Dagsorden

Danske Regioner

Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

05-11-2026
MOD-2026-00129
Ulla Riel

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse den 12. november 2026

Deltagere:	Mads Duedahl, Lars Gaardhøj, Nana Harring, Mette With Hagensen, Arne Boelt, Bo Libergren, Anders G. Christensen, Christoffer Buster Reinhardt, Bo Jensen, Peter Westermann, Jacob Klærke, Susanne Eilersen, Tormod Olsen, Hanne Roed, Helle Jensen, Kim Edberg
Afbud:	Anders Kühnau
Mødested:	Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Godkendelse af dagsorden 3

2 (Offentlig) Temadrøftelse om folkesundhed 5

3 (Fortrolig) 10

4 (Fortrolig) 11

5 (Offentlig) Besøg fra SundK: Præsentation af SundK's årsberetning for 2025 12

6 (Fortrolig) 16

7 (Fortrolig) 17

8 (Offentlig) Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne 18

9 (Offentlig) Rammerne for Regionernes Politiske Topmøde og indkomne forslag 23

10 (Offentlig) 2. behandling af Danske Regioners budget 2027 26

11 (Offentlig) Generisk model for visitationsretningslinjer 33

12 (Offentlig) Godkendelse af tillæg til kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut 37

13 (Offentlig) Generelle orienteringer 39

14 (Offentlig) Formandens meddelelser 42

15 (Fortrolig) 43

16 (Offentlig) Næste møde 44

17 (Offentlig) Eventuelt 45

1 (Offentlig) Godkendelse af dagsorden

Nanna Kathrine Pedersen

EMN-2025-00986

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender dagsordenen, herunder at punkterne 10-13 behandles som B-punkter.

Sagsfremstilling

B-punkter godkendes uden særskilt drøftelse, medmindre et bestyrelsesmedlem ønsker sagen behandlet som A-punkt.

På dette bestyrelsesmøde indstilles følgende punkter som B-punkter:

- Punkt 10: 2. behandling af budget 2027
- Punkt 11: Generisk model for visitationsretningslinjer
- Punkt 12: Godkendelse af tillæg til kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
- Punkt 13: Generelle orienteringer

Alle sager, der behandles som B-punkter, godkendes umiddelbart ved mødets start uden yderligere drøftelse.

Et bestyrelsesmedlem kan forud for eller under mødet anmode om, at et B-punkt behandles som A-punkt, hvis der ønskes politisk drøftelse.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

2 (Offentlig) Temadrøftelse om folkesundhed

Luna Lundberg Nielsen
EMN-2017-01083

Resumé

Sagen lægger op til, at bestyrelsen drøfter Danske Regioners tilgang og mulighedsrum i arbejdet for bedre folkesundhed, herunder hvilke folkesundhedsudfordringer bestyrelsen i første omgang bør beskæftige sig med. I sagen skitseres børns og unges sundhed samt overvægt som eksempler. Punktet indledes med et oplæg af Bente Klarlund Pedersen, professor i integrativ medicin og leder af TrygFondens Center for Aktiv Sundhed.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter, hvilke fokusområder Danske Regioner bør have i arbejdet for bedre folkesundhed.

Sagsfremstilling

I udkastet til Danske Regioners strategi, som også skal behandles på bestyrelsesmødet den 12. november, indgår folkesundhed som en hovednøgle til at lirke op for nogle af de helt store samfundsudfordringer, vi står overfor. Nødvendigheden af at forebygge sygdom er åbenlys i sundhedsvæsenet, hvor vi er udfordrede af et voksende behandlingsbehov. Men hvis vi lykkes med at styrke folkesundheden, betyder det også, at flere måske kan tage en uddannelse, passe et arbejde og bidrage til den vækst og velfærd, vi ønsker for Danmark.

Under denne temadrøftelse beder vi bestyrelsen om at sætte retning for, hvordan Danske Regioner skal gribe opgaven an. Herunder hvilke fokusområder eller folkesundhedsudfordringer, som Danske Regioner skal vælge at arbejde politisk med i forhold til folkesundhed i den kommende tid – også jf. bestyrelsens strategi.

Drøftelsen vil også sætte retning for arbejdet i Udvalget for Nære Sundhedstilbud, der arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme.

Drøftelsen kan fokusere på det mulighedsrum, regionerne har i forlængelse af sundhedsreformen til at iværksætte konkrete indsatser for at forbedre folkesundheden – både alene og i samarbejde med andre som fx kommuner, civilsamfund og øvrige aktører. Prioriteringen kan også være påvirket af anledninger og initiativer udefra, og hvor bestyrelsen vurderer, at Danske Regioner bør være en vigtig stemme i samfundsdebatten.

Regionernes mulighedsrum og rolle i samfundsdebatten
Sundhedsreformen og etableringen af sundhedsråd med populationsansvar samt et større regionalt ansvar for de nære sundhedstilbud og patientrettet forebyggelse giver regionerne en mulighed for at spille en mere aktiv og offensiv rolle i forhold til folkesundhed. Det gælder både i forhold til de konkrete sundhedsindsatser i samarbejde med kommuner og civilsamfund og i samfundsdebatten generelt.

Det er forventningen, at regeringen i foråret 2027 vil fremlægge en folkesundhedslov. Her forventes det, at der vil blive sat særligt fokus på kommunernes forebyggelsesopgave og data om sundhedstilstanden. Det vil give anledning til debat om udfordringer, ulighed og initiativer fx inden for strukturel forebyggelse, men også i forhold til sundhedsrådenes rolle og forebyggelsesopgaven i kommunerne. Med regeringens kommende forebyggelsesfond vil der også komme ekstra fokus på, hvordan sundhedsindsatser og forebyggelse kan påvirke arbejdsudbuddet i Danmark.

Nedenfor er foreslået to eksempler på fokusområder. Der lægges op til, at bestyrelsen vælger 1-2 temaer, der sætter retning for, hvor Danske Regioners arbejde med folkesundhed skal fokuseres det kommende år.

Tema 1: Børns og unges sundhed
Barndommen og ungdommen er de år, hvor fundamentet for resten af livet lægges. Det er her, sunde vaner, relationer og livsmuligheder formes, men også her, at mistrivsel, ulighed og sygdom kan sætte spor langt ind i voksenlivet. En investering i børns og unges sundhed er derfor både en investering i det enkelte barns liv og i fremtidens folkesundhed. En tidligere indsats kan mindske ulighed, forebygge sygdom og reducere behovet for senere behandling.

Regionerne har ikke ansvar for alle de forhold, der former børns og unges sundhed, men kan bidrage til at styrke forebyggelsen gennem samarbejde med kommuner, almenmedicinske tilbud, civilsamfund og andre relevante aktører. Regionerne kan samtidig bidrage med sundhedsdata, forskning og rådgivning om folkesundhed og forebyggelse. Det gælder også viden om, hvor konsekvenserne af utilstrækkelig forebyggelse viser sig, fx i den stigende efterspørgsel på børne- og ungdomspsykiatrien. De almenmedicinske tilbud og regionernes specialiserede viden kan desuden bidrage til tidligere opsporing og sammenhængende indsatser, mens sundhedsrådene kan understøtte samarbejdet på tværs af regioner og kommuner.

Det rejser bl.a. følgende spørgsmål i forhold til Danske Regioners arbejde:

- Hvordan kan der skabes bedre rammer for børns og unges sundhed fx motion og bevægelse, og hvordan sikres det, at indsatserne også når børn og unge, der har de dårligste forudsætninger for et aktivt liv?
- Hvor langt bør man gå med strukturel forebyggelse af afhængighedsskabende produkter blandt børn og unge, fx gennem forbud og regulering, og hvilken rolle skal oplysning og rådgivning spille?
- Hvordan kan fællesskaber, foreningsliv og andre sociale arenaer i højere grad tænkes ind som en del af sundhedsfremmende indsatser og forebyggelsen af mistrivsel, og hvilken rolle kan regionerne og sundhedsrådene spille i samarbejdet med kommuner og civilsamfund?

Tema 2: Overvægt og svær overvægt

Overvægt er en voksende folkesundhedsudfordring med betydelige konsekvenser for både den enkelte og sundhedsvæsenet. Svær overvægt øger risikoen for blandt andet type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og flere kræftformer. Overvægt kan være forbundet med nedsat trivsel og livskvalitet, depression og andre psykosociale udfordringer samt lavere beskæftigelsesgrad. Overvægt er samtidig socialt skævt fordelt og påvirkes af både individuelle og samfundsmæssige forhold.[1] [2] Behandlingsmulighederne er under udvikling bl.a. med vægttabsmedicin og livsstilsinterventioner.

Det rejser bl.a. følgende spørgsmål:

---

1 Overvægt, hvad er det? - Patienthåndbogen på sundhed.dk

2 Danskerne anser overvægt som et komplekst fænomen | Sundhedsstyrelsen, 2023

- Hvordan bidrager Danske Regioner til, at regionerne arbejder aktivt sammen med kommunerne i sundhedsrådene om indsatser, der mindsker overvægt?
- Kan vi arbejde mere målrettet i forhold til geografiske områder, boligområder eller sociale grupper for at få mest effekt af indsatsen?
- Skal Danske Regioner have en mere offensiv tilgang til brug af medicin mod overvægt hos børn eller fremme ikke-medicinsk behandling?
- Hvad skal vi foreslå for at påvirke risikofaktorer som fx lav fysisk aktivitet eller usunde fødevarer – og hvor går grænsen mellem det frie valg og forbud?
- Skal vi bidrage til debatten om ultraforarbejdede fødevarer?

Vedlagt er et uddybende baggrundsnotat om de største folkesundhedsudfordringer samt fakta om børns og unges sundhed og overvægt.

Videre proces

Temadrøftelsen skal sætte politisk retning for Danske Regioners arbejde og engagement i folkesundhed. Prioriteringen sætter også retning for Udvalg for Nære Sundhedstilbuds opgaver, da udvalget vil forberede forslag og tilgange, der efterfølgende drøftes i bestyrelsen.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Danske Regioner laver Linkedin-opslag om bestyrelsens drøftelse.

Bilag

1. bilag temadrøftelse folkesundhed (1895122 - EMN-2017-01083)

5 (Offentlig) Besøg fra SundK: Præsentation af SundK's årsberetning for 2025

Catherina Bozorgi
EMN-2024-00331

Resumé
Danske Regioner etablerede pr. 1. januar 2025 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Forperson Anne Jastrup Okkels og direktør Jens Winther Jensen fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut giver på mødet oplæg om status og fremtidsperspektiver for instituttet.

Indstilling
Det indstilles,
at bestyrelsen drøfter oplæg fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut og tager orientering om årsberetningen for 2025 samt status for instituttet til efterretning.

Sagsfremstilling
Danske Regioner oprettede pr. 1. januar 2025 Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) med det formål at understøtte og målrette kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet ved at sikre bedre synergi i indsatserne på kvalitetsområdet samt sikre en bedre prioritering og ressourceudnyttelse til gavn for patientbehandlingen.

SundK understøtter udviklingen i sundhedsvæsenet fx sundhedsreformen og store nationale handleplaner fx inden for psykiatri og kræft og arbejder tæt sammen med ledelser og faglige miljøer herunder de Lægevidenskabelige selskaber, de sygeplejefaglige selskaber, de Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper og de Danske Multidisciplinære Cancer Grupper.

SundK har følgende opgaver:

- Stå for drift og udvikling af kliniske kvalitetsdatabaser
- Understøtte de faglige miljøers arbejde med kliniske retningslinjer
- Udarbejde vurderinger til prioritering af behandlingsformer og sundhedsteknologi

- Drift og udvikling af Dansk Patientsikkerhedsdatabase til rapportering af utilsigtede hændelser
- Udarbejde en model for visitationsretningslinjer, der bidrager til at sikre en prioritering af ressourcekrævende behandlinger og behandling på rette sted og niveau.

SundK er desuden pr. 1. september 2026 blevet samorganiseret med Vælg Klogt.

SundK er nedsat med en bestyrelse, og Danske Regioners bestyrelse har udpeget bestyrelsens forperson, Anne Jastrup. Resten af bestyrelsen består af repræsentanter udpeget af regionerne, Danske Patienter, Lægeforeningen, de øvrige sundhedsfaglige organisationer samt Kommunernes Landsforening. Derudover er Sundheds- og Kirkeministeriet repræsenteret som observatør.

Derudover er SundK etableret med et råd, som løbende skal vurdere, om der er områder, hvor der er behov for et øget fokus på at minimere spild og frigøre arbejdskraft samt undersøge potentialer ved sundhedsteknologier, så der skabes mere sundhed for pengene.

I SundK er der samtidig et fagligt udvalg for de kliniske kvalitetsdatabaser, som rådgiver bestyrelsen om drift og udvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser.

Kvalitetsudvikling i hele sundhedsvæsenet

SundK's arbejde er kvalitet i sundhedsvæsenet. Kvalitetsbegrebet er inspireret af WHO's definition, hvor kvalitet karakteriseres som sundhedsvæsenets evne til at levere ydelser, der er virksomme, patientsikre, patientcentrerede, rettidige, omkostningseffektive, integrerede, og som understøtter lighed. Udviklingen er målrettet praksissektoren, det kommunale og regionale sundhedsvæsen, inkl. udliciterede sundhedsydelser. Ambitionen er at understøtte høj og ensartet kvalitet med afsæt i princippet om et evidensbaseret og lærende sundhedsvæsen.

Opgaveløsningen hviler på et kontinuerligt og gensidigt forpligtende samarbejde med en lang række af aktører fra sundhedsvæsenet, herunder

både sundhedsprofessionelle, ledere og patienter. Over 1.500 klinikere er i dag involveret i opgaver i regi af instituttet.

Årsberetning 2025

SundK publicerede i foråret 2026 sin årsberetning for 2025, som samlede et udvalg af årets vigtigste resultater, indsatser og udviklingsspor. Beretningen giver et samlet overblik over instituttets arbejde med kvalitet, prioritering og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. I løbet af året har SundK blandt andet videreført driften og udviklingen af 85 kliniske kvalitetsdatabaser, understøttet 116 kliniske retningslinjer og afgivet otte nationale anbefalinger om behandlinger og sundhedsteknologier.

Status for SundK's opgavevaretagelse

SundK har i løbet af 2025 og 2026 haft fokus på at sikre en fortsat stabil drift af velkendte opgaver samt god overtagelse og opstart af nye opgaver:

- Grundlag for prioritering og mere ensartet diagnostik og behandling. Instituttet har samarbejde om systematisk udvikling af kliniske retningslinjer for 25 specialebærende lægefaglige selskaber samt kliniske retningslinjer fra både de Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og de Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG). Ved anbefalinger i kliniske retningslinjer, som kan udløse et øget eller ændret ressourcetræk i sundhedsvæsenet, gennemfører instituttet en sundhedsøkonomisk analyse som grundlag for prioritering.
- En mere simpel og lettilgængelig adgang for klinikere til de samlede retningslinjer. Der er udviklet en platform til visning af landsdækkende kliniske retningslinjer (). Platformen er lanceret ultimo oktober 2026.
- Relevante vurderinger og analyser, som skal bidrage til, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes der, hvor de skaber mest værdi for patienterne.
- Udvikling af ny model for udarbejdelse af visitationsretningslinjer. Instituttet har i 2026 desuden udarbejdet den første visitationsretningslinje omhandlende plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab.
- Driften af 85 kliniske kvalitetsdatabaser bidrager med viden og grundlag for datastøttet kvalitetsudvikling på tværs af landet. Foruden

kvalitetsudvikling anvendes data fra de kliniske kvalitetsdatabaser til forskning og udvikling.
- SundK udarbejder sine produkter i et tæt samarbejde og dialog med de faglige miljøer og sundhedsvæsenets ledelser. Dette sikrer, at instituttet i sit arbejde altid befinder sig i tæt dialog med den kliniske virkelighed.

Forperson Anne Jastrup Okkels og direktør Jens Winther Jensen fra SundK vil på bestyrelsesmødet orientere om årsberetningen for 2025 og samtidig orientere om arbejdet i instituttet i 2026.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Årsberetning for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut 2025 (1858973 - EMN-2024-00331)

8 (Offentlig) Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne

Jens Bjerg Johansen
EMN-2024-00932

Resumé
På Regionernes Politiske Topmøde i 2024 blev det besluttet at igangsætte et arbejde med henblik på at afklare Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne.

Spørgsmålet har efterfølgende været behandlet i Sundhedsudvalget.

Indstilling
Det indstilles,
at bestyrelsen drøfter spørgsmålet om en mulig differentiering af patientrettighederne, og
at bestyrelsen godkender, at Danske Regioners position skal være, at man ikke skal forsøge at fremme en differentiering af patientrettighederne.

Sagsfremstilling
På Regionernes Politiske Topmøde i april 2024 blev det vedtaget, at Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne skulle afklares:

Danske Regioner vil inddrage fagfolk og øvrige relevante aktører i at belyse begrundelser for en mulig differentiering af patientrettigheder. Formålet vil være at afklare Danske Regioners position for eventuelt at tage spørgsmålet op med regeringen.

På baggrund af vedtagelsen har spørgsmålet været behandlet i Sundhedsudvalget, herunder gennem inddragelse af centrale aktører på området. Drøftelserne har taget udgangspunkt i de mest centrale patientrettigheder i form af retten til hurtig udredning, det udvidede frie sygehusvalg og de maksimale ventetider ved kræft og visse hjertesygdomme.

Om patientrettighederne

Når man som patient henvises til sygehus, bliver man omfattet af en række forskellige rettigheder indeholdende frister for udredning og behandling. Herunder har man ret til at vælge udredning eller behandling på et af de privathospitaler, som Danske Regioner har aftale med, hvis regionen ikke selv kan tilbyde dette inden for 30 dage, via det udvidede frie sygehusvalg, som blev indført i 2002. Fra 2013 blev der desuden indført ret til hurtig udredning, der indebærer, at man har ret til at blive udredt inden for 30 dage.

Patienter med kræftsygdomme og visse hjertesygdomme har, ud over de generelle patientrettigheder, yderligere rettigheder i form af maksimale ventetider til udredning og behandling.

Indholdet af de nævnte patientrettigheder er nærmere beskrevet i vedlagte faktaark (bilag).

Politisk diskussion om differentiering af patientrettighederne

Patientrettighederne har gennem tiden løbende været genstand for diskussion.

På den ene side kan et rettighedsbaseret sundhedsvæsen siges at understøtte lighed i sundhed. På den anden side kan de indbyggede frister i rettighederne gøre det vanskeligt for personalet at foretage en sundhedsfaglig prioritering, så patienter med det største behov kommer til først.

Blandt de fleste aktører, herunder også Lægeforeningen, lader der til at være konsensus om, at det er fornuftigt, at retten til hurtig udredning er ens for alle patienter, så det hurtigt kan klarlægges, hvad patienten fejler.

