behandling gælder det, at den skal opstartes senest 14 dage efter, at patienten har givet sit samtykke til behandlingen, og senest 28 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen til behandling. Behandlingen kan fx bestå i operation, kemoterapi eller strålebehandling.

For efterbehandling gælder det tilsvarende, at den skal opstartes senest 14 dage efter, at patienten har givet sit samtykke, og senest 28 dage efter, at sygehuset har modtaget henvisningen til efterbehandling. Efterbehandlingen skal forebygge, at sygdommen vender tilbage, og kan fx bestå i kemoterapi, anden medicinsk behandling eller strålebehandling.

Hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke selv kan tilbyde udredningen eller behandlingen indenfor den maksimale ventetid, skal den tilbyde patienten henvisning til et sygehus i en anden region, et privathospital eller et udenlandsk sygehus, så fristen kan overholdes. Hvis det ikke er muligt for regionen at finde et andet tilbud, skal den give Sundhedsstyrelsen besked, hvorefter Sundhedsstyrelsen skal forsøge at finde et tilbud.

Det er vigtigt ikke at forveksle de maksimale ventetider for kræftpatienter med standardforløbstiderne i kræftpakkerne. Mens de maksimale ventetider er en lovbunden rettighed med fastsatte frister, har standardforløbstiderne karakter af faglige anbefalinger.

Bilag Titel:	Fælles forståelsespapir om fremtidens patientansvarlige læge (19.09.26)
Dagsordens titel	Fremtidens patientansvarlige læge
Dagsordenspunkt nr	6
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



NOTAT

19-08-2026

EMN-2017-00240

1875520

Sofie Bendix Christiansen

Fælles forståelsespapir om fremtidens patientansvarlige læge

Sundhedsvæsenet kommer i fremtiden til at behandle flere ældre, flere med kroniske sygdomme og en voksende gruppe af multisyge patienter med komplekse og sammensatte behov. Det stiller krav om mere sammenhængende og koordinerede behandlingsforløb på tværs af hele sundhedsvæsenet, hvor flere faggrupper er involveret i patientens forløb. Ordningen med patientansvarlig læge er et vigtigt element i arbejdet med at sikre sammenhængende patientforløb, faglig kvalitet i behandlingen og tryghed for patienterne. Som en del af sundhedsreformen er det aftalt, at det er tid til at sætte fornyet fokus på ordningen med den patientansvarlige læge.

Ordningen med den patientansvarlige læge blev oprindeligt indført i 2016 for at skabe tryghed, kontinuitet og klarhed i patientforløb – og for at sikre, at patienter oplever, at der er en læge, der har det samlede overblik i deres behandling. Det har imidlertid vist sig vanskeligt at få ordningen til at fungere efter hensigten. Det er en vigtig erkendelse, at vi ikke i tilstrækkelig grad har fået ordningen til at fungere for dem, der har størst behov for hjælp til at sikre et koordineret og sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. Det skal vi gøre bedre.

Som det fremgår af Aftale af sundhedsreform 2024, er der behov for at reducere ulighed i sundhed og dermed prioritere indsatser og ressourcer til dem, der har størst behov. Det gælder også ordningen med patientansvarlig læge.

Målgruppen for den patientansvarlige læge

Der er enighed om, at ordningen med den patientansvarlige læge fortsat er et vigtigt redskab til at styrke tryghed, kontinuitet og sammenhæng for patienter med komplekse og tværgående forløb. For at robustgøre ordningen i lyset af den udvikling, sundhedsvæsenet står overfor, og de erfaringer, regionerne har gjort sig med den patientansvarlige læge, er der behov for at justere ordningen. Ordningen med den patientansvarlige læge skal være til gavn for de patienter,

som har det største behov for støtte i deres behandlingsforløb. Det handler om at styrke kvaliteten og skabe mere lighed i sundhed ved at sikre, at ordningen bruges dér, hvor den gør størst forskel.

Alle patienter har behov for en sundhedsperson med ansvar for deres forløb. På hospitalet har den enkelte patient altid en behandlingsansvarlig læge i den afdeling, hvor patienten er i behandling. Den behandlingsansvarlige læge er ansvarlig for, at patienten får et godt behandlingsforløb i afdelingen. I almen praksis er den praktiserende læge tovholder.

Den særlige indsats med en patientansvarlig læge skal forbeholdes de patienter, der har et særligt behov. Nogle patienter har særlige komplekse forløb og modtager behandling på flere forskellige afdelinger og nogle gange også på flere forskellige hospitaler. Derudover har patienter forskellige forudsætninger for at begå sig i sundhedsvæsenet, og for nogle patienter kan det være særligt vanskeligt at navigere i et behandlingsforløb. Konsekvensen kan være, at patienten oplever at få forskellig og nogle gange modsatrettet rådgivning, at der opstår misforståelser, eller at patienten opgiver at følge forløbet. Det er svært for patienten at deltage i eget forløb, hvis patienten ikke ved, hvem der har ansvaret. Det gør det samtidig også svært for personalet at yde den rette behandling. Det er her, den patientansvarlig læge kan gøre en forskel.

For at målrette ordningen de patienter, der har det største behov, skal tildeling af en patientansvarlig læge i fremtiden ske på baggrund af en række fastsatte kriterier.

For alle patienter, der tildeles en patientansvarlig læge, gælder det, at:

- **Patienten har samtidig forløb på mindst to afdelinger.** Det kan være på tværs af specialer på samme hospital eller på tværs af flere hospitaler. Patienter med langvarige og komplekse forløb med mange besøg, men kun på én afdeling, vil have en behandlingsansvarlig læge, som vil være ansvarlig for at sikre sammenhæng og tryghed i patientforløbet.

Patienter, der tildeles en patientansvarlig læge, vil desuden opfylde mindst ét af følgende kriterier:

- **Patienten har multisygdom, og det vurderes, at forløbet er komplekst med hyppige kontakter**
- **Patienten er i et længevarende aktuelt udrednings- og behandlingsforløb med hyppige kontakter.** Her er ikke tale om ukomplicerede kontrolforløb på hospitalet.
- **Patienten har komplekse sociale forhold eller fysisk skrøbelighed, som gør, at patienten har behov for ekstra støtte.**

Tildeling af en patientansvarlig læge er en klinisk beslutning, der træffes på den hospitalsafdeling, hvor patienten er i behandling. Vurdering af behovet for en patientansvarlig læge kan ske ved første kontakt, men det er vigtigt, at der sker en løbende vurdering af patienten, så det er muligt at få tildelt en patientansvarlig læge senere i et forløb, hvis patientens behov og/eller sociale forhold ændrer sig. Hvis den praktiserende læge vurderer, at en patient har behov for en patientansvarlig læge i sit forløb, skal det være muligt for vedkommende at rette henvendelse til den afdeling, hvor patienten er i behandling.

Der kan være behov for løbende at kvalificere kriterierne for tildeling af patientansvarlig læge. Der er enighed om, at den individuelle vurdering af patientens sårbarhed og behov skal tage udgangspunkt i eksisterende i sårbarhedsmodeller, og at det løbende må vurderes, om disse skal justeres, fx når Sundhedsstyrelsens principper for systematisk vurdering af patienters behov, som udarbejdes i forbindelse med pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom, er færdige.

Det er vanskeligt at estimere, hvor stor en andel af patienterne der på baggrund af kriterierne vil have behov for en patientansvarlig læge. Det er parternes vurdering, at det formentlig er i omegnen af 20 pct. af alle patienter. Behovet for en patientansvarlig læge vil være forskelligt på tværs af afdelinger og sygdomsområder.

Parterne vil særligt i det første år følge implementeringen af ordningen tæt med henblik på løbende at vurdere, om det er de rette patienter, der får tildelt en patientansvarlig læge, eller om der er behov for at justere kriterierne.

Den patientansvarlige læge - roller og ansvar

Parterne er enige om, at der i en fremtidig styrket implementering af ordningen er behov for en større tydelighed i forhold til både rolle- og ansvarsfordeling. Den patientansvarlige læge har en central rolle i at skabe sammenhæng og kontinuitet i det komplekse patientforløb. Den patientansvarlige læge bidrager til, at der er overblik i forløbet, og at relevante beslutninger og opfølgning sker rettidigt. Vedkommende er den, som patienten kan kontakte med spørgsmål om behandlingsforløbet. Den patientansvarlige læge udpeges ud fra en samlet klinisk vurdering af patientens sygdomsbillede og forløb. Hospitalerne fastlægger lokalt, hvordan tildeling og udpegning organiseres inden for de fælles rammer for ordningen. Dette gøres af hospitalsledelsen i samarbejde med afdelingsledelserne.

Det er en forudsætning for ordningen, at det er tydeligt for både patient, pårørende og sundhedspersonale, når der er tildelt en patientansvarlig læge, og at patienten kender og har mulighed for at møde sin patientansvarlige læge. Det

skal fremgå af patientjournalen, hvem denne er, og hvordan vedkommende kan kontaktes. Den digitale understøttelse af ordningen skal tilrettelægges, så oplysninger om tildeling af patientansvarlig læge kan anvendes både i den kliniske hverdag og som grundlag for opfølgning på ordningen. Dette forudsætter, at oplysninger om patientansvarlig læge registreres på en struktureret måde, som kan deles på tværs af sektorer.

I kommunikationen med patienten skal der desuden være en entydig terminologi samt klar og ensartet beskrivelse af ansvar og roller i forhold til den patientansvarlige læge, behandlingsansvarlig læge og tovholderfunktionen i almen praksis¹. Præcise definitioner af roller og ansvar skal være med til at sikre, at der ikke opstår tvivl om opgavefordelingen mellem de forskellige parter i patientforløbet. Parterne er derfor enige om, at der igangsættes et informationsarbejde målrettet både ledelse, sundhedspersonale og patienter.

Organisatoriske rammer

Det er den patientansvarlige læge, der har ansvaret for, at opgaverne forbundet med funktionen udføres. Det er samtidigt afgørende, at den patientansvarlige læge understøttes organisatorisk og indgår i et tæt samarbejde med andre faggrupper. Der er behov for, at der på det enkelte hospital etableres klare rammer og procedurer for samarbejdet mellem den patientansvarlige læge og de øvrige faggrupper, så opgaver og ansvar fordeles tydeligt. Det er hospitalsledelsen – i samarbejde med de enkelte afdelinger – der har det overordnede ansvar for, at der etableres de rette organisatoriske rammer for, at ordningen kan fungere optimalt.

Ordningen skal sikre, at en navngiven læge har det overordnede ansvar for at sikre koordination og sammenhæng i patientens forløb. Men det er ikke ambitionen, at den patientansvarlige læge skal løfte alle opgaver alene. Det er vigtigt, at den patientansvarlige læge har adgang til relevante støttefunktioner, så det lægefaglige ansvar kan prioriteres. Koordination og støtte til patienten varetages bedst i et samarbejde, hvor fx sygeplejersker, sekretærer, terapeuter og socialrådgivere bidrager til at skabe sammenhæng og kvalitet i patientforløbet. Der er på hospitalerne udviklet forskellige modeller for samarbejde afhængig af behov. Fx har nogle afdelinger arbejdet med patientens team. Det kan man lade sin inspirere af.

Derudover er der andre roller og funktioner på hospitalerne, som varetager koordinering og fungerer som støttefunktioner i forbindelse med fx logistiske og administrative opgaver omkring patientens forløb. Den patientansvarlige læge har ikke ansvar for at løse alle udfordringer med manglende sammenhæng på

¹ Beskrivelser af de forskellige roller findes i bilag 1.

hospitalet. Det er vigtigt, at lægen kan få hjælp til at løse både et konkret problem i forhold til en patient og desuden har mulighed for at pege på eventuelle generelle udfordringer i patientforløbet, der skal tages hånd om.

Overgangen til almen medicinske tilbud

Tovholderfunktionen i det almenmedicinske tilbud spiller ofte en vigtig rolle i at sikre overblik og tryghed i den enkelte patients sygdomsforløb. Den praktiserende læge sikrer opfølgning og fungerer som tovholder for borgernes kontakt med sundhedsvæsenet, når der skal følges op efter en udskrivelse fra hospitalet. Samtidigt har den praktiserende læge ofte et mere indgående kendskab til den enkelte patients samlede situation. Derfor er det vigtigt at styrke samarbejdet mellem tovholderfunktionen i det almen medicinske tilbud og den patientansvarlige læge på hospitalet. Det stiller krav til, at der i det enkelte patientforløb sikres gensidig koordination og gensidig inddragelse mellem sektorer.

Parterne er derfor enige om, at der ved overgange mellem sygehuset og det almenmedicinske tilbud skal koordineres overdragelse af ansvaret. Det almenmedicinske tilbud må f.eks. ikke være i tvivl om, hvem den patientansvarlige læge er i et konkret patientforløb på hospitalet, og hvordan vedkommende kan kontaktes.

Samtidig er parterne enige om, at den patientansvarlige læge altid skal videregive relevant information om patienten til det almenmedicinske tilbud, som skal have mulighed for at indgå i dialog om det næste skridt i patientforløbet. Omvendt skal det være muligt for den praktiserende læge at angive, om patienten vurderes at have behov for en patientansvarlig læge.

Implementering og evaluering

Parterne er enige om, at arbejdet med den justerede ordning igangsættes med det samme. Samtidigt er der enighed om, at implementeringen vil ske gradvist gennem en implementeringsfase, hvor erfaringer fra praksis inddrages, og hvor der løbende følges op på, hvordan ordningen fungerer i forskellige afdelinger og specialer.

Der skal sættes fokus på at fremme patienternes kendskab til ordningen. Derfor vil regioner og de øvrige parter iværksætte en oplysningsindsats, der bredt informerer patienter og pårørende om den patientansvarlige læges funktion.

Parterne vil følge implementeringen tæt i regi af den nationale styregruppe. Fokus vil her være på læring og justering undervejs, så ordningen kan udbredes og implementeres på et solidt grundlag. Der er enighed om, at der foretages en kvalitativ evaluering af ordningen efter et år, hvor der gøres status på implementering. Den nationale styregruppe for den patientansvarlige læge vil

aftale, hvordan evalueringen bedst tilrettelægges. Der er samtidigt enighed om at afsøge muligheden for på sigt at evaluere ordningen kvantitativt, fx via registrering i patientjournalen.