Til gengæld peges der fra nogle sider på, at retten til at blive behandlet på et privat sygehus, hvis det offentlige sundhedsvæsen ikke kan tilbyde behandlingen inden for 30 dage (udvidet frit sygehusvalg), bør afhænge af sygdommens alvorlighed og indvirkning på dagligdagen. Det kunne fx være, at fristen for patienter med mindre alvorlige og mindre generende lidelser kan udvides til 60 eller 90 dage, mens fristen for fx patienter med meget generende eller smertefulde tilstande tilsvarende gøres kortere.

Der kan dog være vanskeligheder forbundet med at differentiere fristerne afhængigt af sygdom, bl.a. fordi den samme diagnose i nogle tilfælde kan have meget forskellig indvirkning fra patient til patient. Samtidig kan differentierede frister blive mere bureaukratiske at administrere, ligesom det kan blive vanskeligere for den enkelte patient at forstå sine rettigheder.

I den offentlige debat har særligt Lægeforeningen og de lægevidenskabelige selskaber markeret sig som stærke fortalere for en større grad af differentiering af patientrettighederne, mens Danske Patienter og repræsentanter for de private sundhedsudbydere har talt imod en differentiering. Lægeforeningen og Danske Patienter holdt oplæg herom på en temadrøftelse for Sundhedsudvalget i februar 2025.

Vidensafdækning

I forbindelse med Sundhedsudvalgets drøftelser af spørgsmålet blev det klart, at der mangler håndfast viden om patientrettighedernes indvirkning på sundhedsvæsenet. Herudover var der også i udvalget et ønske om at se på andre landes erfaringer på området.

På den baggrund gennemførte Implement Consulting Group en undersøgelse for Danske Regioner, der havde til formål at belyse følgende:

- Hvilken indvirkning patientrettighederne har i forhold til kapacitetsudnyttelse og mulighed for faglig prioritering i sundhedsvæsenet, undersøgt med afsæt i to caseafdelinger
- Hvordan patientrettighederne er indrettet i Norge, Sverige og Finland sammenlignet med Danmark

Afrapporteringen fra Implement Consulting Group er vedlagt sagen som bilag.

Overordnet peger undersøgelsen på, at patientrettighederne samlet set fungerer som et solidt sikkerhedsnet for kræftpatienter og patienter, der skal udredes, men at de også medfører en række afledte konsekvenser såsom konstant planlagt overkapacitet, forskudte ventetider mellem forskellige patientgrupper, øget administrativt arbejde, omfattende dokumentationskrav, udfordringer for uddannelsesmiljøet samt et vedvarende økonomisk pres.

I vores nabolande findes nogle erfaringer med en differentiering af patientrettighederne. Det gælder særligt Norge, hvor der ikke findes faste tidsfrister for behandlingen. I stedet fastsættes behandlingsdatoen efter en lægefaglig vurdering på baggrund af centrale retningslinjer. Det ses dog, at vurderingen af patienter ikke sker ensartet, og at der opstår forskelle i, hvordan patienter prioriteres.

Forslag til politisk position for Danske Regioner i spørgsmålet

Arbejdet på baggrund af topmødebeslutningen fra 2024 har vist, at der kan være både fordele og ulemper ved en øget grad af differentiering af patientrettighederne.

Den nuværende indretning af patientrettighederne er dog overordnet med til at sikre patienternes lige adgang til sundhed, mens en differentiering vil kunne medføre øget bureaukrati og gøre det sværere for patienterne at forstå deres rettigheder.

På denne baggrund indstilles det, at Danske Regioners position bør være, at man ikke arbejder for en øget differentiering af patientrettighederne.

Danske Regioner vil til gengæld fortsat arbejde videre med differentiering i andre sammenhænge. Herunder i forhold til at sikre, at sundhedspersonalet bedst muligt kan bruge deres tid på de patienter, der har mest brug for det.

Et eksempel på det er den igangværende revision af kræftpakkerne i Sundhedsstyrelsen, som i større grad skal tage højde for den enkelte patients ønsker og behov i stedet for standardiserede forløb.

Et andet eksempel på differentiering er brugen af behovsstyrede ambulatorier, hvor personer med kroniske sygdomme selv booker tid til kontroller m.v. efter behov i stedet for at blive indkaldt med faste intervaller.

Danske Regioner vil ligeledes arbejde for, at administrationen af reglerne i forhold til patientrettighederne ikke medfører unødvendigt bureaukrati. Dette gælder bl.a. i forhold til reglerne om de maksimale ventetider for kræftpatienter, som i deres nuværende form medfører en betydelig administrationsbyrde for sundhedspersonalet.

Økonomi

Ingen bemærkninger.

Sekretariatets bemærkninger

Spørgsmålet om Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne har været behandlet i Sundhedsudvalget. Den foreslåede position bakkes op af Sundhedsudvalget. Nogle af Sundhedsudvalgets medlemmer har dog argumenteret for, at patientrettighederne bør differentieres bl.a. med henblik på bedre ressourceudnyttelse på hospitalerne.

Kommunikation

Der planlægges ikke ekstern kommunikation om punktet.

Bilag

1. Faktaark om centrale patientrettigheder (1892266 - EMN-2024-00932)
2. Undersøgelse af patientrettigheder i sammenlignelige lande og caseanalyse af udvalgte afdelinger (1892269 - EMN-2024-00932)

9 (Offentlig) Rammerne for Regionernes Politiske Topmøde og indkomne forslag

Louise Garby-Holm

EMN-2026-00539

Resumé

Regionernes Politiske Topmøde danner rammen om Danske Regioners årlige generalforsamling. Alle 134 regionsrådspolitikere er delegerede og har selvstændig adgang til at få et forslag optaget på generalforsamlingens dagsorden. I forbindelse med seminaret i maj efterspurgte bestyrelsen en principiel drøftelse af behandlingen af indkomne forslag.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen drøfter de fremtidige principper for fremsættelse og behandling af indkomne forslag på Danske Regioners generalforsamling.

Sagsfremstilling

Generalforsamlingen er Danske Regioners højeste myndighed og består af samtlige regionsrådsmedlemmer. Det enkelte regionsrådsmedlem har selvstændig adgang til at få et forslag optaget på generalforsamlingens dagsorden. Det følger af Danske Regioners vedtægter.

Vedtægterne fastlægger ikke nærmere, hvordan indkomne forslag skal behandles, eller hvilken rolle bestyrelsen skal have i behandlingen.

Til sammenligning skal forslag til KLs delegeretmøde efter KLs vedtægter fremsættes af kommunalbestyrelsen. KLs vedtægter giver således ikke det enkelte kommunalbestyrelsesmedlem en tilsvarende individuel adgang til at få et forslag optaget på dagsordenen. Forskellen i forslagsretten hænger sammen med organisationernes vedtægtsbestemte repræsentationsmodeller. Danske Regioners generalforsamling består af samtlige regionsrådsmedlemmer, som hver har adgang til at fremsætte forslag, mens KL's delegeretmøde består af kommunalt valgte delegerede, og forslagsretten tilkommer medlemskommunerne. En ændring af rammerne for at stille forslag i Danske Regioner vil således kræve en vedtægtsændring.

Debatten om de indkomne forslag på Danske Regioners Topmøde har hidtil fundet sted under debatten om formandens beretning. Herefter er forslagene blevet motiveret af forslagsstillerne og sat til afstemning enkeltvis uden yderligere debat.

Bestyrelsen har typisk på forhånd taget stilling til, om den anbefaler, at forslaget vedtages eller forkastes, og har i nogle tilfælde stillet ændringsforslag.

I forbindelse med seminaret i maj 2026 efterspurgte bestyrelsen en mere principiel drøftelse af behandlingen af indkomne forslag.

Drøftelsen kunne tage udgangspunkt i følgende:

- *Skal bestyrelsen fortsat stille ændringsforslag eller alene indstille til vedtagelse eller forkastelse?*

Der er et dilemma i den nuværende proces. Bestyrelsens anbefalinger kan bidrage til at afstemme synspunkter og finde kompromiser internt i bestyrelsen og i dialogen med forslagsstillerne. Dermed finder en væsentlig del af den politiske drøftelse sted inden generalforsamlingen. Det kan dog mindske rummet for en åben drøftelse på selve generalforsamlingen. Hertil kommer spørgsmålet om, hvor mange ressourcer bestyrelsen skal anvende på processen.

Og i forlængelse heraf:

- *Skal bestyrelsen selv stille forslag til behandling?*
- *Skal muligheden for mundtlig motivering af forslag fastholdes? Og skal den nuværende praksis, hvor indkomne forslag drøftes under debatten om formandens beretning, fastholdes?*
- *Bør rammerne for fremsættelse af indkomne forslag i vedtægterne ændres?*

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

10 (Offentlig) 2. behandling af Danske Regioners budget 2027

Kristian Terp

EMN-2026-00643

Resumé

Budgetforslag 2027 er udarbejdet i 2027 pris- og lønniveau.

I budgetforslaget er der lagt op til, at kontingentet pris- og lønreguleres med 2,4 pct. svarende til 0,70 kr. pr. indbygger og fastsættes til 30,10 kr. pr. indbygger for 2027.

Danske Regioners andel af de administrative besparelser udgør 2,1 pct. af interne administrative udgifter, dvs. 0,8 mio. kr. og foreslås udmøntet ved en reduktion på 0,8 mio. kr. i finansieringen over formuen. Driftsresultatet fastsættes dermed til 32,6 mio. kr.

Indstilling

Det indstilles,

at budgettet for 2027 fastsættes med et driftsunderskud på 32,6 mio. kr.

at kontingentet pris- og lønreguleres med 2,4 pct. og indstilles til godkendelse på generalforsamlingen til 30,10 kr. pr. indbygger for 2027.

Sagsfremstilling

Materialet til 2. behandling af forslaget til budget for 2027 for Danske Regioner er opdelt i følgende punkter:

- Finansiering af Danske Regioners aktiviteter
- Budgetforslag 2027, herunder
- Forventet regnskab 2026
- Budgetforudsætninger
- Budget 2027
- Kontingent 2027

Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

En fortsættelse af den nuværende finansieringsstruktur med en delvis finansiering via træk på formuen kan ske til og med 2034.

Udgangspunktet for dette er det forventede resultat for 2026, forslaget til budget 2027 samt en mekanisk fremskrivning af disse forudsætninger. Der er i bilag 1 om finansiering redegjort for de enkelte finansieringskilder. Det forhold, at kun den kontingentfinansierede del af driftsbudgettet pris- og lønreguleres, medfører en administrativ besparelse svarende til 0,8 mio. kr. i 2027.

Budgetforslag 2027

Forventet regnskab 2026

Det forventede regnskab for Danske Regioner, inklusiv Medicinrådet og Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR), viser en driftsresultatforbedring på 0,7 mio. kr. (tabel 1). Kapitalindtægterne forventes på baggrund af de første otte måneder at overstige budgettet med 4,3 mio. kr., mens kapitalomkostningerne er tæt på budgettet. Der har i årets første ni måneder været en samlet (realiseret og urealiseret) kapitalgevinst på 5,3 mio. kr. I tabel 1 er kapitalgevinsten tillagt kapitalindtægterne.

Årets resultat efter projektbevillinger forventes derfor at ende med et underskud på 27,4 mio. kr. svarende til en resultatforbedring på 5,0 mio. kr.

Resultatforbedringen på de 0,7 mio. kr. før kapitalposter skyldes lavere udgifter til fremmede tjenesteydelser blandt andet i form af uforbrugte puljemidler i sekretariatet. Omvendt har Medicinrådet større udgifter til fremmede tjenesteydelser. Udgifterne til øvrig drift er 0,5 mio. kr. lavere end budgetteret.

De højere kontingentindtægter skyldes et højere indbyggertal end forventet.

Tabel 1. Forventet regnskab for 2026

Forventet regnskab 2026	Budget 2026	Forventet regnskab	Forskel B-FvR
Kontingent	-176.400.000	-177.200.000	800.000
Øvrige kontingenter	-67.900.000	-67.900.000	0
Øvrige indtægter	-62.000.000	-62.000.000	0
Indtægter i alt:	**-306.300.000**	**-307.100.000**	**800.000**
Løn	210.100.000	210.300.000	-200.000
Løn rammebevillinger	4.100.000	4.100.000	0
Øvrige personaleudgifter	34.200.000	33.900.000	300.000
Personaleudgifter i alt:	**248.400.000**	**248.300.000**	**100.000**

Drift af huse	15.600.000	15.700.000	-100.000
Fremmede tjenesteydelser	23.500.000	23.700.000	-200.000
Mødeaktiviteter	10.300.000	10.400.000	-100.000
Øvrig drift	40.100.000	39.600.000	500.000
Tilskud	3.300.000	3.600.000	-300.000
Udgifter i alt:	**92.800.000**	**93.000.000**	**-200.000**
Driftsresultat:	**34.900.000**	**34.200.000**	**700.000**
Kapitalindtægter	-7.050.000	-11.400.000	4.350.000
Kapitaludgifter	550.000	600.000	-50.000
Kapitalposter i alt:	**-6.500.000**	**-10.800.000**	**4.300.000**
Resultat:	**28.400.000**	**23.400.000**	**5.000.000**
Projektbevillinger	4.000.000	4.000.000	0
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	**32.400.000**	**27.400.000**	**5.000.000**

Budgetforudsætninger

Budgetforslaget for 2027 er udarbejdet som et rammebudget i forventet 2027 pris- og lønniveau (budgettet er opregnet med en pris- og lønregulering på 2,4 pct.).

Budgetforslaget indbefatter bidrag og udgifter til Medicinrådet og Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR).

Budget 2027

Tabel 2 nedenfor viser det samlede budget for Danske Regioner for 2026 og forslag til Budget 2027 (alt i 2027 pris- og lønniveau).

Tabel 2. Budget 2026 og Budgetforslag 2027 i 2027 P/L inkl. Medicinrådet og VMR

Budgettal i 2027 P/L:	**Budget 2026**	**Budget 2027**
Kontingent	-180.700.000	-181.800.000
Øvrige kontingenter	-69.500.000	-69.500.000
Øvrige indtægter	-63.100.000	-72.700.000
Indtægter i alt:	**-313.300.000**	**-324.000.000**
Løn	217.500.000	221.900.000
Øvrige personaleudgifter	33.300.000	31.600.000
Personaleudgifter i alt:	**250.800.000**	**253.500.000**
Drift af Regionernes Hus m.m.	16.200.000	18.000.000
Fremmede tjenesteydelser	25.800.000	27.200.000

Mødeaktiviteter	10.900.000	10.400.000
Øvrig drift	43.400.000	43.300.000
Tilskud	3.400.000	4.200.000
Udgifter i alt:	**99.700.000**	**103.100.000**
Driftsresultat:	**37.200.000**	**32.600.000**
Kapitalindtægter	-7.500.000	-7.400.000
Kapitaludgifter	1.000.000	600.000
Kapitalposter i alt:	**-6.500.000**	**-6.800.000**
Resultat:	**30.700.000**	**25.800.000**
Projektbevillinger	4.000.000	4.000.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	**34.700.000**	**29.800.000**

Renteindtægterne budgetteres lidt lavere på grund af tidligere udtræk fra kapitalbeholdningen til dækningen af underskuddene. Renteudgifter i forbindelse med repofinansiering forventes lavere i 2027. En evt. stigning i diskontoen fremover vil medføre stigende udgifter til forrentning af OK-midler.

Tabel 3 viser budgetforslaget for Danske Regioners sekretariat, ekskl. Medicinrådet og Videnscenter for Miljø og Ressourcer.

Tabel 3. Danske Regioners sekretariats budget 2027

Budgettal i 2027 P/L:	**Budget 2026**	**Budget 2027**
Kontingent	-180.700.000	-181.800.000
Øvrige indtægter	-29.500.000	-28.700.000
Indtægter i alt:	**-210.200.000**	**-210.500.000**
Løn	144.500.000	144.700.000
Øvrige personaleudgifter	24.700.000	24.700.000
Personaleudgifter i alt:	**169.200.000**	**169.400.000**
Drift af Regionernes Hus	10.600.000	10.400.000
Fremmede tjenesteydelser	19.600.000	18.600.000
Mødeaktiviteter	8.400.000	7.800.000
Øvrig drift	34.300.000	32.700.000
Tilskud	3.400.000	4.200.000
Udgifter i alt:	**76.300.000**	**73.700.000**
Driftsresultat:	**35.300.000**	**32.600.000**
Kapitalindtægter	-7.500.000	-7.400.000
Kapitaludgifter	1.000.000	600.000
Kapitalposter i alt:	**-6.500.000**	**-6.800.000**

Resultat:	**28.800.000**	**25.800.000**
Projektbevillinger	4.000.000	4.000.000
Resultat inkl. ekstraordinære poster:	**32.800.000**	**29.800.000**

Danske Regioners andel af de administrative besparelser udgør 2,1 pct. af interne administrative udgifter, dvs. 0,8 mio. kr. og foreslås udmøntet ved en reduktion på 0,8 mio. kr. i finansieringen over formuen. Driftsresultatet fastsættes dermed til 32,6 mio. kr. Der er allerede pålagt sekretariatet en effektivisering på 0,8 mio. kr., eftersom den del af finansieringen, der stammer fra formuetræk, ikke p/l-reguleres.

I 2027 er der bevilget 3 mio. kr. til styrkelse af den tværgående juridiske rådgivning samt 1 mio. kr. til Grønne Hospitaler (klimaindsatsen) under projektbevillinger.

Kapitalindtægterne budgetteres stort set uændret fra 2026. Kapitaludgifterne budgetteres 0,4 mio. kr. lavere som konsekvens af en forventet lavere anvendelse af repofinansiering i 2027. En evt. stigning i renteniveauet kan dog resultere i fornyede udgifter til forrentning af OK-midler i 2027.

I tabel 4 nedenfor vises Medicinrådets budget for 2027.

Tabel 4. Medicinrådets budget for 2027

Budgettal i 2027 P/L:	**Budget 2026**	**Budget 2027**
Øvrige kontingenter	-59.500.000	-59.500.000
Øvrige indtægter HTA og IRF	-18.000.000	-18.000.000
Midler fra Forebyggelsespuljen	-4.000.000	-10.000.000
Øgede indbetalinger fra regionerne	-7.000.000	-7.000.000
Øvrige indtægter	-4.600.000	-9.000.000
Indtægter i alt:	**-93.100.000**	**-103.500.000**
Løn	68.100.000	72.200.000
Øvrige personaleudgifter	8.100.000	6.400.000
Personaleudgifter i alt:	**76.200.000**	**78.600.000**
Husleje m.m.	5.600.000	7.600.000
Fremmede tjenesteydelser	4.500.000	6.800.000
Mødeaktiviteter	1.300.000	1.400.000
Øvrig drift	7.400.000	9.100.000
Udgifter i alt:	**18.800.000**	**24.900.000**
Driftsresultat:	**1.900.000**	**0**

Medicinrådet får i 2027 i lighed med de to seneste år tilført midler til HTA-området (7,1 mio. kr.) og 10 mio. kr. fra regionerne bl.a. til den tidligere IRF-opgave med vejledning af almen praksis, i alt 18,0 mio. kr. efter PL regulering i 2027. Hertil 10 mio. kr. omdisponeret fra forebyggelsespuljen og 7 mio. kr. i midlertidigt øget bidrag fra regionerne.

Endelig kommer bidrag fra opgaver under Kræftplan V mv. på 9,0 mio. kr.

I tabel 5 vises budgettet for Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR).

Tabel 5. Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR) budget for 2027

Budgettal i 2027 P/L:	**Budget 2026**	**Budget 2027**
Øvrige kontingenter	-10.000.000	-10.000.000
Indtægter i alt:	**-10.000.000**	**-10.000.000**
Løn	4.900.000	5.000.000
Øvrige personaleudgifter	500.000	500.000
Personaleudgifter i alt:	**5.400.000**	**5.500.000**
Øvrige udgifter:	**4.600.000**	**4.500.000**
Driftsresultat:	**0**	**0**

Kontingent 2027

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen. Kontingentet foreslås pris- og løntalsreguleret på baggrund af den udmeldte sats for den generelle regionale pris- og løntalsregulering (eks. sygesikring). For 2027 vil det pris- og løntalsregulerede kontingent udgøre 30,10 kr. pr. indbygger svarende til en stigning på 0,70 kr. pr. indbygger i forhold til 2026.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Finansiering af Danske Regioners aktiviteter (1881007 - EMN-2026-00643)

11 (Offentlig) Generisk model for visitationsretningslinjer

Catherina Bozorgi
EMN-2024-00331

Resumé
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) har på baggrund af ØA26 fået til opgave at lave en generisk model for udarbejdelse af visitationsretningslinjer samt udarbejde 1-2 visitationsretningslinjer i 2026.

Sagen beskriver SundK's arbejde med visitationsretningslinjer, herunder det fremadrettede finansieringsbehov.

Indstilling
Det indstilles,
at bestyrelsen tager orientering om SundK's arbejde med visitationsretningslinjer til efterretning.

Sagsfremstilling
Med aftalen om regionernes økonomi for 2026 blev det fastlagt, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) i 2026 har fået til opgave at 1) lave en generisk model for, hvordan SundK udarbejder visitationsretningslinjer til sundhedsvæsenet, samt 2) udarbejde 1-2 konkrete visitationsretningslinjer.

Om visitationsretningslinjer
Visitationsretningslinjer er fagligt begrundede rammer for henvisning og visitation til eksisterende udrednings- eller behandlingstilbud. De beskriver landsdækkende kriterier for, hvilke patienter der kan henvises til en given udredning og behandling i offentligt regi, samt hvilke forhold der skal tages i betragtning, inden patienten eventuelt tilbydes udredning og behandling. Fokus i visitationsretningslinjer er derfor helt overordnet, *hvilke* patienter der kan tilbydes udredning og behandling, og *hvor* i sundhedsvæsenet patienterne skal udredes eller behandles.

Visitationsretningslinjer er samtidig et styringsværktøj, der kan fungere som bindeled mellem politiske mål, organisatoriske og økonomiske rammer samt høj og ensartet kvalitet i udredning og behandling af patienterne.

I Robusthedskommissionens anbefalinger skønnes det, at op mod en femtedel af sundhedsudgifter kan bruges mere hensigtsmæssigt på grund af fx behandling med lav effekt eller behandling på et for højt specialiseringsniveau. Robusthedskommissionen anbefaler i den sammenhæng visitationsretningslinjer som redskab til at mindske uhensigtsmæssig behandling gennem stærkere faglig prioritering.

Generisk model for visitationsretningslinjer i SundK
SundK har udviklet en generisk model for visitationsretningslinjer, som beskriver, hvordan SundK udarbejder visitationsretningslinjer til sundhedsvæsenet. Modellen skal sikre ensartethed på tværs af visitationsretningslinjer og rummer alle delelementer i arbejdet, herunder de overordnede rammer og mandat, indstilling og beslutning af emner, metodisk tilgang, proces for udarbejdelse og godkendelse samt den efterfølgende implementering og opfølgning (se bilag 1).

SundK's første visitationsretningslinje præciserer henvisnings- og visitationskriterier til plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab. Derudover har SundK igangsat udarbejdelsen af den næste visitationsretningslinje, som omhandler differentieret udredning for demens i hospitalsregi.

SundK har til en start udarbejdet visitationsretningslinjer målrettet/afgrænset til regionerne. På sigt er ambitionen, at SundK også kan udarbejde tværsektorielle visitationsretningslinjer, der understøtter omstillingen af sundhedsvæsenet og hensigtsmæssige sektorovergange.

Emner til visitationsretningslinjer udvælges af bestyrelsen i SundK ud fra en bruttoliste med kvalificerede emner. Forud for forelæggelse i bestyrelsen sikrer SundK løbende koordinering og dialog med relevante, centrale aktører, såsom Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen m.fl.

Forslag til mulige fremtidige emner for visitationsretningslinjer

- Børne- og ungdomspsykiatri (lange ventetider til udredning)
- Ortopædkirurgi, fx knæalloplastik (betydelig aktivitetsvækst og muligt indikationsskred)
- Varicer (varierende effekt af behandling samt mulig aktivitetsvækst og indikationsskred i behandling)
- Søvnapnø (variation i henvisning, visitation og behandling på tværs af regioner og specialer)

Visitationsretningslinjerne godkendes af Rådet i SundK, som er et uafhængigt organ nedsat med det formål at yde faglig rådgivning og afgive anbefalinger til sundhedsvæsenet. Ved godkendelse i Rådet vil visitationsretningslinjerne blive sidestillet med øvrige anbefalinger fra Rådet - dvs. med forventning om efterfølgende implementering i regionerne.

Fremadrettet finansiering af udarbejdelsen af visitationsretningslinjer i SundK
Den nuværende bevilling til SundK's visitationsretningslinjeindsats er gældende til udgangen af 2026. Finansieringen på 5 mio. kr. årligt i 2027 og 2028 er fundet via omprioritering af overskydende midler fra Regionernes Bio- og Genombank. Bestyrelsen vil på et senere tidspunkt få forelagt en sag om finansiering af arbejdet med visitationsretningslinjer fra 2029 og frem.

På baggrund af SundK's hidtidige erfaringer er det instituttets vurdering, at der i en periode fra 2027 og et par år frem vil kunne igangsættes 3-5 visitationsretningslinjer årligt. Herefter skønnes hastigheden at kunne øges i takt med SundK's kompetenceopbygning, proceserfaring samt samarbejdspartneres stigende erfaring med at bidrage til udarbejdelse og implementering af visitationsretningslinjer. Ovenstående vurderes at kunne rummes inden for rammerne af en finansiering på ca. 5 mio. årligt.

Økonomi

Tabel 1: Budget for visitationsretningslinjer i SundK fra 2027

Udgiftspost	Budget fra 2027 (angivet i 1.000 kr.)
Lønudgifter SundK medarbejdere	3.750
Honorar almen/privat praksis	100

Møder, forplejning, transport m.v.	100
Udgifter eksternt formandskab	100
Teamdage mv.	5
Ekstern kommunikation om V-RL (webinar mv.)	30
Materiale/licenser	15
Overhead udgifter (jura, regnskab, HR, kommunikation, it-udstyr mv.)	900
Udgifter i alt	**5.000**

SundK's visitationsretningslinjer forventes at give besparelser i sundhedsvæsenet som følge af prioritering i udredning og behandling. Det forventes dermed, at gevinsterne overstiger omkostningerne ved indsatsen.

Sekretariatets bemærkninger

Sagsfremstillingen er udarbejdet i samarbejde med Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. DaR bestyrelse_Bilag 1_Generisk model for visitationsretningslinjer i SundK (1893910 - EMN-2024-00331)

12 (Offentlig) Godkendelse af tillæg til kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Catherina Bozorgi
EMN-2024-00331

Resumé
Danske Regioners bestyrelse reviderede i marts 2025 kommissoriet for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Siden revideringen af kommissoriet har instituttet fået ansvar for varetagelse af flere opgaver, som ikke er beskrevet i det gældende kommissorium.

Bestyrelsen forelægges et tillægsdokument til godkendelse, som skal sikre, at de opgaver, som Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut løser, er beskrevet i de formelle rammer for instituttets virke. Tillægget fungerer som en midlertidig løsning, der skal håndtere de nye opgaver, indtil en større revision af Kvalitetsinstituttets kommissorium igangsættes i 2027.

Indstilling
Det indstilles,
at bestyrelsen godkender et tillægsdokument til kommissoriet for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Sagsfremstilling
Danske Regioners bestyrelse besluttede i april 2024 at etablere Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut pr. 1. januar 2025 og godkendte i den forbindelse et kommissorium for instituttet, som rammesætter instituttets opgaver og virke generelt.

Danske Regioners bestyrelse reviderede senest kommissoriet for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut i marts 2025. Siden da har bestyrelsen ad flere omgange besluttet at give Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut ansvaret for opgavevaretagelsen af flere opgaver, herunder at:

- varetage den nationale opgave med at modtage rapporteringer om utilsigtede hændelser (UTH) og driften af rapporteringssystemet Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

- understøtte udarbejdelsen af sygeplejefaglige kliniske retningslinjer i samarbejde med Dansk Sygepleje Selskab (DASYS)
- udarbejde visitationsretningslinjer, der skal understøtte en høj og ensartet kvalitet i patientforløb, herunder at de rette patienter får den rette behandling på det rette niveau i sundhedsvæsenet med afsæt i en gennemsigtig og ensartet visitation på tværs af landet
- danne organisatorisk ramme for en samorganisering med Vælg Klogt. SundK understøtter synergi mellem Vælg Klogt og øvrige relevante aktiviteter i SundK.

Det gældende kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut beskriver derfor ikke i fuldt omfang de opgaver, som bestyrelsen tidligere har vedtaget, at instituttet skal varetage.

For at sikre, at opgaverne fremgår af de formelle rammer, som bestyrelsen har sat for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, er der blevet udarbejdet et tillægsdokument til det gældende kommissorium.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Tillægsdokumentet betragtes som en midlertidig løsning. I løbet af 2027 vil der blive gennemført en større revidering af det samlede kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Tillæg til kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (1893888 - EMN-2024-00331)

13 (Offentlig) Generelle orienteringer

Ulla Riel

EMN-2025-00986

Resumé

Følgende er til orientering:

Ændring af Medicinrådets kommissorium

Politiske møder

Kommende arrangementer.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Ændring af Medicinrådets kommissorium

(EMN-2017-00578)

Medicinrådets kommissorium opdateres med virkning fra den 1. januar 2027. Opdateringen sker som følge af etableringen af Region Østdanmark, der medfører, at antallet af regionale medlemmer i Medicinrådet reduceres fra fem til fire. Hver region vil herefter være repræsenteret med ét medlem.

Kommissoriet opdateres samtidig med en beskrivelse af Medicinrådets nye opgave i forbindelse med forsøgsordningen med medicintilskud. Bestyrelsen besluttede den 1. oktober 2026, at Medicinrådet som led i forsøgsordningen skal vurdere, om der på baggrund af en forhandlet fortrolig pris kan indgås en økonomisk fordelagtig aftale mellem en virksomhed og regionerne. Virksomheden kan herefter anvende den fortrolige pris i sin ansøgning om medicintilskud til Lægemiddelstyrelsen.

Det opdaterede kommissorium er vedlagt som bilag med ændringsmarkeringer.

Politiske møder

(EMN-2025-00986)

Der har siden den 14. september 2026 været holdt følgende møder med politisk deltagelse:
22. september. Rundbordsmøde i Sundheds- og Kirkeministeriet om etableringen af det nationale prioriteringsråd. Mette With Hagensen deltog.
24. september. Møde med socialminister Monika Rubin. Mads Duedahl og Lars Gaardhøj deltog.
24. september. Møde med Sundheds- og Kirkeministeriet og KL om akutplan. Mads Duedahl og Lars Gaardhøj deltog.
22. oktober. Møde med by-, land- og transportminister Signe Munk. Mads Duedahl og Lars Gaardhøj deltog.
22. oktober. Møde med økonomi- og indenrigsminister Pia Olsen Dyhr. Mads Duedahl deltog.
30. oktober. Møde med børne-, ældre- og boligminister Jacob Mark. Mads Duedahl og Lars Gaardhøj deltog.
30. oktober. Møde med sundheds- og kirkeminister Ida Auken om efterårsaftalen. Mads Duedahl og Lars Gaardhøj deltog.

Kommende arrangementer
(EMN-2025-00986)

1.-5. marts 2027
Studietur for Danske Regioners bestyrelse.

Økonomi
Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger
Ingen bemærkninger

Kommunikation
Ingen bemærkninger

Bilag

1. Ændret_Medicinrådet kommissorie_januar 2027 (1893451 - EMN-2017-00578)

14 (Offentlig) Formandens meddelelser

Ulla Riel

EMN-2025-00986

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

16 (Offentlig) Næste møde

Ulla Riel

EMN-2025-00986

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen tager til efterretning, at næste bestyrelsesmøde holdes torsdag den 17. december 2026 kl. 10.30-15.00 i Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

17 (Offentlig) Eventuelt

Ulla Riel

EMN-2025-00986

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

-

Sekretariatets bemærkninger

-

Kommunikation

-

Bilag

Bilag Titel:	**bilag temadrøftelse folkesundhed**
Dagsordens titel	**Temadrøftelse om folkesundhed**
Dagsordenspunkt nr	**2**
Bilag nr	**1**
Antal bilag:	**1**

Notat

Danske Regioner

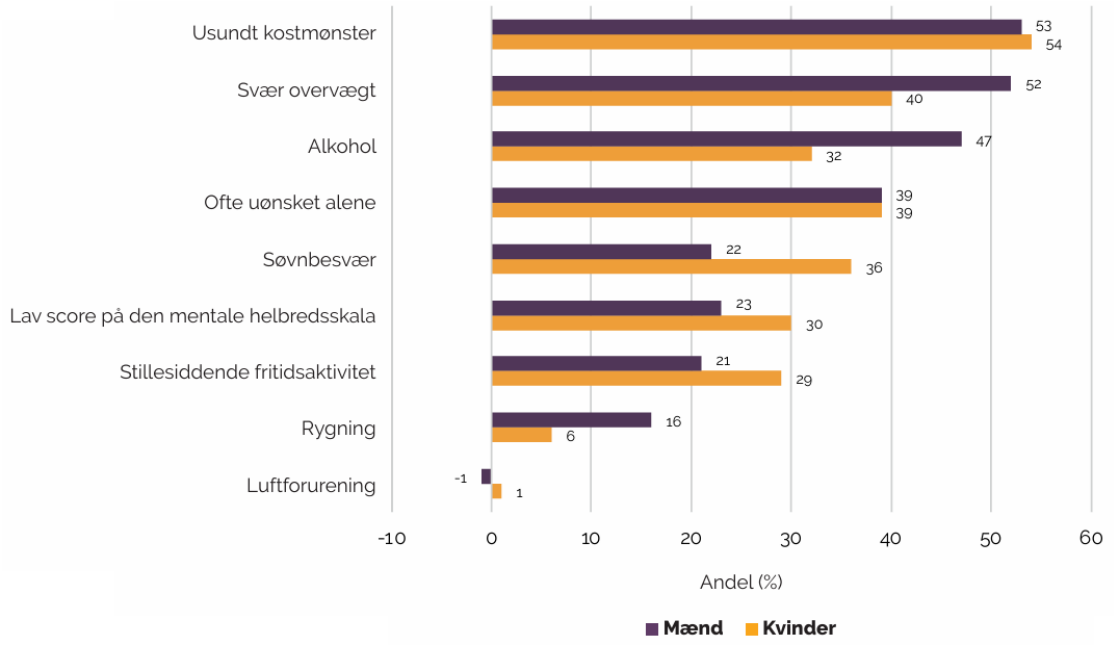
Baggrund om folkesundhed

Nærværende notat præsenterer de største folkesundhedsudfordringer i Danmark og zoomer ind på børn og unges sundhed og overvægt

05-11-2026
EMN-2017-01083
1895122
Luna Lundberg Nielsen

Sundhedstilstanden i Danmark

Folkesundheden i Danmark er på flere områder god. Levealderen er steget, og langt de fleste voksne vurderer deres helbred som godt. Samtidig lever en stor del af befolkningen med langvarig sygdom, nedsat livskvalitet eller risikofaktorer som fysisk inaktivitet, rygning, overvægt og stress. Udviklingen betyder, at flere lever længere med sygdom. Stigningen i levetid følges ikke nødvendigvis af en tilsvarende stigning i antallet af gode leveår.[1]



Figur 1: Andel (%) af ekstra antal dødsfald, der kunne have været undgået, hvis hele befolkningen havde den samme forekomst af risikofaktorer som personer med en videregående uddannelse[2].

[1] Danskernes sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2025
[2] Sygdomsbyrden i Danmark | Sundhedsstyrelsen, 2023

Lænderygsmerter, slidgigt, nakkesmerter, depression og angst er blandt de mest udbredte sygdomme i Danmark.[3] Frem mod 2040 forventes flere danskere at leve med blandt andet type 2-diabetes, KOL, brystkræft og sygdomme i bevægeapparatet. Demens, hjerte-kar-sygdomme, øvrige kræftsygdomme, slidgigt og psykiske lidelser vil fortsat lægge et betydeligt pres på både borgernes livskvalitet og sundhedsvæsenets kapacitet.[4]

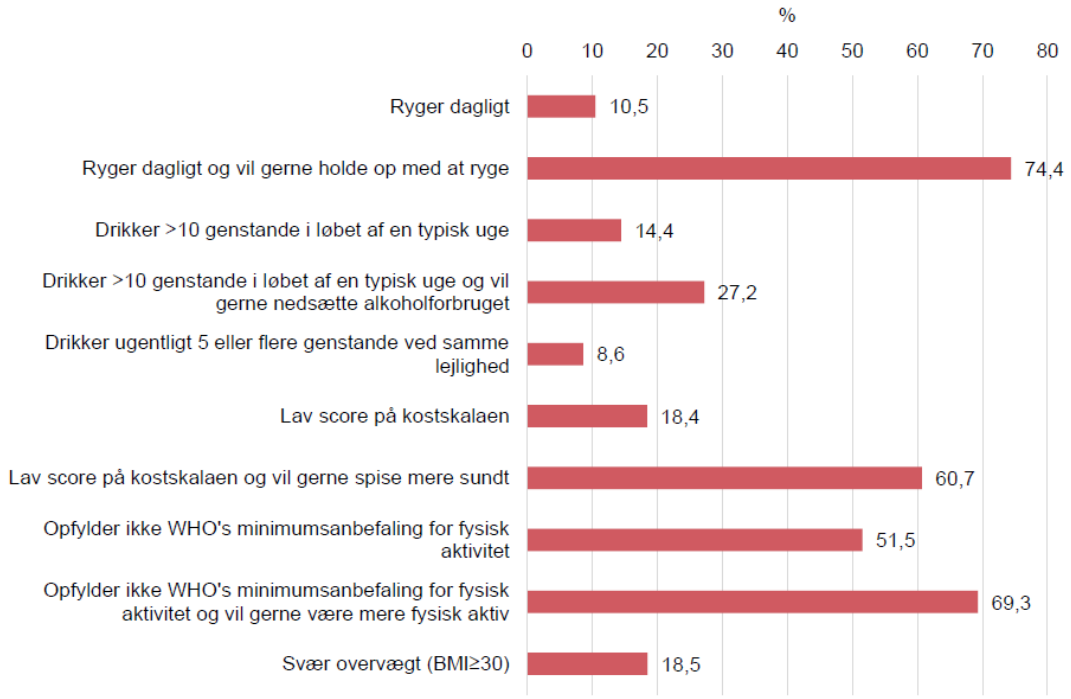
Samtidig er den sociale ulighed i sundhed fortsat markant og stigende. Mennesker med kortere uddannelse og mennesker uden for arbejdsmarkedet har gennemgående dårligere helbred, og flere lever med risikofaktorer og sygdomme.[5]

Centrale fakta om danskernes sundhed fra Den Nationale Sundhedsprofil 2025

- 82 % vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt.
- 38 % lever med langvarig sygdom. Andelen med langvarig sygdom er steget siden 2010.
- 29,5 % har en høj score på stressskalaen.
- 16 % er meget generet af søvnproblemer. Søvnproblemer har betydning for både mental og fysisk sundhed.
- 51,5 % lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, mens 17 % har et lavt fysisk aktivitetsniveau i fritiden.
- 10,5 % ryger dagligt. Andelen af dagligrygere er fortsat faldende.
- 14 % drikker mere end 10 genstande om ugen, mens 9 % rusdrikker mindst én gang om ugen.
- 10,8 % oplever ensomhed, og 5,3 % har tegn på social isolation.