Bilag 1: Rolle- og ansvarsbeskrivelse af den behandlingsansvarlige læge, den patientansvarlige læge og tovholderfunktionen i almen praksis

	Rollebeskrivelse
Behandlingsansvarlig læge	Den behandlingsansvarlig læge er overordnet ansvarlig for det konkrete behandlingsforløb i afdelingen. Alle patienter skal tilbydes en navngiven behandlingsansvarlig læge i alle de afdelinger, hvor patienten er i behandling. Den behandlingsansvarlige læge skal være den gennemgående læge i den enkelte afdeling og skal være ansvarlig for, at patienten får det rette behandlingsforløb i afdelingen, og for, at patienten overdrages kvalificeret til en anden behandlingsansvarlig læge ved skift mellem afdelinger. Alle læger har et behandlingsansvar for de behandlinger, de ordinerer, men patienten kan kun have én behandlingsansvarlig læge, der er overordnet ansvarlig for det konkrete behandlingsforløb i afdelingen.
Patientansvarlig læge	Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på sygehuset. Lægen har ikke fagligt ansvar ud over eget speciale eller behandling, men fungerer som koordinator og tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Lægen skal sikre, at der er en tydelig behandlingsplan, at beslutninger træffes rettidigt, og at der følges op på planlagte tiltag. Den patientansvarlige læge skal desuden være den læge, patienten kan søge til, hvis der opstår tvivl om forløbet. Den patientansvarlige læge skal være med til at skabe sammenhæng og fremdrift i komplekse patientforløb, fx hvor flere specialer og afdelinger er involveret. Lægen skal sikre, at ingen dele af forløbet falder mellem to stole, og at patienten oplever en rød tråd i sin behandling. Rollen indebærer et lægefagligt ansvar for koordinering og overblik – ikke nødvendigvis for den konkrete behandling. Fx skal ordningen være med til at sikre, at kontroller og undersøgelser koordineres, så den enkelte patient undgår unødigt mange besøg på hospitalet. I modsætning til den behandlingsansvarlige læge, som har ansvar for den konkrete behandling inden for ét speciale, har den patientansvarlige læge et helhedsorienteret ansvar for at sikre, at hele patientens forløb hænger sammen og bevæger sig fremad. Den patientansvarlige læge har et ansvar i forhold til den del af behandlingen, som han/hun varetager, men har ikke det juridiske ansvar for det samlede patientforløb.

	Den patientansvarlige læge skal understøttes organisatorisk og i tæt samarbejde med andre faggrupper sikre et sammenhængende, koordineret og trygt forløb for patienten. I praksis vil det ofte være andre faggrupper – og ikke nødvendigvis den patientansvarlige læge – der har den løbende kontakt med patienten og de pårørende.
Tovholderfunktion i almen praksis	Tovholderfunktionen i almen praksis indebærer, at den praktiserende læge har et samlet overblik over patientens forløb og medvirker til at sikre kontinuitet, koordination og fremdrift – særligt når patienten har kontakt med flere sektorer eller aktører i sundhedsvæsenet. Lægen skal være opmærksom på behov for opfølgning, sikre at relevante informationer deles, og bidrage til, at patienten oplever et sammenhængende og trygt forløb.

Bilag Titel:	Danske Regioners første opfølgning på fødselsaftalen 2025, august 2026
Dagsordens titel	Orientering om Danske Regioners første opfølgning på fødselsaftalen 2025
Dagsordenspunkt nr	7
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



Notat

Danske Regioners opfølgning på Aftale mellem Regeringen og Danske Regioner om styrkelse af fødselsområdet (2025) – sommer 2026

27-08-2026

EMN-2022-00981

1875164

Sofie Mayling Vennike

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.

TABEL 1				
ØKONOMI				
Mio. kr. (20225-pl)	2025	2026	2027	2028
Nye initiativer (2024)				
Ret til hjemmebesøg for flergangsfødende	18,5	18,5	18,5	18,5
Styrkelse af kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb	19,1	19,1	19,1	19,1
Styrkelse af forældre- og fødselsforberedelse på små hold	16,8	16,8	16,8	16,8
Rekrutterings- og fastholdelsespakke til fødeafdelingerne	13,7	13,7	13,7	12,7
Evaluerings og opfølgning	-	-	-	1
Videreførelse af initiativer fra 'En God Start på Livet' (2022)				
Mere end 100 flere ansatte (årsværk) til fødeafdelingerne	76,1	76,1	76,1	76,1
Ret til to døgn's barselsophold eller hjemmebesøg for førstegangsfødende	20,2	20,2	20,2	20,2
I alt	164,4	164,4	164,4	164,4

Kilde: Aftale om styrkelse af fødeområdet, 2024

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. Nedenstående er Danske Regioners første opfølgning på aftalen. Danske Regioner har indhentet bidrag fra regionerne til rapporten.

Opfølgning på fødselsaftalen

Kvantitativ opfølgning på udvikling i hjemmebesøg

Siden andet halvår af 2025 har flergangsfødende kvinder, der udskrives mindre end 24 timer efter fødsel, haft ret til et hjemmebesøg senest et par dage efter udskrivningstidspunktet. Det er aftalt, at hjemmebesøget både kan foregå fysisk og virtuelt (video- eller telefonkonsultation).

Danske Regioner laver et dataudtræk til opfølgning på initiativet vedrørende hjemmebesøg for flergangsfødende for at sikre hhv. et metodisk konsistent datagrundlag og for tage hensyn til den kommende regionssammenlægning. Dataudtrækket fremgår af figur 1. Figuren viser, hvor stor en andel af flergangsfødende kvinder i målgruppen for den nye rettighed, der får hjemmebesøg inden for 72 timer efter udskrivning i hhv. andet halvår af 2024 og andet halvår af 2025.

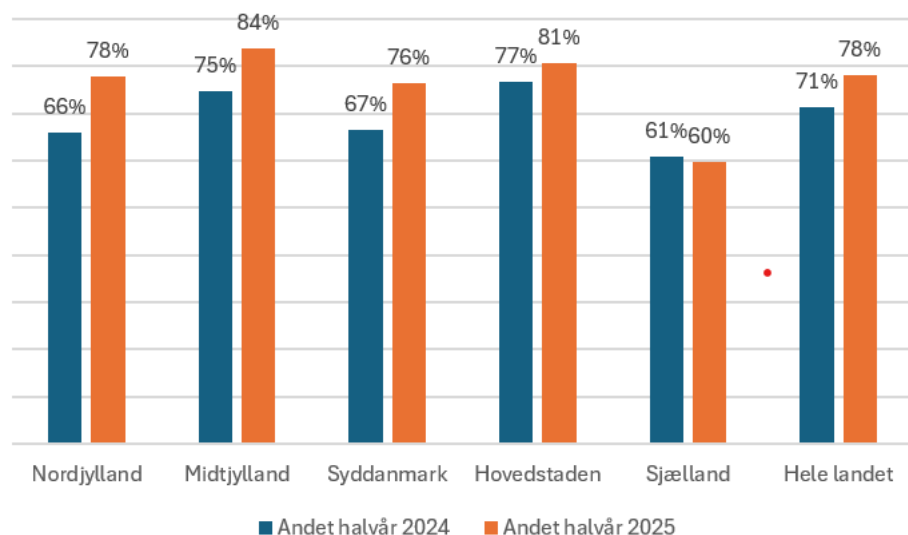
Der ses en stigning i andelen af kvinder i målgruppen, der får hjemmebesøg. På landsplan stiger andelen fra 71 pct. i andet halvår af 2024 til 78 pct. i andet halvår af 2025.

I fire ud af fem regioner ses ligeledes en stigning. Det ses, at regioner med en relativ lav andel af kvinder, der får hjemmebesøg i andet halvår 2024, stiger mere end regioner med en relativ høj andel. I Region Nordjylland stiger andelen fx fra 66 til 78 pct. (relativt lavt udgangspunkt), mens andelen stiger fra 77 til 81 pct. (relativt højt udgangspunkt) i Region Hovedstaden. I Region

Syddanmark stiger andelen fra 67 til 76 pct., og i Region Midtjylland stiger den fra 75 til 84 pct. Der sker et lille fald i andelen af kvinder, der får hjemmebesøg i Region Sjælland, som falder fra 61 pct. i andet halvår 2024 til 60 pct. i andet halvår 2025.

Udviklingen skal ses i lyset af, at udmøntningsaftalen om at tilbyde hjemmebesøg til flergangsfødende blev indgået 7. juni 2025 med ikrafttræden medio 2025. Det sidste halvår af 2025 er således også implementeringsperioden for regionerne. I næste opfølgning påtænkes det eksempelvis at sammenligne hele 2024, hele 2025 og hele 2026, hvilket kan give et tydeligere billede af implementeringen og anvendelsen af tilbuddet for flergangsfødende.

Figur 1: Andelen af hjemmebesøg hos flergangsfødende, der udskrives inden for 24 timer efter fødslen og får et hjemmebesøg (fremmøde eller virtuelt) inden for 72 timer efter udskrivelse, opgjort i andet halvår 2024 og andet halvår 2025, fordelt på regionerne.



Kilde: Egne beregninger pba. LPR3 data pr. april 2026.

Regionernes bemærkninger til den kvantitative opfølgning vedr. antal hjemmebesøg til flergangsfødende:

Region Sjælland bemærker, at det er en fast del af tilbuddet i Region Sjælland, at der er mulighed for tæt kontakt til barselsafsnit/-ambulatorium til de familier, der går hjem ambulant.

Tilbud om hjemmebesøg er etableret på alle fire fødeafdelinger. På to afdelinger er der tale om fysiske hjemmebesøg, mens der på de øvrige to afdelinger tilbydes virtuelle hjemmebesøg. Store geografiske afstande vanskeliggør en fuld udbredelse af fysiske hjemmebesøg til alle fødende.

Regionen forventer, at tallene i næste opfølgning vil vise en stigning som følge af mere tid til implementering.

Region Midtjylland bemærker, at flergangsfødende, der udskrives inden for 24 timer, modtager besøg i hjemmet enten på førstedagen efter fødslen eller 48-72 timer efter fødslen (hvor efterfødselspakken så leveres i hjemmet). Såfremt familien i stedet ønsker kontakt pr. video eller telefon, er dette også muligt. Dette trådte i kraft på alle afdelinger i løbet af efteråret 2025. Hospitalsenhed Midt (Viborg) har udviklet og implementeret et beslutningsstøttværktøj, som skal understøtte en individuel vurdering af familiens behov og hjælpe både personale og familier med at finde den mest hensigtsmæssige løsning for den tidlige barselsopfølgning, uanset udskrivningstidspunkt. Initiativet gennemføres aktuelt som et forsøg, der skal bidrage med erfaringer til den videre udvikling af området. Erfaringerne vil blive evalueret i foråret 2027 med henblik på at vurdere effekten og den fremadrettede organisering af tilbuddet.

Region Nordjylland bemærker, at de er den region, der har den største procentvise stigning fra 2024 til 2025 og arbejder fortsat på, at alle gravide, der udskrives inden for 24 timer efter fødslen tilbydes et hjemmebesøg inden for 72 timer efter udskrivelse.

Region Syddanmark bemærker, at retten til hjemmebesøg for flergangsfødende har været implementeret på regionens fødesteder siden perioden tredje kvartal og fjerde kvartal 2025.

Region Hovedstaden bemærker, at Rigshospitalet og Nordsjællands Hospital har fuldt implementeret tilbuddet, mens Bornholm Hospital vurderer, at det ikke er muligt at etablere en udkørende funktion til hjemmebesøg grundet det lave antal fødsler. Amager og Hvidovre Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital er fortsat i gang med implementeringen af tilbuddet, da det har været nødvendigt at rekruttere til ordningen.

Kvalitativ opfølgning på initiativer vedrørende kendthed og kontinuitet, fødselsforberedelse og rekruttering og fastholdelse

I det følgende beskriver regionerne initiativer i henhold til de øvrige aftalepunkter i fødselsaftalen, herunder styrkelse af kendthed og kontinuitet, forældre- og fødselsforberedelse samt rekruttering og fastholdelse.

Styrkelse af kendthed og kontinuitet

Regionerne har anvendt midlerne fra fødselsaftalen til at styrke kendthed og kontinuitet med målrettede indsatser, der taler ind i lokale behov og rammer for at skabe forudsigelighed og genkendelighed for de fødende. Nedenfor fremgår regionernes beskrivelser af indsatser, der er implementeret med henblik på at styrke kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb.

Region Sjælland bemærker, at på én afdeling er Kendt Jordemoderordning etableret og velfungerende. Ordningen varetager årligt ca. 150 gravide gennem hele graviditeten og i barselsperioden.

De to andre afdelinger arbejdes der aktuelt med etablering af en Kendt Jordemoderordning målrettet gravide og familier i sårbare positioner. Ordningen vil omfatte et fast team bestående af fire jordemødre.

På den sidste afdeling arbejdes der med kendthed og kontinuitet i form af en teamstruktur, hvor en gruppe jordemødre sammen med en fødselslæge skal have ansvar for en gruppe gravide fra et kommunalt optageområde. Målet er at implementere ordningen i slutningen af 2026.

Region Midtjylland bemærker, at på Hospitalsenhed Midt (Viborg) har man foretaget en strategisk omlægning, hvor fokus er flyttet fra Kendt Jordemoderordning for en mindre gruppe gravide til at skabe kontinuitet for en bredere patientgruppe. Den tidligere ordning blev derfor udfaset i april 2026. I stedet arbejdes der med at styrke konsultationstilbuddet, så flere gravide møder færrest mulige fagpersoner gennem deres forløb. Samtidig er samarbejdet med kommunerne styrket med henblik på mere sammenhængende forløb og færre kontaktpersoner. Indsatsen inkluderer også en særlig styrkelse af tilbuddet til sårbare gravide og gravide med komplekse forløb, bl.a. gennem øget speciallægedækning i Akut Graviditetsklinik og organisering af jordemoderindsatsen omkring faste teams. Samlet set er ambitionen at skabe større patientværdi gennem bredere kontinuitet og stærkere relationer.

På Regionshospitalet Gødstrup er der udviklet målrettede tilbud til udvalgte grupper af gravide med særlige behov. Blandt andet er der etableret en NADA-klinik, hvor akupunktur anvendes til at reducere stress og uro hos sårbare gravide. Samtidig er indsatsen for forældre, der har mistet et barn, styrket gennem længere tilstedeværelse i Afsnit for Tab og etablering af konsultationer tættere på borgerne, så familierne kan følges af kendte jordemødre med særlig kompetence i sorgarbejde. Initiativerne understøtter øget kontinuitet og tryghed for grupper med særligt behov for tæt opfølgning.

På Regionshospitalet Horsens har man gennemført et grundigt analysearbejde for at udvikle en fremtidig model for kendthed og kontinuitet. Arbejdet har været inddragende og omfattet både forældreperspektiver, jordemødres erfaringer og tværfaglige input. Indsigterne anvendes aktuelt til at udvikle en ny organisering med afsæt i principper om kvalitet og nærhed, bl.a. i lyset af sundhedsreformen. En ny model forventes implementeret i løbet af 2026.

I Regionshospitalet Randers er der etableret en funktion med kommuneansvarlige jordemødre, som styrker det tværsektorielle samarbejde. Hver jordemoder er tilknyttet en samarbejdskommune og fungerer som bindeled til sundhedspleje og familieafdelinger. Formålet er at sikre bedre sammenhæng i indsatsen omkring sårbare gravide og familier samt skabe mere ensartede og behovstilpassede forløb på tværs af sektorer.

På Aarhus Universitetshospital arbejdes der med at konsolidere eksisterende organiseringer, der understøtter kontinuitet. Fleksible vagtstrukturer og særlige ordninger, herunder flexjordemødre og et dedikeret hjemmefødselsberedskab, bidrager til færre skift i personalet under fødslen. I graviditetsforløbet er alle gravide tilknyttet en fast konsultationsjordemoder, hvilket har øget graden af kendthed markant. Derudover synliggøres den kendte jordemoder aktivt i kliniske systemer, så kontinuiteten kan fastholdes også ved fødslen.

Region Nordjylland bemærker, at alle tre fødesteder (Aalborg, Thisted og Hjørring) arbejder med kendthed og kontinuitet gennem samme jordemoder ved konsultationer, og at hvis jordemoder fra konsultationer er på vagt, når kvinden skal føde tilstræbes det, at denne jordemoder føder med kvinden.