Der er samtidig positive tegn. Færre ryger, færre har et højt alkoholforbrug, og den fysiske aktivitet har udviklet sig positivt siden 2021. Samtidig ønsker mange danskere at stoppe med at ryge, dyrke mere motion og sove bedre.[6] Det viser, at det er muligt at flytte befolkningens sundhed, når effektive indsatser og strukturelle rammer spiller sammen.

[3] Sygdomsbyrden i Danmark | Sundhedsstyrelsen, 2023
[4] Fremskrivning af syv udbredte folkesygdomme, SDU, 2025
[5] Danskernes sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2025
[6] Danskernes sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2025



Figur 2: Andel (%) af danskere med udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd[7]. Dvs. at 10,5 % af alle danskere ryger dagligt, hvoraf 74,4 % af de 10,5 % gerne vil holde op.

Børn og unges sundhed

De fleste børn og unge vurderer deres helbred positivt. Samtidig viser Skolebørnsundersøgelsen 2022, at en betydelig gruppe skoleelever oplever helbredsproblemer, mentale belastninger og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Piger rapporterer generelt flere helbreds- og trivselsproblemer end drenge, og udfordringerne er ofte mest udbredte blandt elever i de ældste klassetrin.

Også blandt de 16-24-årige viser Den Nationale Sundhedsprofil 2025 væsentlige udfordringer, særligt blandt unge kvinder, hvor 52 % af kvinderne har en høj score på stressskalaen, og 22 % føler sig ensomme. De danske unge har fortsat et højt alkoholforbrug.

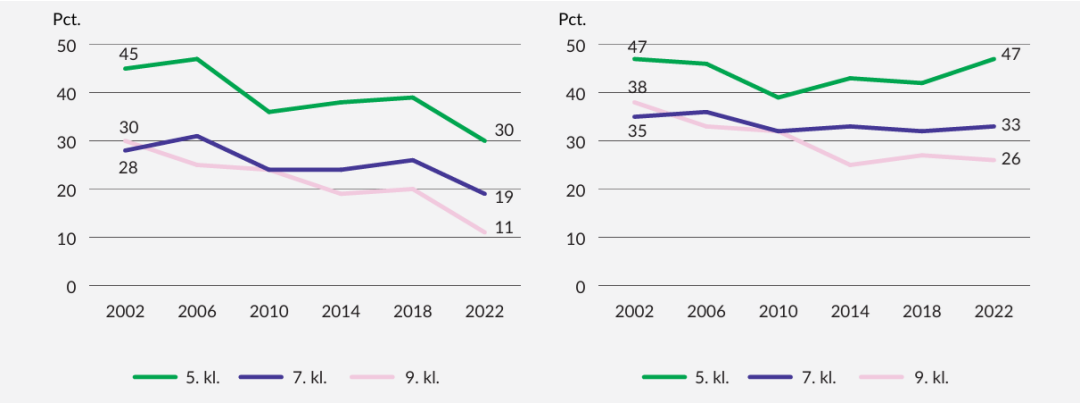
Der er samtidig social ulighed i børn og unges sundhed. Forekomsten af blandt andet lavt selvvurderet helbred, daglige symptomer, ensomhed, lavt mentalt velbefindende, fysisk inaktivitet og overvægt stiger overordnet, jo kortere uddannelse elevernes forældre har. [8]

Centrale fakta om børn og unges sundhed:

- 20 % af pigerne og 35 % af drengene fra skolebørnsundersøgelsen har høj livstilfredshed. Andelen er faldet gennem de seneste 20 år.

7 Danskernes sundhed, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2025
8 Skolebørnsundersøgelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2022

- 20 % af pigerne og 10 % af drengene vurderer deres helbred som dårligt eller nogenlunde.
- 40 % af pigerne og 23 % af drengene oplever mindst ét fysisk eller emotionelt symptom næsten hver dag.
- 53 % af pigerne og 39 % af drengene har svært ved at falde i søvn næsten ugentligt eller oftere.
- 12 % af pigerne og 6 % af drengene føler sig ofte eller meget ofte ensomme.
- 33 % af pigerne og 21 % af drengene er fysisk aktive højst én time om ugen i fritiden med en intensitet, hvor de bliver forpustede eller sveder.
- 32 % af de 15-29-årige bruger i 2025 mindst ét tobaks- eller nikotinprodukt dagligt eller lejlighedsvist.[9]
- Blandt danske 15-25-årige drikker 56 % alkohol mindst to gange om måneden, 61 % har binge-drukket mindst én gang den seneste måned, og 14 % drikker mere end 10 genstande om ugen[10].



Figur 3: Udviklingen i andel piger (tv) og drenge med høj livstilfredshed fordelt på klassetrin[11].

Overvægt og svær overvægt

Overvægt og svær overvægt er en væsentlig folkesundhedsudfordring på tværs af aldersgrupper. Mere end halvdelen af den voksne befolkning lever med moderat eller svær overvægt, og forekomsten af svær overvægt er steget over en længere periode.

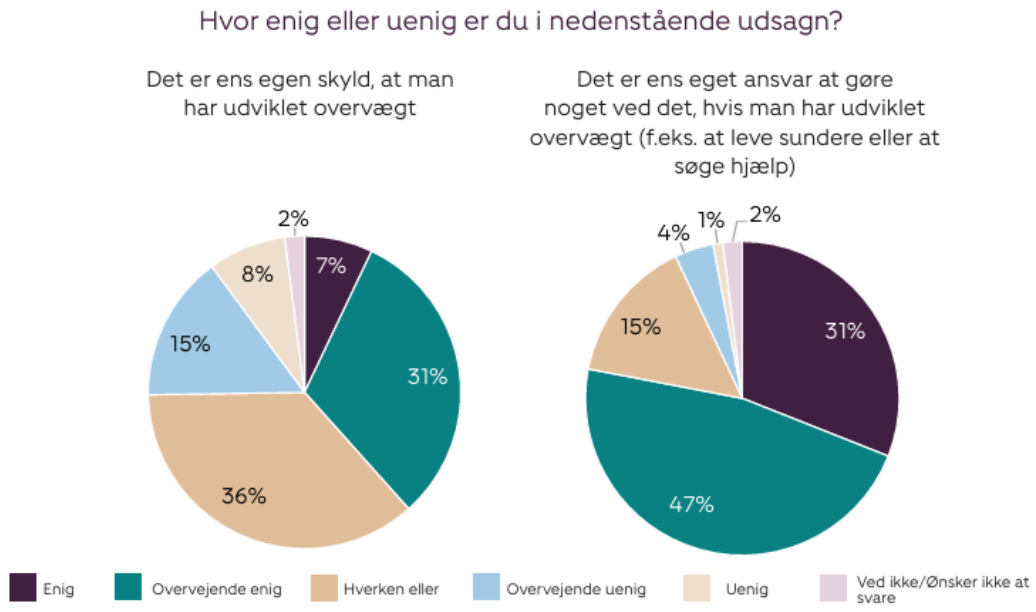
Årsagerne er komplekse og omfatter biologiske, psykiske, sociale og samfundsmæssige forhold. Fødevaremiljøer, priser, markedsføring, fysisk aktivitet, søvn, arbejdsliv og levevilkår påvirker mulighederne for at opretholde en sund vægt gennem livet.

[9] §RØG – en undersøgelse af tobak, adfærd og regler, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2025
[10] Rapport: Unges alkoholvaner i Danmark i 2025, Kræftens bekæmpelse og Trygfonden
[11] Trivselskommissionens afrapportering | Undervisningsministeriet, Baggrundsrapport, 2023

Svær overvægt er desuden forbundet med øget risiko for sygdom, herunder type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og flere kræftsygdomme[12]. Blandt personer med svær overvægt og langvarig sygdom ønsker 59,5 % i høj grad at tabe sig mod 52,1 % blandt personer med svær overvægt uden langvarig sygdom. Overvægt er samtidig socialt skævt fordelt, og uligheden ses allerede blandt børn og unge.

Centrale fakta om overvægt og svær overvægt

- 53 % af den voksne befolkning har moderat eller svær overvægt.
- 34,5 % har moderat overvægt, og 18,5 % har svær overvægt.
- Andelen med svær overvægt er steget fra 13,6 % i 2010 til 18,5 % i 2025, men har været stabil siden 2021.
- Blandt de 55-64-årige har 24 % af mændene og 23 % af kvinderne svær overvægt.
- 28 % af personer med grundskole som længste uddannelse har svær overvægt mod 11 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.
- Personer med svær overvægt har 3,5 gange større risiko for at udvikle multisygdom. [13]



Figur 4: Fordeling af respondenter fra "Danskernes viden om og holdninger til overvægt og sundhed", der mener, at overvægt er et resultat af egne handlinger og et personligt ansvar[14].

[12] Overvægt, hvad er det? - Patienthåndbogen på sundhed.dk
[13] Risikofaktorer for multisygdom, Statens Institut for Folkesundhed, 2019
[14] Danskernes viden om og holdninger til overvægt og sundhed 2025 | Sundhedsstyrelsen, 2025

Bilag Titel:	**Årsberetning for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut 2025**
Dagsordens titel	**Besøg fra SundK: Præsentation af SundK's årsberetning for 2025**
Dagsordenspunkt nr	**5**
Bilag nr	**1**
Antal bilag:	**1**

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Årsberetning 2025

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 1
Versionsdato: 05.03.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

4 Indledning fra formandskabet
6 Regnskab
8 Ledelsesberetning
10 Ledelsespåtegning
11 SundK – Mandat og organisering
12 SundK – Det første år i tal
14 SundK sætter retning for kvaliteten i sundhedsvæsenet
15 Samarbejdet med tusindvis af sundhedsprofessionelle:
En fælles vej til kvalitet og prioritering i hele sundhedsvæsenet
16 Kvalitet og prioritering hånd i hånd – for et bæredygtigt sundhedsvæsen
18 Projekter i 2025
20 SundK: Sundhedsvæsenets tværfaglige værktøjskasse
22 Mød SundK
26 Sundhedsvæsenets Kvalitetskonference 2026

Indledning fra formandskabet

Danske Regioners Bestyrelse besluttede i foråret 2024 at oprette Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut med det formål at understøtte kvalitetsarbejdet og prioritering af ressourcerne i sundhedsvæsenet bedst muligt.

SundK, som er instituttets benævnelse i daglig tale, er et regionalt samarbejde i regi af Sundhedsloven mellem de fem (snart fire) regioner.

Ved sin etablering overtog SundK opgaver fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Behandlingsrådet, og fik desuden – på baggrund af en rapport udarbejdet i samarbejde mellem Lægeforeningen, De Lægevidenskabelige Selskaber og Danske Regioner – opgaver i relation til at understøtte de 39 lægevidenskabelige specialers arbejde med udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Derudover skal SundK arbejde for, at tværfaglige og tværsektorielle perspektiver inddrages mere aktivt i kvalitetsarbejdet.

Efter etableringen af SundK har organisationen i øvrigt fået opgaver i relation til Dansk Patientsikkerheds Database og registrering af utilsigtede hændelser, samt opgaver beskrevet i både kræftplan V og økonomiaftalen for 2026 mellem Regeringen af Danske Regioner (vedr. visitationsretningslinjer).

Som formandskab i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut vil vi gerne kvittere, dels for ambitionerne med at etablere instituttet og dels for i 2025 at have betroet instituttet endnu flere opgaver.

Det er vores opfattelse, at SundK har håndteret overgangen til både en ny organisation og til inddragelse af nye opgaver, og at instituttet samlet set er rigtig godt i vej her efter det første års levetid. I den forbindelse vil vi gerne særligt takke den øvrige bestyrelse i SundK for et engageret samarbejde, hvor bestyrelsesmedlemmernes forskellige perspektiver har givet stor værdi til de beslutninger, der skal forme det videre arbejde i SundK.

Vi vil også gerne takke Rådet for deres bidrag til både den strategiske udvikling af arbejdsprocesserne i SundK, men også for allerede at have sat kvalitets-aftryk gennem en række anbefalinger til sundhedsvæsenet.

Endelig har ledere og medarbejdere i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut en stor andel i at instituttet allerede nu fremstår med robuste strukturer og høj faglighed. Tak for det.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut vedtog i 2025 også sin første strategi: "Retning for kvaliteten i sundhedsvæsenet", og vi glæder os til fortsat at bidrage til understøttelse af kvaliteten i et sundhedsvæsen, som i disse år undergår store forandringer. Et sundhedsvæsen, hvor prioritering af ressourcerne og kvalitet, i både den primære og sekundære sektor, skal gå hånd i hånd, og hvor ulighed og uforklarlig varians i sundhedsydelserne altid bør mødes med nysgerrighed.

Vi er også glade for, at strategien utvetydigt slår fast, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er samarbejdende og medskabende, og således altid indgår i tætte dialoger med vores samarbejdspartnere. Og lad os i den sammenhæng sende den sidste tak i dette forord til de mange klinikere og ledere i hele sundhedsvæsenet, som bidrager til udarbejdelse og vedligeholdelse af kliniske retningslinjer, af databaser og af analyser til brug for forbedring af kvaliteten i hele sundhedsvæsenet. Jeres indsats er helt afgørende for dynamikken og udviklingen af vores kvalitetsarbejde. Vi synes, at vi er nået langt i 2025 og har fået skabt et godt grundlag for at SundK i 2026 også fremover kan konsolidere sin rolle som en vigtig medspiller i den nationale sundhedsstruktur. Vi ser derfor frem til at fortsætte arbejdet i 2026 og til at bidrage endnu mere til, at patienter og borgere møder høj og ensartet kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. For først og sidst er det patienterne og borgerne, vi er til for.

Formandskabet i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, marts 2026.



Anne Jastrup Okkels
Forperson



Helene Probst
Næstforperson



Jane Kraglund
Næstforperson



Revisionspåtegning

Den uafhængige revisors erklæring
Til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Konklusion
Vi har revideret Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts regnskab "Tabel 1, regnskabsresultat 2025" for 2025 (regnskabet), som udviser samlede driftsindtægter på 153.499 t.kr og samlede driftsudgifter på 136.412 t.kr.

Regnskabet udarbejdes efter retningslinjerne i henhold konteringsinstruksen for Region Midtjylland og er baseret på udgiftsbaserede principper, jf. beskrivelsen af anvendt regnskabspraksis.

Det er vores opfattelse, at regnskabet i alle væsentlige henseender er rigtigt, dvs. udarbejdet i overensstemmelse med den anvendte regnskabspraksis.

Grundlag for konklusion
Vi har udført vores revision i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, samt standarderne for offentlig revision. Vores ansvar ifølge disse standarder og krav er nærmere beskrevet i erklæringens afsnit "Revisors ansvar for revisionen af regnskabet". Det er vores opfattelse, at det opnåede revisionsbevis er tilstrækkeligt og egnet som grundlag for vores konklusion.

Uafhængighed
Vi er uafhængige af instituttet i overensstemmelse med International Ethics Standards Board for Accountants' internationale retningslinjer for revisorers etiske adfærd (IESBA Code) og de yderligere etiske krav, der er gældende i Danmark, ligesom vi har opfyldt vores øvrige etiske forpligtelser i henhold til disse krav og IESBA Code.

Fremhævelse af forhold i regnskabet – anvendt regnskabspraksis samt begrænsning i distribution og anvendelse
Vi henleder opmærksomheden til afsnittet "Anvendt regnskabspraksis", hvor anvendt regnskabspraksis beskrives. Regnskabet er udarbejdet for at hjælpe den ansvarlige part med at opfylde brugers krav. Som følge heraf kan Regnskabet være uegnet til andet formål.

Vores konklusion er ikke modificeret vedrørende dette forhold.

Ledelsens ansvar for regnskabet
Ledelsen har ansvaret for udarbejdelsen af et regnskab, der i alle væsentlige henseender er rigtigt, dvs. udarbejdet i overensstemmelse med den anvendte regnskabspraksis. Ledelsen har endvidere ansvaret for den interne kontrol, som ledelsen anser for nødvendig for at udarbejde et regnskab uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl.

Revisors ansvar for revisionen af regnskabet
Vores mål er at opnå høj grad af sikkerhed for, om regnskabet som helhed er uden væsentlig fejlinformation, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, og at afgive en erklæring med en konklusion. Høj grad af sikkerhed er et højt niveau af sikkerhed, men er ikke en garanti for, at en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, samt standarderne for offentlig revision, altid vil afdække væsentlig fejlinformation, når sådan findes. Fejlinformationer kan opstå som følge af besvigelser eller fejl og kan betragtes som væsentlige, hvis det med rimelighed kan forventes, at de enkeltvis eller samlet har indflydelse på de økonomiske beslutninger, som regnskabsbrugerne træffer på grundlag af regnskabet.