I Aalborg er der etableret en "kendt jordemoderordning", der tilbyder et sammenhængende graviditets- og fødselsforløb for kvinder/familier med fødselsangst og for par der tidligere har født dødt barn. Der arbejdes på at etablere yderligere kendt jordemoderordninger i Aalborg.

Region Syddanmark bemærker, at regionen siden 2024 har arbejdet målrettet med at styrke kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb med afsæt i en videreudbygning og målretning af Kendt Jordemoderordningerne (KJO). Regionsrådet besluttede at anvende både regionale midler og midler fra fødselsaftalen til at udvide og konsolidere ordningerne, så de i højere grad rettes mod gravide med størst behov – herunder sårbare grupper – gennem fælles visitationskriterier på tværs af regionens fødesteder. Samtidig er der etableret en ekstra ordning, således at regionen i dag har et samlet udbud af 17 KJO'er.

På Odense Universitetshospital er indsatsen fokuseret på at styrke både eksisterende KJO'er og tilbuddet til sårbare gravide. Midlerne er blandt andet anvendt til at robustgøre ordningerne og til at opnormere speciallægekapaciteten i Familieambulatoriet, hvilket bidrager til større kontinuitet i forløb med komplekse behov. Ordningerne er målrettet gravide med sociale, psykiske eller sundhedsfaglige udfordringer og har til formål at sikre sammenhæng og kendte relationer gennem hele forløbet.

På Sygehus Lillebælt er der arbejdet med at udvide kapaciteten gennem etablering af en yderligere KJO, samtidig med at visitationen til ordningerne er blevet styrket, så de rette gravide modtager det rette tilbud. Parallelt arbejdes der bredere med kendthed og kontinuitet gennem mere individuelt tilrettelagte graviditets- og fødselsforløb, som skal skabe øget tryghed og værdi for familierne.

På Esbjerg og Grindsted Sygehus er KJO-indsatsen målrettet sårbare grupper og integreret i hele forløbet. Jordemødrene i ordningerne følger de gravide tæt gennem graviditeten, står for fødselsforberedelse for deres egne patienter og varetager også hjemmebesøg efter fødslen. Dermed sikres en høj grad af kontinuitet og kendthed på tværs af graviditets-, fødsels- og barselsforløbet.

På Sygehus Sønderjylland arbejdes der med kendthed og kontinuitet gennem en bredere organisatorisk tilgang. Her understøttes relationen mellem den gravide og fødestedet blandt andet gennem høj kontinuitet i jordemoderkonsultationerne, så den gravide så vidt muligt møder den samme jordemoder gennem forløbet, samt gennem øget tilgængelighed og kendskab til fødegangen via digitale og fysiske tilbud som rundvisninger og dialog. Samtidig tilbydes fødselsforberedelse i mindre hold til alle, hvilket også bidrager til tryghed og sammenhæng.

Samlet set har Region Syddanmark således styrket kendthed og kontinuitet gennem en kombination af målrettet anvendelse af Kendt Jordemoderordninger til de mest sårbare, organisatoriske justeringer, der fremmer kendte relationer, samt supplerende initiativer, der øger tilgængelighed og sammenhæng i forløbene.

Region Hovedstaden bemærker, at på der på Herlev og Gentofte Hospital arbejdes med initiativet gennem oprettelse af Kendt Jordemoderordning (KJO), hvor tre jordemødre varetager det fulde graviditet- og fødselsforløb for i alt 180 kvinder om året.

På Amager og Hvidovre Hospital arbejdes med initiativet ligeledes gennem kendt jordemoderordning (KJO), som aktuelt varetager cirka 1.000 graviditets- og fødselsforløb årligt. KJO-ordningen er planlagt til i større omfang at få gravide med sårbare forhold visiteret i løbet af efteråret 2026. Der er desuden foretaget en opnormering af koordinations- og

visitationsfunktionen med henblik på at styrke kontinuitet og personcentreret omsorg allerede fra den indledende visitation.

Rigshospitalet arbejder målrettet med at styrke kendthed og kontinuitet i fødselsforløb. Der er iværksat et initiativ ved planlagte kejsersnit (elektivt sectio-team) med henblik på at styrke kontinuiteten i forløbet. Hvor familien tidligere blev fulgt af op til tre forskellige jordemødre, tilstræbes det nu, at den samme jordemoder følger kvinden gennem hele forløbet. Indsatsen forventes at bidrage til øget oplevet sammenhæng og tryghed for de fødende.

Nordsjællands Hospital arbejder med initiativet i deres organisering af jordemoderkonsultationerne. De gravide følges af samme jordemoder til jordemoderkonsultationerne i graviditeten, og når den gravide skal føde, modtages hun af den jordemoder, hun kommer til at føde med. På den måde undgår man et skifte fra en jordemoder i en modtagefunktion til en jordemoder på fødegangen. NOH har også fået opbygget deres planlagte kejsersnitsdage således, at det er den samme jordemoder, der modtager parret og er med til selve kejsersnittet. Indsatsen understøtter behovet for sammenhængende og trygge forløb.

På Bornholms Hospital er der på grund af afdelingens størrelse allerede en høj grad af kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløbene.

Styrkelse af forældre- og fødselsforberedelse i små hold

Regionerne har anvendt midlerne fra fødselsaftalen til, ud fra lokale rammer og behov, at udvikle tilbuddene om fødsels- og forældreforberedelse i mindre hold med fokus på de fødendes individuelle behov, dialogbaseret undervisning og samarbejde. Nedenfor fremgår regionernes initiativer, der er implementeret med henblik på at styrke forældre- og fødselsforberedelse i små hold.

Region Sjælland bemærker, at på to afdelinger er tilbud om fødselsforberedelse i små hold etableret og velfungerende.

En anden afdeling iværksætter fra medio august 2026 fødselsforberedelse i mindre grupper målrettet gravide i sårbare/udsatte situationer.

På den sidste afdeling arbejdes der på at udvikle fødsels- og forældreforberedelsen som gruppekonsultationer i små hold i jordemoderkonsultationerne. Holdene sammensættes af gravide, der har samme terminsmåned, så der dannes grundlag for, at de kan fortsætte i mødregrupper i sundhedsplejeregi. Gruppekonsultationerne opstartes i efteråret 2026.

Region Midtjylland bemærker, at på Hospitalsenhed Midt (Viborg) tilbydes forældre- og fødselsforberedelse i mindre hold for førstegangsfødende med 9-12 par. Undervisningen er modulopbygget og omfatter fødsel, amning og tiden som småbørnsforælder. Erfaringerne er overvejende positive, idet de mindre hold giver bedre mulighed for dialog, erfaringsudveksling og individuelle spørgsmål, hvilket understøtter tryghed og forberedelse. Samtidig udvikles digitale tilbud via forløbsguiden (Emento), hvor målet er mere målrettet og behovstilpasset information gennem graviditeten. Indsatsen understøttes yderligere af en tværsektoriel temadag i 2026 med fokus på fælles fagligt sprog og styrket indsats over for særligt sårbare familier.

På Regionshospitalet Gødstrup er holdstørrelsen ligeledes reduceret til maksimalt 10 par med henblik på at styrke nærvær og interaktion. Undervisningen er omlagt til færre, men længere sessioner med fokus på centrale temaer om fødslen, den første tid og amning. Dette suppleres af et omfattende digitalt tilbud i form af webinarer, som giver fleksibel adgang til viden og forberedelse. Tilbuddene udbydes både på dansk og engelsk.

På Regionshospitalet Horsens arbejdes der med differentierede tilbud i små hold samt en geografisk udbredelse til flere kommuner. Samtidig kombineres de fysiske tilbud med digitale elementer, herunder information om amning via forløbsguide og udvikling af yderligere virtuelle tilbud. Der er desuden etableret undervisning i overgangen fra fødsel til hjemkomst samt særlige tilbud om ammeforberedelse, hvor holdstørrelsen løbende tilpasses efter efterspørgslen.

På Regionshospitalet Randers tilbydes forældre- og fødselsforberedelse i hold med maksimalt 10 par, organiseret omkring to centrale temaer: fødsel og amning samt det nyfødte barn. Undervisningen er samlet i få, længere sessioner, og tilmeldingen er fleksibel, idet parrene selv booker deres deltagelse.

På Aarhus Universitetshospital kombineres mindre fysiske hold med en høj grad af differentiering, hvor der tilbydes målrettede forløb til specifikke grupper, herunder sårbare gravide, unge, engelsktalende og familier med særlige behov. Derudover udbydes både fødsels- og barselsforberedelse samt rundvisning på fødegangen virtuelt og via digitale løsninger, hvilket øger tilgængeligheden. For særligt sårbare familier tilbydes der fortsat fysisk fremmøde for at sikre tættere støtte.

På tværs af regionen ses dermed en ensartet bevægelse mod mindre hold, mere dialogbaseret undervisning og en kombination af fysiske og digitale tilbud. Samtidig er der et øget fokus på differentiering, så tilbuddene i højere grad tilpasses den enkelte families behov og forudsætninger.

Region Nordjylland bemærker, at alle tre fødesteder har tilbud om forældre- og fødselsforberedelse på små hold i samarbejde med de nordjyske kommuner. Undervisning varetages af jordemoder fra fødested og sundhedsplejerske fra kvindens hjemkommune. Rundvisning på fødegang indgår. I Aalborg er der desuden tilbud om fødselsforberedelse på små hold for alle gravide, der modtager sårbarheds tilbud.

Region Syddanmark bemærker, at regionen siden 2025 har arbejdet målrettet med at styrke forældre- og fødselsforberedelse på små hold med fokus på øget kapacitet, højere kvalitet og bedre tilpasning til de enkelte familiers behov, samtidig med at de fysiske tilbud er suppleret med digitale løsninger.

På Odense Universitetshospital er kapaciteten blevet markant udvidet gennem tilførsel af både personale- og undervisningsressourcer. Dette har gjort det muligt at gennemføre et stort antal holdforløb årligt målrettet førstegangsfødende og deres partnere. Undervisningen er struktureret i flere moduler, der tilsammen dækker graviditet, fødsel, barsel og forældreskab, og holdene gennemføres med omkring otte deltagere, hvilket skaber gode rammer for dialog og individuel inddragelse. Samtidig er der investeret i løbende kompetenceudvikling af underviserne og i udvikling af fælles undervisningsmaterialer for at sikre ensartet kvalitet på tværs af matrikler.

På Sygehus Lillebælt er indsatsen udviklet med afsæt i brugerinddragelse, hvilket har ført til en mere differentieret tilgang til forældre- og fødselsforberedelse. Her tilbydes både små fysiske hold og større webinarbaserede forløb, så undervisningen kan tilpasses forskellige behov og præferencer. Indholdet er helhedsorienteret og dækker både den fysiske og mentale forberedelse til graviditet, fødsel og tiden efter, herunder emner som krop, samliv, amning, mobilisering og trivsel. Der er samtidig øget aktivitet i både de fysiske og digitale tilbud, og undervisningen udbydes også på engelsk. Tilbuddene udvikles løbende på baggrund af erfaringer og planlægges fremadrettet udviklet yderligere gennem brugerinddragelse og nye materialer.

På Esbjerg og Grindsted Sygehus tilbydes alle førstegangsfødende fødselsforberedelse i mindre hold med op til otte par. Undervisningen foregår lokalt i tilknytning til jordemoderkonsultationerne og gennemføres over flere mødegange med den samme jordemoder, hvilket understøtter kontinuitet og relation i forløbet.

På Sygehus Sønderjylland er holdstørrelsen tilsvarende reduceret til omkring otte deltagere, og tilbuddene er organiseret fleksibelt, så de kan tilpasses efterspørgslen. Der tilbydes både fremmøde og virtuelle forløb, og nogle af tilbuddene gennemføres i samarbejde med kommunal sundhedspleje, mens andre varetages af jordemødre på fødestedet. Derudover er der udviklet

differentierede tilbud målrettet særlige grupper, herunder sårbare familier, tvillingegravide og engelsktalende. Samlet set har indsatsen gjort det muligt at tilbyde fødsels- og forældreforberedelse på små hold til både første- og flergangsfødende, herunder med fysisk fremmøde for dem, der ønsker det.

På tværs af regionen ses dermed en tydelig bevægelse mod mindre hold med fokus på dialog og inddragelse, en styrkelse af kapaciteten, samt en øget differentiering og fleksibilitet i tilbuddene. Kombinationen af fysiske og digitale løsninger bidrager samtidig til, at flere gravide og deres partnere får adgang til et tilbud, der er tilpasset deres behov.

Region Hovedstaden bemærker, at Herlev Gentofte Hospital, Nordsjællands Hospital, Rigshospitalet, Amager og Hvidovre Hospital samt Bornholm Hospital er gået sammen i et fælles regionalt samarbejde om at implementere styrkede tilbud om fødsels- og forældreforberedelse på små hold.

Der er ansat en koordinerende jordemoder til den fælles regionale indsats i en 1-årig stilling udgående fra Herlev og Gentofte Hospital. Den koordinerende jordemoder skal være med til udvikle et generisk tilbud samt understøtte implementeringen på afdelingerne i regionen.

Efter sommeren 2026 gennemføres en pilotafprøvning med gruppebaseret fødselsforberedelse på små hold med op til otte deltagere. Modellen omfatter faste forløb, hvor deltagerne mødes flere gange, og indholdet er opdateret på baggrund af brugererfaringer og nyeste viden. Samtidig arbejdes der i den videre implementering med at målrette indsatsen mod de grupper, hvor behov og forventet effekt vurderes at være størst.

Implementeringen har forudsat en grundig afdækning af kapacitet, økonomi, bemanning og fysiske rammer. Særligt kapacitets- og lokalebehovet har derfor været en væsentlig forudsætning, som har skullet afklares, før implementering har været mulig. Tidsplanen afspejler derfor den nødvendige udviklings- og implementeringsproces for at sikre, at de afsatte midler omsættes til en varig, ensartet og realistisk løsning inden for de givne økonomiske og driftsmæssige rammer.

Rekruttering og fastholdelse

Regionerne har anvendt midlerne fra fødselsaftalen til en række målrettede initiativer, der skal styrke rekruttering og fastholdelse på fødeafdelingerne gennem bedre arbejdsvilkår, øget faglig udvikling og en styrket indsats for trivsel i et fagområde med høje følelsesmæssige krav samt opnormering. Nedenfor fremgår regionernes initiativer, der er implementeret med henblik på rekruttering og fastholdelse.

Region Sjælland bemærker, at regionen har anvendt midlerne til en række forskellige initiativer, der samlet skal styrke fastholdelse, rekruttering og trivsel på fødeafdelingerne, om end indsætterne varierer på tværs af afdelinger afhængigt af lokale behov og muligheder.

En central del af indsatsen har været at forbedre arbejdsvilkårene og skabe større fleksibilitet for medarbejderne. Det gælder blandt andet bedre muligheder for afholdelse af sammenhængende ferie, mulighed for normreduktion og en øget grad af indflydelse på egen vagtplan gennem ansættelse af fuldtidsvagtplanlægger. Samtidig er der arbejdet systematisk med onboarding og introduktionsforløb for nyansatte samt med at skabe gode rammer for faglig udvikling gennem fokus på kompetenceudvikling, forsknings- og udviklingsaktiviteter.

Ledelsesmæssigt er kapaciteten blevet styrket for at sikre mere nærværende ledelse og bedre understøttelse af både faglig udvikling og et bæredygtigt arbejdsmiljø. Disse tiltag skal samlet bidrage til øget trivsel og tilknytning til arbejdspladsen.