Som led i en revision, der udføres i overensstemmelse med internationale standarder om revision og de yderligere krav, der er gældende i Danmark, samt standarderne for offentlig revision foretager vi faglige vurderinger og opretholder professionel skepsis under revisionen. Herudover:

- Identificerer og vurderer vi risikoen for væsentlig fejlinformation i regnskabet, uanset om denne skyldes besvigelser eller fejl, udformer og udfører revisionshandlinger som reaktion på disse risici samt opnår revisionsbevis, der er tilstrækkeligt og egnet til at danne grundlag for vores konklusion. Risikoen for ikke at opdage væsentlig fejlinformation forårsaget af besvigelser er højere end ved væsentlig fejlinformation forårsaget af fejl, idet besvigelser kan omfatte sammensværgelser, dokumentfalsk, bevidste udeladelser, vildledning eller tilsidesættelse af intern kontrol.

- Opnår vi forståelse af den interne kontrol med relevans for revisionen af regnskabet for at kunne udforme revisionshandlinger, der er passende efter omstændighederne, men ikke for at kunne udtrykke en konklusion om effektiviteten af instituttets interne kontrol.

- Tager vi stilling til, om den regnskabspraksis, som er anvendt af ledelsen, er passende, samt om de regnskabsmæssige skøn og tilknyttede oplysninger, som ledelsen har udarbejdet, er rimelige.

Vi kommunikerer med ledelsen om bl.a. det planlagte omfang og den tidsmæssige placering af revisionen samt betydelige revisionsmæssige observationer, herunder eventuelle betydelige mangler i intern kontrol, som vi identificerer under revisionen.

Erklæring i henhold til anden lovgivning og øvrig regulering

Udtalelse om juridisk-kritisk revision og forvaltningsrevision:

Ledelsen er ansvarlig for, at de dispositioner, der er omfattet af regnskabsaflæggelsen, er i overensstemmelse med meddelte bevillinger, love og andre forskrifter samt med indgåede aftaler og sædvanlig praksis. Ledelsen er også ansvarlig for, at der er taget skyldige økonomiske hensyn ved driften af aktiviteterne og forvaltningen af de midler, der er omfattet af regnskabet. Ledelsen har i den forbindelse ansvar for at etablere systemer og processer, der understøtter skyldige økonomiske hensyn.

I tilknytning til vores revision af regnskabet er det vores ansvar at gennemføre juridisk-kritisk revision og forvaltningsrevision i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision.

Ved en juridisk-kritisk revision efterprøver vi med høj grad af sikkerhed, om de modtagne midler er anvendt i overensstemmelse med formålet og de relevante bestemmelser i bevillinger, love og andre forskrifter samt med indgåede aftaler og sædvanlig praksis. Ved en forvaltningsrevision vurderer vi med høj grad af sikkerhed, om der er taget skyldige økonomiske hensyn ved driften af aktiviteterne og forvaltningen af de modtagne midler, der er omfattet af regnskabet.

Hvis vi på grundlag af det udførte arbejde konkluderer, at der er anledning til væsentlige kritiske bemærkninger, skal vi rapportere herom i denne udtalelse.

Vi har ingen væsentlige kritiske bemærkninger at rapportere i den forbindelse.

Aarhus, den 19. marts 2026
EY Godkendt Revisionspartnerselskab
CVR-nr. 30 70 02 28

Søren Jensen
statsaut. revisor

Regnskab 2025

Kr.	SundK	Ekstern finansierede områder	I alt
Driftsindtægter			
710711 Tilskud og kontingenter	-7.191.622	-8.439.835	-15.631.457
790792 Øvrigt andet	-144.049.087	-3.800.000	-147.849.087
– Bidrag fra regionerne	-143.777.166		
– Andet	-271.921		
Driftsindtægter i alt	-151.240.709	-12.239.835	-163.480.544
Driftsudgifter			
010011 Løn	101.500.905	1.427.850	102.928.755
010013 Tjenesterejser	1.614.538		1.614.538
010015 Øvrige personaleomkostninger	9.235.048	47.127	9.282.175
020021 Kurser	861.256	10.550	871.806
110100 Fragt	28.277	22.754	51.030
110101 Telefon	218.685		218.685
110102 Mødeudgifter	2.281.600	-2.036.189	245.411
110103 Andre tjenesteydelser	-666.274		-666.274
110105 Administrative konsulenter	146.524		146.524
110111 Kontorhold	192.563		192.563
110112 Øvrige varekøb	30.914		30.914
110113 Repræsentation	7.301		7.301
310312 Møbler og inventar	80.294		80.294
310314 It-udstyr	763.278		763.278
310315 Øvrige anskaffelser	2.034		2.034
320324 It-udstyr	12.663.414		12.663.414
410403 Huslejeudgifter og indtægter	5.172.278		5.172.278
410405 Udvendig vedligeholdelse	13.021		13.021
410406 Indvendig vedligeholdelse	5.229		5.229
410407 Installationer, vedligeholdelse	3.136		3.136
420422 El			-
790793 Balanceoverførsel drift via 6-59, proj.org. 2-01			-
790799 Intern handel		6.242.623	6.242.623
Hensættelser fra tidligere år	-25.430.852		-25.430.852
Driftsudgifter i alt	108.723.168	5.714.715	114.437.883
Resultat	-42.517.541	-6.525.121	-49.042.661
Bogføringer via balancen			
Hensættelser fra tidligere år		6.525.120	
Hensættelser fra tidligere år	42.517.541		
Drift i alt	0	0	-49.042.661

t. kr.		
Danske Regioner	Region Midtjylland	-31.788
	Region Nordjylland	-14.788
	Region Sjælland	-22.146
	Region Syd	-30.451
	Region Hovedstaden	-44.607
Danske Regioner Total		**-143.779**
Kompetencemidler	Komp. midler	-151
Kompetencemidler Total		**-151**
Projektmidler	Kliniske retningslinjer	-4.064
	Kvalitetskonferencen	-500
	DNKK	-1.500
	Organdonationsdatabasen	-675
Projektmidler Total		**-6.739**
Øvrige	Thedas WPN5	-63
	Thedas2 WP5	-113
	Integration af CKR	-737
	LKT (rammeaftale)	-44
	Vælg Klogt/DCCC/DMCG	-872
	EU metadatakatalog	-250
	Amgros	20
	Andet	-770
Øvrige Total		**-2.829**
I alt		**-153.499**

Ledelsesberetning

2025 har været det første hele driftsår for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK). Året har været præget af både etablering og kontinuitet: Organisationen har fundet form og retning, nye opgaver og ansvar er igangsat, og de nationale kvalitetsopgaver blev videreført uden afbrydelse.

SundK blev etableret 1. januar 2025 som et regionalt samarbejde mellem de fem regioner med administrativ forankring i Region Midtjylland. Instituttet har et klart mandat: at understøtte høj og ensartet kvalitet samt ansvarlig prioritering i sundhedsvæsenet gennem kliniske kvalitetsdatabaser, kliniske retningslinjer, vurderinger af behandlingsformer og sundhedsteknologi samt det nationale ansvar for patientsikkerhed og læring af utilsigtede hændelser.

Opgaver fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram og Behandlingsrådet er samlet i én organisation, og ansvaret for Dansk Patientsikkerhedsdatabase blev overtaget 1. maj 2025 uden driftsafbrydelse. Årets hovedopgave har derfor været tredelt: At sikre stabil drift, samle og organisere opgaverne i en ny struktur og begynde at realisere den synergi, som er formålet med etableringen.

Faglige indsatser
SundK's arbejde har i 2025 bl.a. været målrettet nogle af sundhedsvæsenets største og mest komplekse patientforløb og de udfordringer, der fylder i sundhedsvæsenet, nemlig kronikere og ældre, kræftområdet og psykiatrien.

Inden for ældre- og kronikerområdet, er der arbejdet med at styrke datagrundlaget og analysere variation på tværs af regioner og sektorer. Fokus har været at skabe bedre sammenhæng i patientforløb og et mere målrettet grundlag for prioritering.

Inden for psykiatriområdet er der arbejdet med udvikling og opdatering af kliniske retningslinjer og kliniske kvalitetsdatabaser, hvor rettidighed og sammenhæng er afgørende. Samtidig er forberedelserne til en styrket understøttelse af de multidisciplinære psykiatrigrupper i DMPG igangsat.

På kræft-, neurologi- og smerteområdet er der arbejdet med både nye og eksisterende databaser samt med opgaver afledt af Kræftplan V. Der er desuden igangsat forberedelser til nye databaser inden for bl.a. epilepsi, Parkinsons sygdom og kroniske komplekse smerter og arbejdet med at styrke sammenhængen mellem specialiseret behandling, rehabilitering og lindring.

Bidrag til kvalitetsudvikling
SundK samler fire centrale indsatsområder: Kliniske retningslinjer, vurdering af behandlingsformer og sundhedsteknologi samt drift og udvikling af landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser – suppleret af patientsikkerhedsarbejdet.

Ambitionen er at skabe en stærkere sammenhæng mellem kvalitet og prioritering på baggrund af evidens og data. De kliniske kvalitetsdatabaser skal informere retningslinjer og omvendt, vurderinger skal understøtte beslutninger om indførelse og udfasning, og analyser skal omsættes til anvendelige anbefalinger i praksis. I 2025 er fundamentet for denne sammenhæng lagt – et fundament for synergi.

SundK var i oktober 2025 samtidig én af flere værter for Sundhedsvæsnets Kvalitetskonference 2025, som igen var velbesøgt og en stor succes i at samle hele sundhedsvæsenet om kvalitetsudvikling.

Stabil drift og udvikling
Driften af 85 kliniske kvalitetsdatabaser er videreført, og arbejdet med en ny databasestrategi er igangsat. Arbejdet med kliniske retningslinjer er i stabil drift og blev i 2025 udvidet til at omfatte flere lægefaglige selskaber samtidigt med at de sygeplejefaglige selskaber er inkluderet.

Analyse- og vurderingsfunktionen er styrket med henblik på at kunne levere bedre beslutningsgrundlag til SundK's Råd og bestyrelse for indførelse eller udfasning af behandlingstilbud samt bedre grundlag for at skabe prioritering og ensartet kvalitet på tværs af landet.

Samtidig er understøttelse af patientsikkerhed og læring ved at blive integreret som en central del af SundK's samlede kvalitetsindsats. Det kan du læse mere om på side 19.

Derudover er der igangsat større it-udviklingsprojekter, herunder valg af ny dataplatform, da Region Hovedstaden har meddelt, at de ikke længere kan understøtte SundK's brug af SAS-platformen efter udgangen af 2027. SundK's nuværende SAS-platform udgør fundamentet for databehandling og analyser i de kliniske kvalitetsdatabaser. SundK's bestyrelse gennemfører således frem til april 2026 en foranalyse af den fremtidige løsning for datamodtagelse, datamanagement, analyse og afrapportering. Desuden bød 2025 på igangsættelsen af arbejdet med både et nyt system til patientsikkerhedsdata og udviklingen af en ny retningslinjeplatform. Projekterne er nødvendige for at fremtidssikre driften og sikre bedre understøttelse af kvalitetsarbejdet, men indebærer også økonomiske og organisatoriske risici, som håndteres gennem løbende opfølgning og styring.

En ny organisation på tværs af funktioner
SundK er organiseret med medarbejdere placeret på fire matrikler og med samarbejde på tværs af hele landet. Organisationen er opbygget som en matrix med tre kvalitetsenheder med ansvar for specifikke fag og sygdomsområder og fire tværgående funktioner med ansvar for de kliniske kvalitetsdatabaser, de kliniske retningslinjer, vurdering/analyse og patientsikkerhed.

Matrixorganiseringen er valgt for at undgå siloopdeling og for at sikre, at viden bevæger sig på tværs af opgaver og fagområder. I 2025 er organiseringen kommet på plads, og der arbejdes med nye arbejdsgange og fælles ledelsesprincipper. Året har derfor også været præget af intern konsolidering og kulturopbygning.

Bestyrelsen vedtog i 2025 instituttets første strategi, som tydeliggør sammenhængen mellem kvalitet og ansvarlig ressourceanvendelse og sætter retning for de kommende år.

Ledelsespåtegning

Bestyrelsen og direktion har dags dato behandlet og vedtaget årsregnskabet for 2025 for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Årsregnskabet givet et retvisende billede af virksomhedens økonomiske forhold pr. 31. december 2025 samt af virksomhedens aktiviteter for regnskabsåret 2025.

Ledelsesberetningen indeholder en retvisende redegørelse af udviklingen i virksomhedens aktiviteter og økonomiske forhold samt en beskrivelse af de væsentligste risici og usikkerhedsfaktorer, som virksomheden påvirkes af. Årsregnskabet med tilhørende forslag til resultatdisponering indstilles til bestyrelsens godkendelse.

Aarhus, den 19. marts 2026

SundK
Mandat og organisering

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er etableret af Danske Regioners bestyrelse pr. 1. januar 2025.

Formålet er at understøtte kvalitetsarbejdet og prioritering af ressourcerne i sundhedsvæsenet bedst muligt gennem bl.a. et styrket, databaseret kvalitetsarbejde og en bedre prioritering af ressourcerne i sundhedsvæsenet, så patienter i hele landet tilbydes udredning og behandling af høj og ensartet kvalitet.

SundK afløser Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Behandlingsrådet og samler opgaverne med kliniske kvalitetsdatabaser, kliniske retningslinjer og vurdering af behandlingsformer – herunder sundhedsteknologi – i én organisation.

SundK er etableret i medfør af sundhedslovens § 78, stk. 3 og Instituttet er administrativt forankret i Region Midtjylland.

Organisatorisk struktur

Bestyrelsen
Bestyrelsen er instituttets øverste ledelse og fastlægger den strategiske retning, økonomi og organisering. Bestyrelsen er bredt sammensat med repræsentation fra regionerne, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, Danske Patienter og Kommunernes Landsforening samt observatører fra staten.

Rådet
Rådet arbejder uafhængigt og med armslængde til det politiske system. Rådet træffer beslutninger om anbefalinger og prioriteringer og offentliggør dagsordener og beslutninger. Rådets beslutninger er endelige.

Fagligt udvalg vedr. kliniske kvalitetsdatabaser
Fagligt udvalg vedr. kliniske kvalitetsdatabaserhar en rådgivende funktion vedrørende drift og udvikling af de kliniske kvalitetsdatabaser op i mod SundKs bestyrelse.

Institut og direktion
Instituttet ledes af en direktion bestående af en direktør og to vicedirektører. Instituttet har medarbejdere med stærke kompetencer inden for bl.a. sundhedsøkonomi, epidemiologi, kvalitetsudvikling, projektledelse etc., der supplerer de sundhedsprofessionelle kompetencer, som organisationen samarbejder med. Instituttet betjener Bestyrelsen, Rådet og faglige udvalg og styregruper og har det metodiske, analytiske og administrative ansvar for opgaveløsningen

SundK

Det første år i tal

SundK samler:

- Kliniske kvalitetsdatabaser
- Understøttelsen af de kliniske retningslinjer
- Analyse- og vurderingsfunktion (herunder medicinsk teknologivurdering)
- Den nationale drift af Dansk Patientsikkerhedsdatabase og udvikling af nationale læringsaktiviteter på UTH-området

SundK i tal

- Drift og udvikling af 85 kliniske kvalitetsdatabaser
- 63 årsrapporter fra de kliniske kvalitetsdatabaser
- 1 ny database (Dansk Bipolardatabase)
- 8 nationale anbefalinger fra Rådet
- Understøttelse af udarbejdelsen og opdateringen af 116 kliniske retningslinjer
- 2 nye nationale læringsaktiviteter inden for UTH

Rådets anbefalinger i 2025

Rådet har i 2025 afgivet otte anbefalinger vedrørende behandlinger og sundhedsteknologier. Anbefalingerne spænder fra fravalg af behandlinger med begrænset dokumenteret effekt til fastholdelse eller prioritering af indsatser.

Anbefalingerne omfatter bl.a.:

- Fravalg af artroskopisk partiel meniskresektion hos patienter over 40 år
- Frarådning af kirurgi som førstevalg ved claudicatio intermittens
- Fastholdelse af praksis ved HAL-vejledt TUR-BT
- Fravalg af SelfBack app som standardbehandling
- Anbefaling af EVAR som førstelinjebehandling ved ukomplicerede abdominale aortaaneurismer
- Opbakning til national implementering af klinisk retningslinje om ovarieHIPEC

Retningslinjefunktionen – 2025

- Samarbejde etableret med 13 lægevidenskabelige selskaber
- 12 nye retningslinjeforløb understøttes
- 6 psykiatriske retningslinjer publiceret med understøttelse fra SundK
- 28 kræftretningslinjer publiceret med understøttelse fra SundK
- 88 kræftretningslinjer opdateret med understøttelse fra SundK
- Pilotafprøvning af integration af sundheds økonomiske vurderinger i tre retningslinjer

Patientsikkerhed (UTH)

Det nationalt ansvar for ordningen for utilsigtede hændelser og Dansk Patientsikkerhedsdatabase blev overdraget fra Styrelsen for Patientsikkerhed pr. 1. maj 2025, hvorefter UTH-funktionen i SundK har været under etablering

I perioden maj-december 2025 er der modtaget 423 skriftlige henvendelser fra medarbejdere i hele sundhedsvæsenet (region, kommune, private). De drejer sig om hjælp/sparring hos både den tekniske og den sundhedsfaglige del af UTH-funktionen.

Der er iværksat 2 nye nationale læringsaktiviteter i efteråret 2025:

- Udvidelse af samlerapportering med fire nye områder, således der nu er fire områder, hvor det er muligt at samlerapportere utilsigtede hændelser med ingen, let eller moderat konsekvens for patient/borger
- Publicering af en "Viden fra UTH" om udvidet behandlingsansvar





SundK sætter retning for kvaliteten i sundhedsvæsenet

SundKs strategi "Retning for kvaliteten i sundhedsvæsenet" skal bidrage til, at Danmark fortsat har et sundhedsvæsen i verdensklasse – selv når medarbejderressourcerne er knappe og demografiske udfordringer vokser.

Derfor er SundK stolt af en strategi, som understreger, at organisationen skal bidrage til kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. SundK skal understøtte kvalitetsudvikling og prioritering for patienten og borgeren uanset, om det er i mødet med den praktiserende læge, hjemmesygeplejersken eller ortopædkirurgen.

Som en vigtig medspiller i den nationale sundhedsstruktur skaber SundK rammer for dialog om konsensus om god kvalitet, understøtter effektiv ressourceudnyttelse og fremmer kvalitetsudvikling på tværs af fag og sektorer.

SundK sætter retning og leverer implementerbare anbefalinger og viden, der skaber forbedringer i et evidensbaseret og lærende sundhedsvæsen.

For at opnå dette har SundK fem strategiske målsætninger:

- Dialog og samarbejde
- Anvendelig viden
- Kvalitet i hele sundhedsvæsenet
- Ansvarlig brug af ressourcer
- Trivsel, identitet og position

Strategiske målsætninger, der sikrer synergieffekten i SundK's indsatser, og sikrer, at organisationen bliver den værktøjskasse, der kan sætte retningen for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet.

Samarbejdet med tusindvis af sundhedsprofessionelle:

En fælles vej til kvalitet og prioritering i hele sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut kan kun levere på sine opgaver, takket være de mange sundhedsprofessionelle, som engagerer sig i at udvikle den viden, som er nødvendig for at sikre høj og ensartet kvalitet til danskerne.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er funderet på et bredt fagligt engagement i hele sundhedsvæsenet. Kvalitetsudviklingen i SundK sker ikke isoleret, men i tæt samspil med klinikere, patienter, forskningsmiljøer og ledelser på tværs af sektorer.

Mere end 1.500 sundhedsprofessionelle deltager i styregrupper og faglige fora omkring de kliniske kvalitetsdatabaser. Her udvikles og vedligeholdes indikatorer, analyseres variationer og identificeres forbedringsmuligheder i udredning, behandling og rehabilitering.

Tilsvarende sker udviklingen af kliniske retningslinjer i et tæt samarbejde med de faglige miljøer, hvor evidens vurderes og omsættes til konkrete anbefalinger.

Samarbejdet er præget af medansvar og samskabelse. De faglige miljøer ejer indholdet, mens SundK understøtter med metode, data og analyse. Denne arbejdsform sikrer både høj faglig legitimitet og national sammenhæng i kvalitetsarbejdet.

Patient- og pårørenderepræsentation indgår i en stor del af arbejdet, herunder i styregrupperne for databaserne. Det bidrager til at styrke perspektivet på kvalitet i hele patientforløbet – fra den første kontakt til opfølgning og rehabilitering.

SundK's rolle er at samle, kvalificere og strukturere den viden, som udspringer af dette brede faglige engagement, så den kan anvendes i praksis og danne grundlag for prioritering og kvalitetsforbedring på nationalt niveau.

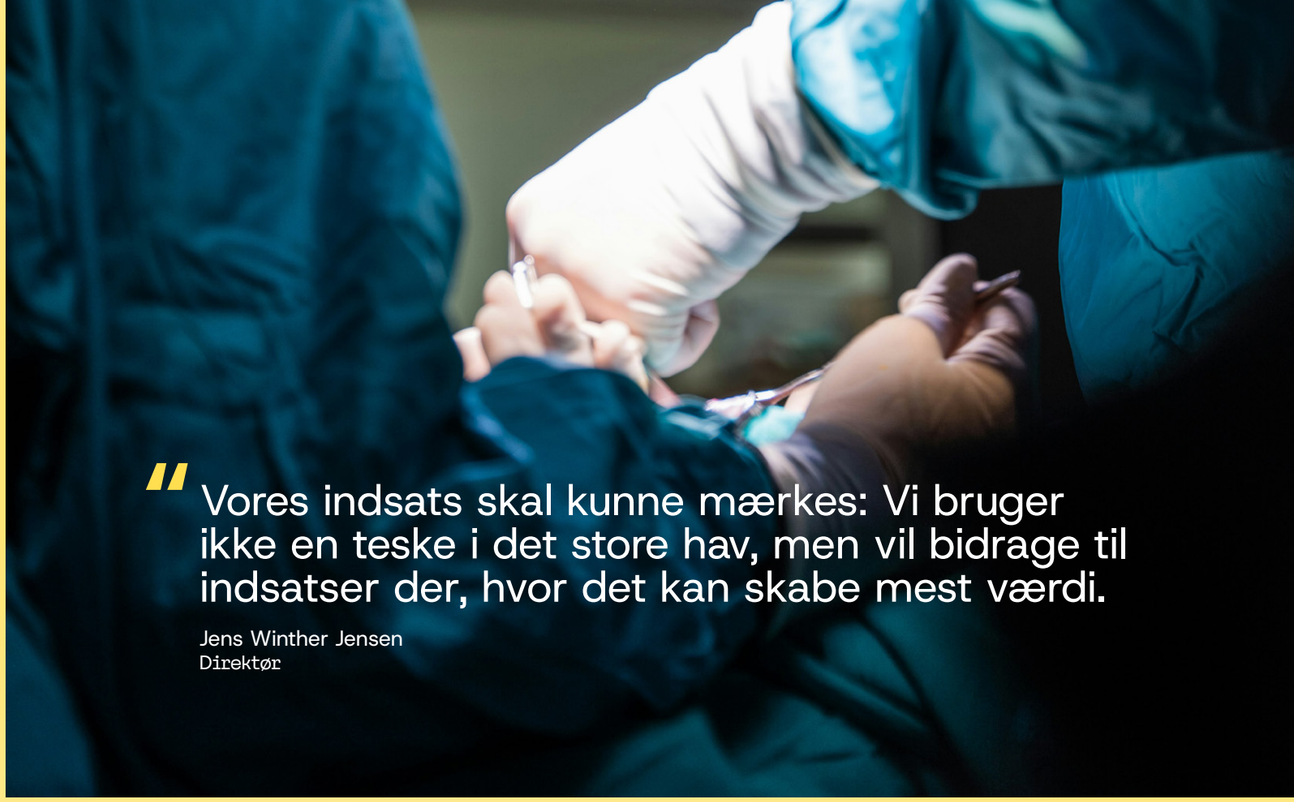


En samtale med:
Jens Winther Jensen
Direktør

Kvalitet og prioritering hånd i hånd

– for et bæredygtigt sundhedsvæsen

I en tid, hvor sundhedsvæsenet er under pres, trænger ét spørgsmål sig på: Hvordan sikrer vi, at ressourcer skaber størst mulig værdi for patienterne? For Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitutdirektør, Jens Winther Jensen, er svaret: Kvalitet og prioritering er forudsætningen for fremtidens sundhedsvæsen



> "Vores indsats skal kunne mærkes: Vi bruger ikke en teske i det store hav, men vil bidrage til indsatser der, hvor det kan skabe mest værdi.
>
> Jens Winther Jensen
> Direktør

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut arbejder – som navnet indikerer – for kvalitet i sundhedsvæsenet. Samtidig arbejder instituttet med prioritering, ikke som et spareværktøj, men som en nødvendig forudsætning for at skabe bedre behandlinger, mere lige adgang og en sundere drift.

– Vi er nødt til at være mere tydelige omkring, hvad der virker, for hvem og hvornår – og hvad der ikke gør. Kvalitet handler nemlig ikke kun om idealer, men om at træffe de kloge valg, der giver mest sundhed for pengene, siger Jens Winther Jensen, direktør for SundK.

Ryd op i penalhuset
SundK arbejder både med nye og eksisterende behandlinger og teknologier. Målet er at sikre, at det, sundhedsvæsenet tilbyder, virker – og at variation i praksis kan forklares.

– Vi starter med at rydde op i penalhuset. Vi skal ikke bare lægge mere i. Vi skal også sikre, at det, vi allerede har, fungerer og bruges rigtigt. Og vi skal have modet til at udfase det, der ikke skaber tilstrækkelig værdi, siger han.

Samarbejdet med de faglige miljøer er centralt. Det giver indsigt og legitimitet, når svære prioriteringer skal træffes.

Brug ikke en teske i det store hav
SundK vil prioritere indsatser, der kan mærkes i praksis.

– Vi ønsker, at sætter ind dér, hvor vi sammen kan flytte noget – reducere uønsket variation, styrke kvaliteten og skabe reel værdi, fortæller Jens Winther Jensen.

Prioritering handler derfor ikke om besparelser, men om at skabe mest mulig sundhed for de samlede ressourcer. Nogle steder skal der investeres mere. Andre steder skal der gøres mindre. Det indebærer, at sundhedsvæsenet prioriterer indsatser med dokumenteret effekt og potentiale for at reducere uønsket variation – uanset om det handler om opnormering, omlægning eller afvikling.

– Vi vil vise, at sammenhængen mellem kvalitet og prioritering ikke kun skal ses dér, hvor vi skal gøre mere – men i lige så høj grad dér, hvor vi skal gøre mindre. Når vi peger på variation og forskelle i praksis, er det for at skabe et solidt grundlag for beslutninger, der giver mest mulig sundhed, uddyber han.

Kvalitet som forudsætning
SundK kan bidrage til at skabe større transparens, øget bæredygtighed og tydeligere dokumentation af resultater på tværs af aktører, hvilket understøtter både patientværdi og ansvarlig prioritering.

– I SundK mener vi, at kvalitet og prioritering går hånd i hånd – det er vores raison d'être.

Netop koblingen mellem kvalitet og prioritering afspejles også i WHO's definition af kvalitet i sundhedssektoren, hvor omkostningseffektivitet indgår som en integreret dimension. Kvalitet kan således ikke adskilles fra ansvarlig ressourceanvendelse. Samtidig fungerer kvalitet som et udgangspunkt for prioriteringsarbejdet.

– Det er billigere at gøre tingene rigtigt første gang. Høj kvalitet er også færre komplikationer, kortere indlæggelser osv. og dermed ressourcer til andre patienter og indsatser, fortæller Jens Winther Jensen og fortsætter:

– På samme måde kan vi lære af utilsigtede hændelser, så vi undgår gentagelser af de samme hændelser med ringe kvalitet – og dermed undgår unødigt ressourceforbrug.

Mest mulig kvalitet for pengene
SundK's opgave er således med samarbejdspartnere at bidrage til det faglige grundlag, der gør høj kvalitet og prioritering mulig – og legitim.

– Det er her, SundK har sin styrke: Som den partner, der kan hjælpe med at omsætte faglig viden til ansvarlige og konkrete anbefalinger – og bidrage til et sundhedsvæsen, hvor høj kvalitet og fagligt funderet prioritering ikke er et ideal, men en realitet slutter Jens Winther Jensen.

Projekter i 2025

2025 har budt på en række større udviklingsinitiativer, som rækker ud over den løbende drift. Projekterne har til fælles, at de styrker sammenhængen mellem kvalitet, prioritering og patientsikkerhed og bidrager til at fremtidssikre centrale funktioner i sundhedsvæsenet.

Udvidelse og styrkelse af kliniske retningslinjer

I 2025 er arbejdet med understøttelse af de faglige miljøers arbejde med kliniske retningslinjer udvidet til flere lægevidenskabelige selskaber, samtidig med at samarbejdet med DMCG'er (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper) og DMPG'er (Dansk Multidisciplinær Psykiatri Gruppe) er videreført.

SundK understøtter metodisk udvikling, evidensvurdering og prioritering, mens de faglige miljøer ejer indholdet. Arbejdet har fokus på at sikre høj faglig kvalitet og samtidig anvendelighed i klinisk praksis.

Der er desuden igangsat udvikling af en ny digital retningslinjeplatform og en elektronisk skabelon, som skal styrke hhv, tilgængelighed og effektiv udvikling og opdatering af retningslinjerne.

Center for Kliniske Retningslinjer, som udvikler, vedligeholder og udbreder de sygeplejefaglige kliniske retningslinjer, er fra 2025 indlejret i SundK for at samle kompetencer samt styrke tværfaglighed og national sammenhæng.

Overtagelse af Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Pr. 1. maj 2025 overtog SundK ansvaret for driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Overdragelsen blev gennemført i tæt samarbejde med Styrelsen for Patientsikkerhed, Danske Regioner og KL og skete uden driftsforstyrrelser. DPSD er nu en integreret del af SundK's samlede kvalitetsindsats med det formål at styrke læring af utilsigtede hændelser og sikre, at viden omsættes til konkrete forbedringer i sundhedsvæsenet.

Den eksisterende database er teknisk forældet og skal erstattes. Projektet Ny DPSD er derfor igangsat i regionalt regi med SundK som aktiv medspiller. Målet er at udvikle en fremtidssikret og brugervenlig læringsplatform, der understøtter både lokal og national læring, styrker datagrundlaget og skaber bedre sammenhæng mellem registrering, analyse og forbedring. I 2025 har arbejdet haft fokus på forberedelse, organisering og kompetenceopbygning, så SundK står klar til at indgå aktivt i den kommende implementering.

Ulighedsanalyse 2025

SundK har i 2025 udarbejdet den årlige ulighedsanalyse på opdrag af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner.

Årets analyse dokumenterer betydelig ulighed i behandling og sygdomsudfald blandt patienter med høj sygdomsbyrde og alkoholproblemer. Analysen peger på behov for differentierede indsatser, styrket koordinering og tydeligere ansvar på tværs af sektorer.

Analysen giver et konkret vidensgrundlag for målrettet kvalitetsudvikling og prioritering.

Implementering af EU's HTA-forordning

EU's forordning om Health Technology Assessment (HTA) trådte i kraft i januar 2025 og etablerer fælles europæiske vurderinger af den kliniske effekt af nye sundhedsteknologier.

SundK er nationalt ansvarlig for implementeringen på området for medicinsk udstyr og in vitro-diagnostik. I 2025 har arbejdet omfattet forberedelse til kommende fælles europæiske vurderinger, kompetenceopbygning og deltagelse i det europæiske samarbejde.

Implementeringen styrker Danmarks adgang til et fælles vidensgrundlag og bidrager til ensartet og evidensbaseret beslutningstagning om ny sundhedsteknologi.

Projekter på vej

Parallelt med de større strukturprojekter arbejder SundK med initiativer, der skal styrke værdibaseret kvalitet og bæredygtig prioritering.

Patientrapporterede outcomes (PROM)
I samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen, regioner, kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og patientforeninger arbejdes der på systematisk at anvende PROM som effektmål i patientforløb. Formålet er at dokumentere, hvad behandling betyder for patienterne – herunder funktionsevne, livskvalitet og symptomer – og sikre, at kvalitetsdatabaserne i højere grad afspejler patientperspektivet og understøtter værdibaserede beslutninger.

Analyse af dagkirurgi
SundK har igangsat en analyse af potentialet for at omlægge relevante procedurer fra indlæggelse til dagkirurgi uden at gå på kompromis med kvalitet og patientsikkerhed. Arbejdet gennemføres i samarbejde med Dansk Selskab for Dagkirurgi og hospitaler og skal danne grundlag for prioritering og organisering, hvor ressourcer anvendes dér, hvor de skaber størst værdi. Sideløbende med de større strukturprojekter arbejder SundK målrettet med nye initiativer, der skal styrke værdibaseret kvalitet og understøtte en mere bæredygtig prioritering i sundhedsvæsenet.

Variation, værdi og valg

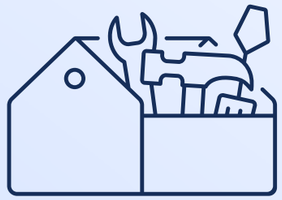
Projektet Variation, Værdi og Valg blev igangsat med henblik på at reducere uønsket variation i høj-volumen og ressourcetunge behandlinger.

Formålet er at sikre ensartet kvalitet på tværs af landet og samtidig reducere indsatser med begrænset værdi for patienterne.

Der er samtidig igangsat analyser vedrørende dagkirurgi og subkutan kemoterapi i hjemmet som led i styrkelsen af prioriteringsgrundlaget.

SundK

Sundhedsvæsenets tværfaglige værktøjskasse



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut samler en række nationale redskaber, der understøtter kvalitetsudvikling, prioritering og patientsikkerhed. Redskaberne anvendes hver dag i sundhedsvæsenet og bidrager til ensartet kvalitet på tværs af landet.

Kliniske kvalitetsdatabaser

De kliniske kvalitetsdatabaser indsamler og analyserer data om udredning, behandling og rehabilitering på tværs af landet.

Databaserne gør det muligt at:

- identificere variation i kvalitet og resultater
- understøtte faglig dialog og forbedring
- skabe gennemsigtighed gennem årsrapporter og nationale opgørelser

Databaserne fungerer som et fælles fagligt grundlag for kvalitetsudvikling og prioritering.

Kliniske retningslinjer

Retningslinjefunktionen understøtter de faglige miljøers udvikling og opdatering af kliniske retningslinjer.

Retningslinjerne:

- omsætter evidens til konkrete anbefalinger
- understøtter ensartet praksis
- synliggør prioritering og faglige valg

Arbejdet styrkes i 2025 gennem integration af Center for Kliniske Retningslinjer i SundK og udvidelse af samarbejderne med de lægevidenskabelige selskaber. I 2026 styrkes arbejdet yderligere med udvikling af ny digital retningslinjeplatform.

Analyser og vurderinger

SundK gennemfører analyser af variation, resultater og klinisk praksis samt udarbejder HTA-vurderinger og anbefalinger.

Arbejdet kombinerer epidemiologi, biostatistik, sundhedsøkonomi og klinisk indsigt og danner grundlag for beslutninger om både nye og eksisterende behandlinger.

Vurderinger og analyser danner grundlag for Rådets anbefalinger og rådgivning.
Der er desuden fastlagt en ramme for, hvordan SundK skal indhente inspiration fra udlandet som del af grundlaget for Rådets arbejde.

Utilsigtede hændelser (UTH)

SundK varetager det nationale ansvar for UTH-ordningen og driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

UTH-ordningen understøtter læring frem for sanktion. Når fejl eller utilsigtede hændelser rapporteres, analyseres mønstre og tendenser med henblik på at forebygge gentagelser og styrke patientsikkerheden.

I 2025 overtog SundK ansvaret for DPSD uden driftsforstyrrelser. Ordningen understøttes af en national supportfunktion og løbende læringsaktiviteter, der omsætter indrapporterede hændelser til konkret forbedring.

Medicinsk teknologivurdering (HTA)

HTA anvendes til at vurdere klinisk effekt, patientsikkerhed og økonomiske konsekvenser ved sundhedsteknologier.

Vurderingerne bidrager til nationale beslutninger om anvendelse af ny medicinsk teknologi og understøtter ansvarlig ressourceanvendelse.

Visitationsretningslinjer

SundK har fået til opgave at udvikle visitationsretningslinjer som et redskab til at sikre, at patienter får den rette indsats på det rette tidspunkt og niveau.

Retningslinjerne skal reducere uønsket variation og skabe større gennemsigtighed og sammenhæng i patientforløb.

Mød SundK

Bestyrelsen

Bestyrelsen i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut er bredt sammensat og består af repræsentanter fra hele sundhedsvæsenet.

Bestyrelsens formål er at sikre en fælles og overordnet strategisk retning for kvalitetsinstituttets arbejde med kvalitet. Herunder skal bestyrelsen sikre fremdriften for og synergien mellem de tre faglige indsatsområder. Bestyrelsen skal endvidere sikre sammenhæng til udviklingen af kvaliteten i det samlede sundhedsvæsen. Bestyrelsen er også ansvarlig for kvalitetsinstituttets drift, økonomi og organisering.