Derudover er midlerne anvendt til konkrete ansættelser, der skal styrke både drift og udvikling. Det omfatter blandt andet ansættelse af fuldtidsvagtplanlægger, flere jordemødre i den daglige drift, kliniske jordemoderspecialister samt en styrkelse af beredskabet på fødeafsnittene med ekstra jordemoderbemanding flere dage om ugen.

Endelig er der igangsat særlige tiltag rettet mod jordemoderstuderende med henblik på at styrke deres tilknytning til afdelingerne allerede under uddannelsen. Formålet er at understøtte rekrutteringen på længere sigt ved at skabe en tættere relation til kommende medarbejdere.

Samlet set afspejler indsatsen en kombination af forbedrede arbejdsvilkår, styrket fagligt miljø og strategiske rekrutteringstiltag, som skal gøre fødeafdelingerne mere attraktive arbejdspladser.

Region Midtjylland bemærker, at på Hospitalsenhed Midt (Viborg) er der arbejdet systematisk med både rekruttering, trivsel og kompetenceudvikling. Nye medarbejdere indgår i samlede introduktionsforløb med preboarding, onboarding og mentorordninger samt fælles workshops, der styrker deres faglige tryghed i opstarten. Trivslen understøttes gennem mindre faglige fællesskaber, supervision og refleksionsrum, mens fleksible ansættelsesformer og kombinationsstillinger på tværs af funktioner bidrager til variation i arbejdet og et mere bæredygtigt arbejdsliv. Løbende kompetenceudvikling prioriteres samtidig højt.

På Regionshospitalet Gødstrup er der arbejdet med både organisering og kompetenceudvikling. Der er blandt andet indført jordemoderdækning i aften timerne i Akutklinik for Gravide for at sikre bedre opgavefordeling og

arbejdspres. Derudover er understøttende funktioner styrket, eksempelvis gennem ekstra ressourcer til social- og sundhedsassistenter. Kompetenceudviklingen er systematiseret via en fælles model (SKIK), og der er etableret tilbud om supervision, coaching og traumeterapi for at håndtere belastende hændelser og styrke trivsel – særligt for nyuddannede medarbejdere.

På Regionshospitalet Horsens er der fokus på at styrke det faglige niveau og skabe bedre rammer for arbejdet. Det omfatter målrettet kompetenceudvikling, herunder specialiseret uddannelse inden for amning, fast teamtræning med scenarier samt opkvalificering i specifikke kliniske kompetencer. Derudover er bemanningen styrket i weekender, og der arbejdes med implementering af en kompetencemodel, som skal skabe større klarhed og udviklingsmuligheder i arbejdet.

På Regionshospitalet Randers er der indført mulighed for normreduktion, hvor jordemødre kan vælge færre fremmødetimer med bevaret pensionsniveau. Initiativet skal bidrage til bedre balance mellem arbejdsliv og privatliv og dermed øge fastholdelsen.

På Aarhus Universitetshospital er der arbejdet med at konsolidere en organisering, der understøtter både rekruttering og fastholdelse. Dette omfatter forbedret beredskab, længere konsultationstid, strukturerede introduktionsforløb og en fast teamstruktur, som danner rammen om både drift, kompetenceudvikling og kollegialt fællesskab. Afdelingen oplever en stabil personalesituation uden rekrutteringsudfordringer, men arbejder fortsat med at finde holdbare løsninger på de høje følelsesmæssige krav i arbejdet.

På tværs af regionen ses dermed en samlet bevægelse mod styrket introduktion og onboarding, bedre muligheder for faglig udvikling, øget fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen og en styrket indsats for trivsel og arbejdsmiljø. Målet er både at tiltrække nye medarbejdere og fastholde erfarne medarbejdere i et specialiseret område med høje faglige og følelsesmæssige krav.

Region Nordjylland bemærker, at alle tre fødesteder arbejder med rekruttering og fastholdelse. Eksempler på initiativer indebærer personalemøder med faglig opdatering og information, kompetenceudvikling med eksterne undervisere, temadage med relevant fagligt indhold – flere tværfaglige og tværsektorielle, 4 årlige gruppemøder for jordemødre med faglig/social sparring mhp. styrkelse af arbejdsmiljø, mentorordning for nyansatte, gruppesupervision af kvalificeret ekstern supervisor samt delestillinger mellem fødegang og andre dele af det obstetriske speciale mhp. at fastholde jordemødre på fødegangen.

Region Syddanmark bemærker, at på Odense Universitetshospital er indsatsen rettet mod at skabe mere robuste arbejdsgange og et stærkere fagligt miljø. Midlerne er blandt andet anvendt til at styrke beredskabet på fødeområdet, herunder etablering af en fast sectionvagtfunktion, samt til at øge tidsnormeringen ved ultralydsscanninger for at reducere arbejdspressen og skabe mere ensartede arbejdsforhold. Derudover er der etableret supervision på tværs af medarbejdergrupper med fokus på håndtering af komplekse og følelsesmæssigt belastende forløb, og der er oprettet en årlig uddannelsespulje, som understøtter kompetenceudvikling og specialisering. Samlet set bidrager initiativerne til at styrke både trivsel og faglig kvalitet.

På Sygehus Lillebælt er der særligt fokus på håndtering af de høje følelsesmæssige krav i arbejdet. Her er supervisionstilbuddet udvidet, så det nu omfatter flere personalegrupper, herunder barselspersonale og på sigt læger, hvilket opleves at have en positiv effekt på trivsel og forebyggelse af belastningsreaktioner. Samtidig er der ansat en udviklingsjordemoder, som arbejder med at styrke kvaliteten i graviditetsområdet og understøtte det kliniske arbejde, hvilket både bidrager til bedre patientforløb og øget medarbejdertilfredshed. Derudover er der investeret i at styrke den tværfaglige ammeindsats på tværs af afdelinger og sektorer, herunder gennem opkvalificering af personalet og tættere samarbejde med kommunal sundhedspleje.

På Esbjerg og Grindsted Sygehus er indsatsen centreret om både kompetenceudvikling og trivsel. Medarbejdere har gennemført specialiseret uddannelse inden for amning, og der arbejdes fortsat med supervision i faste grupper for både jordemødre og sygeplejersker. Samtidig planlægges fælles kompetenceudviklingsforløb, herunder kurser med fokus på compassion og kliniske færdigheder, som skal styrke både faglighed og arbejdsmiljø.

På Sygehus Sønderjylland har midlerne gjort det muligt at fastholde et stabilt beredskab på fødegangen trods faldende fødselstal og samtidig videreføre eksisterende initiativer målrettet trivsel og fastholdelse. Det omfatter blandt andet supervision i grupper og adgang til individuelle samtaler med psykolog efter behov. Derudover er der sat fokus på yderligere kompetenceudvikling gennem uddannelse inden for amning.

På tværs af regionen ses dermed en samlet indsats, hvor der arbejdes med både organisatoriske forbedringer, styrket kompetenceudvikling og en systematisk indsats for trivsel. Initiativerne har til formål at skabe et mere bæredygtigt arbejdsmiljø og et attraktivt fagligt fællesskab, som kan understøtte både rekruttering af nye medarbejdere og fastholdelse af den eksisterende arbejdsstyrke på fødeområdet.

Region Hovedstaden bemærker, at dele af midlerne er brugt til ansættelse af flere jordemødre. Regionen har arbejdet på flere fronter med rekruttering og

fastholdelse. Der er udarbejdet en fælles lønmodel for jordemødre på tværs af regionens fødeafdelinger. Modellen indebærer fælles kompetencetrin og kvalifikations- og funktionstillæg. Lønmodellen har bl.a. et fokus på klinisknære opgaver for at understøtte, at endnu flere jordemødre ønsker at blive tæt på de patientnære opgaver.