Forperson Anne Jastrup Okkels
Tidligere koncerndirektør i Region Midtjylland og tidligere hospitalsdirektør på hhv Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Herlev og Gentofte Hospital



Næstforperson Jane Kraglund
Regionsdirektør i Region Syddanmark



Næstforperson Helene Probst
Sundhedsfaglig direktør i Danske Regioner



Anne Bukh
Koncerndirektør i Region Nordjylland



Thomas Larsen
Koncerndirektør i Region Midtjylland



Kurt Espersen
Koncerndirektør i Region Syddanmark



Jesper Gyllenborg
Koncerndirektør i Region Sjælland



Erik Jylling
Koncerndirektør i Region Hovedstaden



Trine Overgaard Møller
Teamleder i KL



Camilla Rathcke
Formand i Lægeforeningen



Dorthe Boe Danbjørg
Forkvinde i Dansk Sygeplejeråd



Klaus Lunding
Forperson i Danske Patienter

Observatører



Michael Dall
Formand for Rådet i SundK



Dorte Bech Vizard
Afdelingschef i Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Rådet

Rådet i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal løbende vurdere, om der er områder, hvor der er behov for et øget fokus på at minimere spild og frigøre arbejdskraft samt undersøge potentialer ved sundhedsteknologier, så der skabes mere sundhed for pengene. Derudover kan Rådet fremsætte forslag til nye kliniske retningslinjer og understøtte ensartet implementering af kliniske retningslinjer på tværs af landet og selskaberne.



Formand Michael Dall
Lægelig direktør, OUH



Næstformand Morten Ziebell
Lægefaglig vicedirektør, Sjællands Universitetshospital



Kristian Antonsen
Hospitalsdirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital



Palle Juelsgaard
Lægefaglig direktør, Præhospitalet



Stefan Starup Jeppesen
Lægefaglig sygehusdirektør, Esbjerg og Grindsted Sygehus



Louise Weile
Kvalitets- og forbedringschef, Region Sjælland



Steffen Helmer Kristensen
Lægefaglig direktør, Regionshospital Nordjylland



Kristian Kidholm
Professor, sundhedsøkonom ved Syddansk Universitet



Susanne Axelsen
Formand for Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)



Jacob Thorsted Sørensen
Bestyrelsesmedlem i LVS



Bo Sanderhoff Olsen
Bestyrelsesmedlem i LVS



Annesofie Lunde Jensen
Forperson, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS)



Helen Kæstel
Sygeplejechef, Aalborg Kommune (KL)



Mette Bryde Lind
Direktør, Gigtforeningen (Danske Handicaporganisationer)



Morten Freil
Direktør, Danske Patienter

Observatører



Maj-Britt Juhl Poulsen
Sektionsleder, Lægemiddelstyrelsen



Louise Bredal Mørk Lauridsen
Enhedschef, Sundhedsstyrelsen



Bolette Friderichsen
Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

Fagligt Udvalg for de kliniske kvalitetsdatabaser

Bestyrelsen i SundK har i 2025 nedsat et fagligt udvalg vedr. de kliniske kvalitetsdatabaser. Udvalget er rådgivende overfor Bestyrelsen har bl.a. følgende opgaver: At understøtte koblingen mellem drift og udviklings af de kliniske kvalitetsdatabaser, at give inputs til anbefalinger ift. drifts- og udviklingsmål for de kliniske kvalitetsdatabaser, så de bedst muligt understøtte høj, ensartet kvalitet og kvalitetsudvikling, at give inputs til anbefalinger til, hvordan data og viden fra kvalitetsdatabaserne effektivt aktiveres over for relevante målgrupper og omsættes til konkrete handlinger, der gavner patienter og borgere samt at udarbejde indstillinger til løbende justering af databaseporteføljen.



Formand Thomas Larsen
Koncerndirektør og medlem af SundK's bestyrelse



Gunnar Gislason
Forskningschef i Hjerteforeningen



Pernille Slebsager
Patientstøttedirektør i Kræftens Bekæmpelse



Morten Lindstrøm Larsen
Sundhedspolitisk konsulent, Danske Patienter



Jens Flensted Lassen
klinisk professor, OUH, medlem af Dansk Hjerteregister og formand for Den Multidisciplinære Hjertegruppe



Anne Christina Kjerulff
Praktiserende læge, udpeget af DSAM



Lars Hermann Tang
Fysioterapeut, lektor og medlem af styregruppen for Landsregistret Karbase



Pia Kjær Kristensen
Lektor, forsker i ortopædkirurgisk sygepleje ved Aarhus Universitet og medlem af styregruppen for Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud



Camilla Qvortrup
Formand for DMCG og medlem af Dansk Kolorektal Cancer Databases styregruppe



Ida Hageman
Vicedirektør for DMPG og lægefaglig vicedirektør ved psykiatrien i Region Hovedstaden



Nadja Ausker
Enhedschef, Region Hovedstaden og medlem af regionernes Forum for Kvalitet.



Steffen Kristensen
Lægefaglig direktør, Region Nordjylland



Jónas Thor Björnsson
Specialkonsulent, Center for Sundhed og Ældre i KL



Vibeke Gaardsholt
Sektionsleder, Sundhedsdatastyrelsen



Rikke Verner Agergaard
Chef for KiAP, suppleant lægefaglig leder Thomas Bo Drivsholm

Tværfaglig følgegruppe

Bestyrelsen i SundK har i 2025 besluttet at etablere en tværfaglig følgegruppe, som skal sikre en systematisk og rettidig inddragelse af perspektiver i instituttets arbejde samt gensidig dialog om den tværfaglige udvikling af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Den tværfaglige følgegruppe får bl.a. til opgave at rådgive SundK ifm. igangsættelse af nye relevante aktiviteter samt at drøfte aktuelle temaer og problemstillinger. Den tværfaglige følgegruppe mødes første gang i foråret 2026.



Direktionen

Direktionen i SundK består af tre medlemmer:

- Direktør Jens Winther Jensen
- Vicedirektør Henriette Lipczak
- Vicedirektør Marie Rønde

Direktionen er fagligt, økonomisk og administrativt ansvarlig for SundK, og varetager derfor den daglige ledelse af instituttet.

Instituttet

SundK består af ca. 150 medarbejdere, som står for drift og udvikling af opgaverne, som SundK varetager. Medarbejderne er fordelt på fire kontorer i Aalborg, Aarhus, Odense og København.

Desuden består SundK grundet sit samarbejde med tusindvis af dedikerede samarbejdspartnere fra væsenet, der muliggør arbejdet med kvalitetsudvikling.



Sundhedsvæsenets Kvalitetskonference 2026

Viden, der nytter – og flytter

Sundhedsvæsenet er under forandring. Derfor sætter vi i 2026 fokus på det, der binder det hele sammen: Kvaliteten.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) planlægger i samarbejde med Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), Dansk Center for Sundhedstjenesteforskning (DACS) og Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) Sundhedsvæsenets Kvalitetskonference 2026.

Årets overordnede tema er kvalitetsudvikling på tværs, herunder:

- Hvordan understøtter vi i fællesskab kvalitetsudviklingen i det samlede patientforløb?
- Hvordan arbejder vi med populationsansvar?
- Og hvordan styrker vi kvaliteten på tværs af fag, sektorer og organisatoriske grænser?

Konferencen retter blikket mod samspillet mellem de redskaber, der tilsammen udgør fundamentet for kvalitetsudvikling i Danmark: Kliniske retningslinjer, visitationsretningslinjer, kliniske kvalitetsdatabaser, Dansk Patientsikkerhedsdatabase samt analyser og vurderinger.

Vi vil ikke blot tale om samarbejde – vi vil vise det i praksis.

Med konkrete eksempler fra områder, hvor vi er lykkedes med at arbejde sammen om at løfte kvaliteten for patienterne, sætter vi fokus på, hvordan viden omsættes til handling.

Gennem oplæg, debatter og workshops samler konferencen beslutningstagere, ledere, sundhedsprofessionelle, forskere og patientrepræsentanter til to dage med fælles refleksion, videndeling og dialog om kvalitetens rolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Hvornår:
28.–29. oktober 2026

Hvor:
Clarion Hotel, Copenhagen Airport

Arrangører:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)
i samarbejde med LVS, DACS og DASYS

Tilmeld dig her:

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Bilag Titel:	**Faktaark om centrale patientrettigheder**
Dagsordens titel	**Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne**
Dagsordenspunkt nr	**8**
Bilag nr	**1**
Antal bilag:	**2**

Notat

Danske Regioner

Faktaark om centrale patientrettigheder

05-11-2026
EMN-2024-00932
1892266
Jens Bjerg Johansen

I det følgende gennemgås centrale patientrettigheder i form af retten til hurtig udredning, udvidet frit sygehusvalg ved udredning og behandling samt de maksimale ventetider ved kræft og visse hjertesygdomme.

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.

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	**Undersøgelse af patientrettigheder i sammenlignelige lande og caseanalyse af udvalgte afdelinger.pdf**
Dokument Titel:	**Undersøgelse af patientrettigheder i sammenlignelige lande og caseanalyse af udvalgte afdelinger**
Dokument ID:	**1892269**

IM_

November 2025

Undersøgelse af patientrettigheder i sammenlignelige lande og caseanalyse af udvalgte afdelinger

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse 2

1 Sammenfatning 3

2 Baggrund for opgaven 5

2.1 Læsevejledning 5

3 Forskelle og ligheder i patientrettighederne i Norden 6

3.1 Udredningsretten 6

3.2 Retten til frit sygehusvalg 8

3.3 Udvidet frit sygehusvalg 9

3.4 Maksimale ventetider for kræftpatienter 12

3.5 Kræftpakkeforløb 14

3.5.1 Forløbstider i kræftpakkeforløb for brystkræft og prostatakræft 15

3.6 Sammenligning af patientrettigheder i Danmark og Finland, Norge og Sverige 20

4 Patientrettighedernes bindinger og implikationer i den kliniske hverdag 22

5 Patientrettigheder i Finland, Norge og Sverige 26

5.1 Patientrettigheder i Finland 26

5.2 Patientrettigheder i Norge 30

5.3 Patientrettigheder i Sverige 35

5.4 Tabeloversigt over udvalgte patientrettigheder i Danmark, Finland, Norge og Sverige 40

6 Casebeskrivelser 44

6.1 Casebeskrivelse Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus 44

6.2 Casebeskrivelse Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital 52

1 Sammenfatning

Denne undersøgelse indeholder en gennemgang af udvalgte patientrettigheder i Danmark, Finland, Norge og Sverige. Dette har til formål at forstå, hvordan de forskellige lande har indrettet disse patientrettigheder, samt hvilke forskelle, der er mellem dem. Dertil analyseres det, hvilke bindinger og implikationer patientrettighederne i Danmark har for den kliniske hverdag på to udvalgte caseafdelinger.

Undersøgelse af udvalgte patientrettigheder i Danmark, Finland, Norge og Sverige

Undersøgelsen finder, at de udvalgte patientrettigheder – udredningsretten, frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, maksimale ventetider - i Danmark, Finland, Norge og Sverige har flere fælles elementer, men adskiller sig samtidig i omfang og de tidsfrister, der gælder. Alle fire lande har patientrettigheder, der sikrer patienter ret til udredning og behandling. Retten til frit sygehusvalg er en patientrettighed i Danmark, Finland og Norge, mens det i Sverige kræver særlig godkendelse fra bopælsregionen at vælge at blive udredt eller behandlet på et andet sygehus. Hvis fristerne ikke overholdes for udredning og behandling, har patienterne i alle landende ret til udvidet frit sygehusvalg, dvs. mulighed for at blive udredt eller behandlet på et andet offentligt eller udvalgt privat hospital. Fristerne for, hvornår udvidet ret til frit sygehusvalg aktiveres, varierer dog mellem landene.

Særligt Norge adskiller sig fra de øvrige lande ved, at der her gælder en kort, formel tidsfrist på kun 10 dage for udredning. Samtidig har Norge ikke en fastsat, generel tidsfrist for fastsættelse af patientens behandlingsdato. I stedet bliver behandlingsdatoen i Norge bestemt ud fra en individuel lægefaglig vurdering, hvorimod tidsfristerne for behandling i Danmark, Finland og Sverige er fastsat gennem patientrettighederne.

Danmark skiller sig ud ved at have særligt skærpede patientrettigheder for kræftpatienter med maksimale ventetider på 14 dage for både udredning og behandling. Finland, Norge og Sverige har ikke tilsvarende patientrettigheder, men det beskrives i deres patientrettigheder, at kræftpatienter skal udredes og behandles hurtigst muligt. Alle fire lande ud udarbejdet kræftpakkeforløb for en række forskellige former for kræft. Der ses variation på tværs af landende i forhold til, hvilke kræftpakkeforløb de har udarbejdet. Ens for landende er, at kræftpakkeforløbene ikke er juridiske patientrettigheder.

De danske patientrettigheders implikation på den kliniske hverdag for to caseafdelinger

Undersøgelsen analyser også, hvilke bindinger og implikationer de danske patientrettigheder har på den kliniske hverdag på afdelinger: Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling D på Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus samt Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme på Herlev Gentofte Hospital.

Analysen finder, at der i den daglige drift konstant balanceres mellem hensynet til patientrettigheder, politiske krav og individuelle patientbehov. Dette skaber en prioriteringslogik, hvor ressourcer og kapacitet nøje planlægges for at overholde forløbstiderne i kræftpakkeforløb. Kapaciteten justeres løbende mellem kræftpakkeforløb, akutte patienter og planlagte indgreb, og specifikke operationslejer reserveres for at sikre plads til kræft- og akutpatienter. Selvom behandling i udlandet formelt er en mulighed som led i udvidet frit sygehusvalg og maksimale ventetider for kræftpatienter, anvendes denne

mulighed sjældent i praksis, fordi det er udfordrende at finde relevante tilbud og sikre sammenhæng i patientforløbet.

Samlet set fungerer patientrettighederne som et solidt sikkerhedsnet for både kræftpatienter og patienter, der skal udredes. Dog medfører de også en række afledte konsekvenser såsom konstant planlagt overkapacitet, forskudte ventetider mellem forskellige patientgrupper, øget administrativt arbejde, omfattende dokumentationskrav, udfordringer for uddannelsesmiljøet samt et vedvarende økonomisk pres. Disse udfordringer håndteres gennem stram kapacitetsstyring, men resultaterne peger på, at mere fleksible og differentierede ventetidsrammer kunne skabe en bedre balance i sundhedsvæsenet fremover.

2 Baggrund for opgaven

På Regionernes Politiske Topmøde 2024 blev det besluttet, at Danske Regioner skal inddrage fagfolk og øvrige relevante aktører i at belyse begrundelser for en mulig differentiering af patientrettighederne med henblik på at afklare Danske Regioners position i spørgsmålet. Hermed menes konkret de patientrettigheder, der indeholder en frist for, hvornår patienterne senest skal tilbydes udredning eller behandling.

I arbejdet med spørgsmålet er det blevet tydeligt, at der findes begrænset faktuel viden om indvirkningen af disse patientrettigheder på sundhedsvæsenet. Danske Regioner har derfor bedt om en afdækning af, hvordan sammenlignelige lande, særligt de nordiske, har indrettet sine patientrettigheder. Denne afdækning belyser forskellige indretninger og operationaliseringer af patientrettighederne.

Ud over kortlægning af patientrettighederne i de nordiske lande indeholder afrapporteringen en analyse af de praktiske implikationer, de danske patientrettigheder har for to konkrete kliniske afdelinger. Disse casebeskrivelser giver et billede af, hvordan lovgivning og rettigheder omsættes til praksis, og hvordan sundhedsprofessionelle oplever rettighedernes betydning i tilrettelæggelsen af patientforløb.

2.1 Læsevejledning

Kapitel 2 præsenterer en gennemgang af patientrettighederne, hvor der sættes fokus på udredningsretten, retten til frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, maksimale ventetider og kræftpakkeforløb, som de er forankret i lovgivningen i Danmark, Finland, Norge og Sverige. Afslutningsvis fremhæver afsnittet centrale ligheder og forskelle i de juridiske rammer på tværs af landene.

Kapitel 3 analyserer, hvordan patientrettighederne konkret påvirker den kliniske praksis, med afsæt i to casebeskrivelser. Her undersøges de praktiske implikationer for både patienter og sundhedsfagligt personale, herunder de dilemmaer, prioriteringer og organisatoriske udfordringer, der opstår, når rettighederne skal omsættes til praksis.

Bilag 1-3 udfolder patientrettighederne samt de tilhørende implikationer og konkrete erfaringer i Finland, Norge og Sverige. Her gives et indgående indblik i, hvordan rettighederne fortolkes, implementeres og opleves i praksis på tværs af de tre lande.

Bilag 4 præsenterer en tabeoversigt, der giver et let tilgængeligt overblik over de formelle patientrettigheder i Danmark, Finland, Norge og Sverige.

Bilag 5-6 præsenteres de to cases, der illustrerer, hvordan patientrettighederne udmøntes på to kliniske afdelinger, hvilke implikationer de har, og hvordan det påvirker afdelingens kapacitetsstyring samt prioritering og planlægning.

3 Forskelle og ligheder i patientrettighederne i Norden

Patientrettigheder fastlægger reglerne for borgernes adgang til udredning og behandling i sundhedsvæsenet i alle de nordiske lande. De nordiske lande benytter forskellige betegnelser for patientrettighederne, men det overordnede indhold er sammenligneligt. Af hensyn til klarhed og sammenlignelighed anvendes derfor de danske betegnelser, når patientrettighederne beskrives på tværs af landene.

I de følgende afsnit præsenteres en gennemgang af udredningsretten, retten til frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, maksimale ventetider for kræftpatienter og kræftpakkeforløb i Danmark, Finland, Norge og Sverige. Denne sammenstilling giver et overblik over såvel de fælles træk som de forskelle, der kendetegner patientrettigheder på tværs af de nordiske lande.

3.1 Udredningsretten

De nordiske landes udredningsret udgør et centralt element i sikringen af borgernes adgang til sundhedsydelser. I alle lande knytter udredningsretten sig til, at enhver borger, der får en henvisning fra en almen praktiserende læge, har krav på at blive udredt inden for en given tidsramme. Detaljerne i udredningsretten og herunder ikke mindst tidsfristerne varierer på tværs af landende.

Boks 1 – Dansk sundhedslovs §82b om udredningsretten

Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2.

Danmark

Danmark har en udredningsret på 30 dage, hvilket betyder, at alle patienter som udgangspunkt skal tilbydes en udredning indenfor denne periode. Er der særlige faglige grunde, kan fristen forlænges, for eksempel hvis der kræves specialiserede undersøgelser eller henvisning til avanceret diagnostik.

Finland

I Finland er udredningsretten en integreret del af hoitotakuu (behandlingsgarantien). Udredningsretten foreskriver, at borgerne skal have adgang til vurdering hos almen praktiserende læge samme dag, som de kontakter dem. Udredningsretten definerer en frist på 21 dage fra modtagelse af henvisningen fra almen praksis til igangsættelse af udredningen. Hvis den indledende udredning viser behov for mere omfattende undersøgelser, kan perioden udvides op til tre måneder. Det kan kun ske, hvis det vurderes nødvendigt ud fra et sundhedsfagligt synspunkt.

Norge

I Norge giver fastlegeordningen patienterne ret til at blive vurderet af en almen praktiserende læge inden for 5 hverdage. Denne rettighed er dog kun vejledende, hvilket betyder, at der ofte kan være forskel på, hvordan og hvor konsekvent den bliver fulgt i praksis.