Derudover er der udarbejdet et fælles graduate-program på tværs af fødeafdelingerne. Graduate-programmet løber over de to første år af de nyuddannede jordemødres ansættelse. Programmet får rigtig positiv feedback fra deltagerne, og regionen er lykkedes med at tilknytte flere jordemødre end tidligere.

Endeligt har regionen udviklet et fælles regionalt karrierekoncept for jordemødre. Konceptet giver en fælles ramme for karriere- og kompetenceudvikling, som tydeliggør den bredde, der er i jordemoderfaget. Konceptet folder klinisk praksis endnu mere ud, så det bliver tydeligt at arbejdet handler om mere end at stå på en fødestue. Konceptet læner sig op ad arbejdet i Danske Regioner på sygeplejerskeområdet.

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om styrkelse af fødselsområdet (2025).pdf
Dokument Titel:	Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om styrkelse af fødselsområdet (2025)
Dokument ID:	1875146

Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Danske Regioner om styrkelse af fødselsområdet (2025)

7. juni 2025

Danmark er et af de sikreste lande i verden at føde i, og fødselsområdet varetages med stor faglighed og kvalitet.

Med fødselsaftalen 'En god start på livet' fra maj 2022 fik førstegangsfødende bl.a. ret til to døgn barselsophold eller hjemmebesøg efter fødslen. Der blev også afsat midler til mere sundhedspersonale og bedre arbejdsvilkår på fødeafdelingerne. Initiativerne er overordnet velimplementerede, mens initiativet om hjemmebesøg fortsat er ved at blive implementeret fuldt ud nogle steder.

Fødselsaftalen har bidraget til, at de fødende og deres familier oplever den tryghed og støtte, som de har brug for i deres forløb, ligesom aftalen har bidraget til, at sundhedspersonalet har fået bedre arbejdsvilkår, så de kan give den nødvendige tryghed og støtte. Den udvikling skal fastholdes.

Derfor indgik regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Socialistisk Folkeparti, Radikale Venstre, Enhedslisten og Alternativet 'Aftale om styrkelse af fødselsområdet' d. 17. december 2024. Med aftalen løftes regionernes økonomi med i alt 68,2 mio. kr. (2025-pl) fra 2025 og frem til en yderligere styrkelse af fødselsområdet. Midlerne udmøntes i overensstemmelse med aftalen fra d. 17. december 2024 til regionerne via bloktilskuddet.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at implementeringen 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.

Ret til hjemmebesøg for flergangsfødende

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at flergangsfødende, der udskrives inden for 24 timer efter fødslen, skal tilbydes hjemmebesøg efter konsultation med sundhedspersonalet. Tilbuddet skal træde i kraft senest medio 2025.

Med retten til hjemmebesøg for flergangsfødende vil familien blive tilbudt hjemmebesøg af kvalificeret sundhedspersonale, typisk af en jordemoder. Under hjemmebesøget skal der bl.a. være fokus på at imødekomme forældrenes behov for råd og vejledning, særligt om amning.

Hjemmebesøget vil som udgangspunkt foregå dagen efter udskrivning. Hvis den fødende ønsker at benytte rettigheden i en af de første dage efter fødslen, er det også en mulighed. Hjemmebesøget, herunder tidspunktet herfor, aftales i dialog mellem den fødende og personalet med udgangspunkt i den fødendes ønsker og behov.

Begge parter anerkender, at de regionale og lokale rammer kan have indflydelse på indfasningen af tilbuddet lokalt. Parterne er derfor også enige om, at der skal være mulighed for, at hjemmebesøget kan foregå virtuelt i de tilfælde, hvor forældrene foretrækker et virtuelt tilbud, og i afgrænsede spidsbelastningsperioder, hvor det måtte være nødvendigt at prioritere de fysiske hjemmebesøg til sårbare fødende.

Parterne noterer sig, at retten til hjemmebesøg for førstegangsfødende ikke er implementeret fuldt ud i alle regioner. Regionerne vil derfor arbejde for, at retten til hjemmebesøg for førstegangsfødende implementeres hurtigst muligt.

Styrkelse af kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb

Udmøntningsaftalens parter er enige om især at tilgodese sårbare gravide og fødende ved at styrke kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb. Styrkelsen skal træde i kraft senest i medio 2025.

Styrkelsen af kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb kan fx tage afsæt i Kendt Jordemoderordning – en ordning, hvor tre faste jordemødre varetager omsorgen for ca. 130-180 gravide eller par om året. Styrkelsen kan også tage afsæt i andre regionale initiativer og ordninger, der styrker kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb, fx organisering i jordemoderfaglige teams, styrket kommunikation og tilgængelighed eller tilsvarende.

Styrkelse af forældre- og fødselsforberedelse på små hold

Regeringen og Danske Regioner er enige om at styrke forældre- og fødselsforberedelsen gennem udbredelse af fysisk, gruppebaseret forældre- og fødselsforberedelse på små hold. Det skal indgå i en bredere vifte af tilbud, så gravide kan få en fødselsforberedelse, der passer til deres ønsker og behov. Tilbuddet skal så vidt muligt træde i kraft senest i medio 2025, men med mulighed for en gradvis implementering, hvor sårbare fødende og deres partnere prioriteres først.

De afsatte midler skal bruges på at udbrede forældre- og fødselsforberedelse for førstegangsfødende og deres partnere med plads til ca. otte fødende pr. hold, fx med afsæt i Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for svangreomsorgen' fra 2022. I tråd med styrelsens anbefalinger kan tilbuddet også tilrettelægges som et tværfagligt tilbud med inddragelse af andre faggrupper end jordemødre, fx sundhedsplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere eller andre relevante faggrupper.

Regeringen og Danske Regioner er enige om, at der skal være mulighed for, at forældre- og fødselsforberedelsen kan foregå virtuelt i de tilfælde, hvor de fødende og deres partnere foretrækker et virtuelt tilbud.

Rekrutterings- og fastholdelsespakke til fødeafdelingerne

Parterne er enige om, at hovedparten af midlerne til en rekrutterings- og fastholdelsespakke til fødeafdelingerne skal bruges på lokale initiativer, der understøtter tilstrækkeligt sundhedspersonale og forbedrer arbejdsvilkårene og trivslen på fødeafdelingerne. En andel af midlerne kan desuden målrettes initiativer, der styrker sundhedspersonalets indsats med ammerådgivning.

Evaluering og opfølgning

Der skal foretages en evaluering af de initiativer, der fremgår af 'Aftale om styrkelse af fødselsområdet' fra 2024, inden udgangen af 2028. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ansvar for at gennemføre evalueringen og orientere aftalepartierne om resultaterne. Danske Regioner inddrages i arbejdet med den eksterne evaluering. Ministeriet har tilsvarende ansvar for at give partierne en skriftlig status på implementeringen af ammeinitiativerne fra 2022-fødselsaftalen. Den skriftlige status gives senest i 2025.

Evalueringen i 2028 vil bl.a. inddrage Danske Regioners løbende opfølgninger på fødselsaftalen.

Danske Regioner vil årligt fremsende en opfølgning til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som vil bestå af kvalitativt og kvantitativt data og have fokus på alle iværksatte initiativer.

Der kan fx medtages data om antallet af hjemmebesøg efter fødslen for flergangsfødende og eksempler på, hvad rekrutterings- og fastholdelsespakken til fødselsafdelingerne er blevet brugt på i hver region. Der kan fx også medtages data om udviklingen i udbredelsen af og oplevelserne med initiativerne om kendthed og kontinuitet i graviditets- og fødselsforløb og forældre- og fødselsforberedelse på små hold. Data om fødendes tilfredshed og kvalitet i fødselstilbuddene kan følges i LUP.

Første opfølgning foretages i sommeren 2026 og herefter årligt med en foreløbig endelig opfølgning i 2028.