I Norge har en patient ret til at blive udredt af en specialist - læge med speciale inden for det patienten henvises for - inden for 10 dage efter henvisning fra en praktiserende læge. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sygdom skal udredningen ske hurtigst muligt inden for disse 10 dage. Patientens behandlingsdato fastsættes ud fra en lægefaglig vurdering med afsæt i prioriteringsforeskriften[1], hvor følgende kriterier indgår:

- Forventet nytte (Nyttekriteriet)
- Forventet ressourcebrug (Ressourcekriteriet)
- Tilstandens alvorlighed (Tilstandens alvorlighed)

Erfaringerne fra Norge viser, at de objektive kriterier i prioriteringsforeskriften ikke altid bliver anvendt konsekvent, og at kendskabet til kriterierne varierer blandt læger.

> *"Tidsfristen for behandling er baseret på prioriteringskriterierne, men det er først og fremmest den lægefaglige vurdering, der er vigtigt her. Ikke alle læger har tilstrækkelig viden om prioriteringskriterierne, og statistikker viser, at prioriteringen gøres forskellig […] "*
>
> Bestyrelsesformand, Oslo Universitetshospital

Det medfører, at udredningsforløbene ofte afhænger af både individuelle lægevurderinger og den regionale kapacitet, hvilket kan give forskelle i patienternes adgang til behandling. Selvom der ikke er fastsat en lovbestemt maksimal ventetid for patientens behandlingsdato, opleves det i praksis kun sjældent, at ventetiden overstiger et år.

Sverige

I Sverige er der fastsat en national tidsfrist på 90 dage for udredning (vårdgaranti). Patienternes behandlingsdato prioriteres ud fra en konkret lægefaglig vurdering, patientens sygdomsforløb og individuelle behov. Regionerne har hver især mulighed for at beslutte at skærpe kravene til, hvor hurtigt udredningen skal påbegyndes. For eksempel har Region Stockholm indført en fast 30-dages frist for at gennemføre udredningen. Der peges dog på, at tidsfristen for udredning generelt opfattes som vejledende og ikke en bindende tidsfrist, hvilket kan betyde, at patienter på tværs af Sverige kan opleve betydelige forskelle i, hvordan udredningsretten håndteres.

[1] For yderligere information om prioriteringsforeskriften kan dette forefindes i afsnit 4.3 på https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/prioriteringsveileder-info-om-lov-og-forskrift

"Det er fulgt som en anbefaling snarere end noget obligatorisk."
Cheflæge, Karolinska Universitetshospital

Cheflægen fra Karolinska Universitetshospital fremhæver, at der er stort fokus på at nedbringe ventetiden til patientens første konsultation. Denne prioritering handler ikke kun om at tage hensyn til patientens behov, men også om at undgå at overskride vårdgarantien.

3.2 Retten til frit sygehusvalg

Der er forskelle mellem de nordiske lande, når det gælder patienters ret til frit sygehusvalg. I Danmark og Norge har patienterne en lovfæstet ret til selv at vælge, hvilket offentligt sygehus eller udvalgte private hospitaler, de ønsker at blive udredt eller behandlet på. I Finland har patienterne ligeledes ret til at vælge, hvilket offentligt sygehus de ønsker at blive udredt eller behandlet på. I Sverige eksisterer der ikke en tilsvarende patientrettighed for frit sygehusvalg.

Boks 2 – Dansk sundhedslovs §86 om frit sygehusvalg

En person, der henvises til sygehusbehandling, kan vælge mellem bopælsregionens sygehuse, andre regioners sygehuse og de private specialsygehuse m.fl., der er nævnt i § 79, stk. 2, uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen.

Danmark

I Danmark har patienter ret til frit sygehusvalg, hvilket betyder, at de selv kan bestemme, hvilket offentligt sygehus de ønsker at blive udredt eller behandlet på, så længe de har en henvisning. Patienterne kan også vælge visse private specialsygehuse, som deres bopælsregion samarbejder med, eller som bopælsregionen har indgået aftale om at varetage udvalgte regionale sygehusopgaver. Det er en forudsætning, at det offentlige sygehus eller private specialsygehus varetager behandlingen eller proceduren for at patienten kan gøre brug af ret til frit sygehusvalg.

Finland

I Finland har patienter, der får en henvisning til udredning eller behandling på et sygehus, mulighed for selv at vælge, hvilket offentligt hospital de ønsker at benytte gennem retten til frit sygehusvalg. Dog gælder der nogle begrænsninger: visse behandlinger og procedurer er centraliseret på udvalgte hospitaler, hvilket betyder, at patienterne kun kan vælge mellem sygehuse, der varetager det relevante behandlingsniveau.

Norge

I Norge gælder retten til frit sygehusvalg for alle patienter, der bliver henvist til specialiserede sundhedsydelser. Som hovedregel kan sygehuse ikke afvise henvisninger fra andre regioner, medmindre det vil betyde, at sygehusene ikke kan leve op til deres ansvar for befolkningen i egen region.

Sverige

I Sverige har patienterne ikke ret til frit sygehusvalg, men de kan dog vælge at søge om at blive indlagt på et sygehus i en anden region. For at kunne søge om at blive indlagt og behandlet på et andet sygehus kræver det f.eks., at patienten har familie eller nære pårørende, der bor i tæt på sygehuset. Det er bopælsregionen, der skal godkende ansøgningen om behandling på et sygehus i en anden region.

3.3 Udvidet frit sygehusvalg

I alle de nordiske lande har patienterne ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis fristerne for udredning og behandling ikke overholdes. Det betyder, at patienter i de nordiske lande ved fristoverskridelse har mulighed for at vælge at blive udredt eller behandlet på et andet offentligt sygehus eller private hospitaler, som regionerne samarbejder med.

Boks 3 – Dansk sundhedslovs §87 om Udvidet frit sygehusvalg

§ 87. En person, som er omfattet af § 82 b, kan vælge at blive helt eller delvist udredt på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke inden for 1 måned kan tilbyde personen endelig udredning ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter. Kan bopælsregionen af faglige årsager, jf. § 82 b, ikke inden for 1 måned tilbyde en henvist person, jf. 1. pkt., endelig udredning ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter, kan personen vælge at få dele af udredningsforløbet, hvor ventetiden forlænges af kapacitetsmæssige årsager, udført på et aftalesygehus, jf. stk. 4.

Stk. 2. En person, som er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse eller en af de klinikker m.v., som regionsrådene har indgået aftale med efter stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

Danmark

I Danmark får patienter, der oplever ventetider ud over de fastsatte tidsfrister for udredning eller behandling, ret til udvidet frit sygehusvalg. Fristerne for udredning og behandling er:

- 30 dage for udredning
- 30 dage for behandling

Dette betyder, at patienten kan vælge et andet offentligt sygehus eller privathospital for udredning eller behandling. Det ses ofte, at patienter efter endt udredning vælger at fortsætte behandlingen på det sygehus, de kender, fremfor at benytte retten til udvidet frit sygehusvalg (se mere i afsnit 4.5).

Finland

I Finland aktiveres udvidet frit sygehusvalg, hvis sygehuset ikke kan overholde fristerne for udredning og specialiseret behandling. Fristerne for udredning og behandling er:

- 21 dage for udredning
- 6 måneder for specialiseret behandling

Det er det ansvarlige sygehus, der skal informere patienten om retten til udvidet frit sygehusvalg, og samtidig stå for både koordinering og finansiering af patientens videre behandlingsforløb. For at undgå, at tidsfristerne overskrides, sættes der en række forskellige initiativer i gang, når presset på sygehusene stiger. Disse tiltag har til formål at sikre, at de fastsatte tidsfrister overholdes, og at patienternes rettigheder efterleves. Først forsøges det at etablere midlertidige aftenskift på de berørte afdelinger for at udnytte faciliteterne bedre og øge kapaciteten. Hvis dette ikke er tilstrækkeligt, indgås der aftaler om køb af kapacitet hos privathospitaler – især til standardiserede og planlagte indgreb som ortopædiske operationer eller grå stær-kirurgi.

> *"Når lokale ressourcer slipper op, starter vi internt – derefter naboregioner eller køb af standardiserede ydelser hos privathospitaler".*
>
> Forskningsprofessor ved Det Finske Institut for Sundhed og Velfærd (THL)

Dertil kan patienter også tilbydes behandling på et andet offentligt sygehus i en anden region for at sikre, at patienterne modtager den nødvendige behandling inden for de gældende tidsfrister.

Norge

Udvidet frit sygehusvalg aktiveres i Norge, hvis følgende tidsfrister for udredning og behandling ikke overholdes:

- Udredning: 10 dage
- Behandling: Der er ingen generel fastsat tidsfrist. Tidsfristen for behandling tager udgangspunkt i den individuelle behandlingsdato som patienten har fået.

Patienterne skal udredes inden for 10 dage, og denne tidsfrist gælder for alle henviste patienter. Når det kommer til behandling, er der ikke en fastsat tidsfrist; her fastlægges behandlingsdatoen individuelt på baggrund af en lægefaglig vurdering, som beskrevet i afsnit 2.1. Hvis fristen for enten udredning eller behandlingsdatoen ikke overholdes, får patienten ret til udvidet frit sygehusvalg. Det betyder, at patienten kan vælge at blive udredt

eller behandlet på et andet offentligt sygehus eller et privathospital. Når tidsfristen for behandling overskrides, skal det ansvarlige sygehus indrapportere dette til Helfo[2]. Helfo sørger derefter for, at patienten får besked om retten til udvidet frit sygehusvalg. Patienten får tilbud om behandling på et andet offentligt hospital eller hos et privathospital, som har en aftale med det offentlige sundhedsvæsen. Udgifterne til behandlingen dækkes af det oprindelige, ansvarlige sygehus. Det er op til patienten selv, om vedkommende ønsker at tage imod tilbuddet.

> *"Hovedproblemet er, at patienten ønsker behandling der, hvor de har søgt behandling. I praksis resulterer det i en overskridelse af fristen, men det er betinget til patientens ønske".*
>
> Bestyrelsesformand, Oslo Universitetshospital

I Norge oplever man – lige som i Danmark - at patienterne ofte foretrækker at blive behandlet på det sygehus, de er blevet udredt på, fremfor at benytte sig retten til udvidet frit sygehusvalg og modtage behandling et andet sted. Patienterne vælger derfor bevidst at vente længere, selvom det betyder, at de må vente længere på behandling.

Sverige

I Sverige træder retten til udvidet frit sygehusvalg i kraft, hvis følgende tidsfrister overskrides:

- Udredning: 90 dage
- Behandling: 90 dage

Hvis en region ikke kan tilbyde udbredning eller behandling inden for disse tidsfrister, skal patienten tilbydes et alternativt behandlingssted hos et andet offentligt sygehus eller privathospital uden ekstra omkostninger.

> *"(…) regeringen har erkendt, at regionerne kan gøre mere for at fordele kapaciteten effektivt og støtte hinanden i at opretholde patientrettigheder."*
>
> Jurist, Socialstyrelsen.

Der er i Sverige en politisk anerkendelse af, at regionerne skal samarbejde mere for at udnytte kapaciteten bedre, så patientrettighederne overholdes, og alle patienter får hurtig adgang til udredning og behandling.

Det bemærkes desuden, at der er uenighed om, hvordan behandlingsstart defineres. For nogle læger anses den første konsultation for at være begyndelsen på behandlingen, mens

[2] Helfo er en norsk statslig myndighed underlagt Helsedirektoratet, som administrerer økonomiske ordninger og refusioner i sundhedsvæsenet for patienter i Norge og ved behandling i udlandet.

andre først betragter behandlingen som påbegyndt ved en konkret intervention – eksempelvis en operation. Cheflægen fra Karolinska Universitetshospital fortæller, at den officielle definition tager udgangspunkt i, at behandlingsstart er tidspunktet for den faktiske intervention. Denne manglende ensartethed i forståelsen betyder, at patientrettigheder håndteres forskelligt i praksis, og det kan dermed have betydning for, hvornår retten til udvidet frit sygehusvalg aktiveres.

3.4 Maksimale ventetider for kræftpatienter

I Danmark er der indført skærpede patientrettigheder, som fastsætter, hvor længe patienter må vente på udredning og behandling, hvis der er mistanke om kræft (eller visse hjertesygdomme). Der findes ikke tilsvarende patientrettigheder vedrørende maksimale ventetider for kræftpatienter i Finland, Norge og Sverige.

Boks 4 - Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015)

Kapitel 2 – maksimale ventetider for kræftpatienter

§ 2. Medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet, gælder for behandling af kræftsygdomme følgende maksimale ventetider:

1) Til udredning ved mistanke om kræft: 14 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til forundersøgelse, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde udredning

2) Til operation efter afsluttet udredning: 14 kalenderdage fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra det behandlende sygehus om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke til den konkrete operation, til den dato sygehuset har tilbudt at foretage operationen og senest 28 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til behandling.

3) Til medicinsk behandling, som er initialbehandling: 14 kalenderdage fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra det behandlende sygehus om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke til den konkrete medicinske kræftbehandling, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde behandlingen, og senest 28 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til behandling.

4) Til strålebehandling, som er initialbehandling: 14 kalenderdage fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra det behandlende sygehus om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke til den konkrete strålebehandling, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde behandlingen, og senest 28 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til strålebehandling.

5) Til medicinsk behandling eller strålebehandling efter initial behandling: 14 kalenderdage fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra det behandlende sygehus om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke til den konkrete adjuverende medicinske kræftbehandling eller strålebehandling, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde behandlingen, og senest 28 kalenderdage fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til medicinsk eller stråle behandling efter initial behandling.

Danmark

I Danmark er den maksimale ventetid til udredning for kræftpatienter er således 14 kalenderdage fra hospitalet har modtaget henvisningen fra praktiserende læge. Fra patienten har accepteret den tilbudte behandling, til behandlingen starter, må der ligeledes maksimalt gå 14 kalenderdage. De maksimale ventetider gælder, uanset om patienten er tilknyttet et kræftpakkeforløb eller ej (se mere om kræftpakkeforløb i afsnit 2.5).

De maksimale ventetider skal ikke efterleves, hvis et fagligt vurderet hensyn til patientens helbredstilstand tilsiger, at udredningen og/eller behandlingen bør gennemføres senere, end de maksimale ventetider foreskriver. For eksempel kan der være behov for først at stabilisere eller behandle anden samtidig sygdom (komorbiditet), som patienten har, eller at patienten gennemgår præhabilitering for at opnå det bedst mulige udbytte af behandlingen.

Ansvaret for, at patienter bliver udredt og behandlet inden for de fastsatte tidsfrister, ligger hos bopælsregionen. Hvis det ikke er muligt at tilbyde udredning eller behandling inden for den maksimale ventetid, er bopælsregionen forpligtet til at tilbyde henvisning til et andet sygehus, enten i en anden region, på et privathospital i Danmark eller på et hospital i udlandet, hvor der kan tilbydes behandling inden for de maksimale ventetider

Hvis en region ikke kan finde en ledig tid til udredning eller behandling inden for fristen på et andet offentligt hospital, privathospital eller i udlandet, kan opgaven om at finde et behandlingstilbud overdrages til Sundhedsstyrelsen, forudsat at patienten giver samtykke til dette. Sundhedsstyrelsen skal herefter undersøge mulighederne for behandling inden for den maksimale ventetid, enten her i landet eller i udlandet.

Finland, Norge og Sverige

I Finland, Norge og Sverige gælder den generelle udredningsret for patienter med mistanke om kræft, hvor det er beskrevet, at de skal udredes hurtigst muligt. På samme vis er det retten til udvidet frit sygehusvalg, der aktiveres, hvis kræftpatienternes udredning eller behandling overstiger de generelle tidsfrister for behandling.

3.5 Kræftpakkeforløb

I Danmark, Finland, Norge og Sverige er der fastlagt kræftpakkeforløb, som beskriver standardiserede forløb for kræftpatienter. Kræftpakkeforløbene indeholder anbefalede standardforløbstider for udredning og behandling, der fungerer som faglige retningslinjer og er procesunderstøttende for effektive forløb. Kræftpakkeforløbene er ikke formaliserede patientrettigheder, som giver patienterne ret til at blive udredt og behandlet inden for de angivne forløbstidsfrister.

I Danmark findes der 26 kræftpakkeforløb, der dækker ca. 40 kræfttyper[3]. Der er ikke en national målsætning for overholdelse af forløbstiderne i kræftpakkeforløbene, ligesom det ifølge Sundhedsstyrelsen ikke kan forventes, at standardforløbstiderne kan opfyldes for alle patienter, da det kan være nødvendigt at afvige disse pga. særlige helbredsforhold eller patientens egne præferencer. Regionerne kan dog selv fastsætte lokale målsætninger. I Region Nordjylland er der eksempelvis en politisk besluttet målsætning om, at 90% af alle kræftpakkeforløbene skal overholde de nationale forløbstider[4].

[3] https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Kraeftsygdom/Pakkeforloeb-for-kraeft
[4] https://www.sst.dk/-/media/Fagperson/Kraeft/Task-Force/Referater/Bilag/Bilag-2023_53-Region-Nordjyllands-redegoerelse_-indberetning.ashx?sc_lang=da&hash=EC5F71801D2B071B4317851AADAF9576

I Finland er der nationale faglige retningslinjer for 20 former for kræft.[5] Målet med de faglige retningslinjer er, at der højst må gå 6 uger, fra sygehuset modtager en henvisning med mistanke om kræft, til behandlingen starter.

Der findes ingen samlet national indikator for overholdelse af kræftpakkeforløb. Dog vælger nogle hospitaler at offentliggøre deres egne data over forløbstider. Eksempelvis rapporterer universitetshospitalet TYKS, at den gennemsnitlige ventetid for brystkræft er cirka 26 dage fra henvisning til første operation (Q1 2025). For prostatakræft er der typisk omkring 21 dage til udredning og 24 dage fra behandlingsbeslutning til operation (Q1 2025).

I Norge findes der 26 kræftpakkeforløb med standardforløbstider[6]. Kræftpakkeforløbene er baseret på standardiserede patientforløb med det formål at bidrage til hurtig udredning og påbegyndelse af behandling. De tre faser i det norske kræftpakkeforløb omfatter:

- Fra henvisning til start på udredning
- Udredningsperioden
- Fra afsluttet udredning til behandling starter

Norge har en landsdækkende målsætning om, at mindst 70% af kræftpakkeforløbene skal gennemføres inden for den maksimale anbefalede forløbstid. Tal fra Helsedirektoratet viser, at 71,5 % af kræftpakkeforløbene i første kvartal 2025 blev gennemført inden for de anbefalede tidsfrister.

I Sverige er der 31 kræftpakkeforløb, hvor der er fastlagt standardforløbstider[7]. Der er en målsætning om, at 80% af alle kræftpakkeforløb skal overholde forløbstidsfristerne. Data fra 2024 viser, at ingen regioner i Sverige kunne leve op til målsætningen om, at 80% af kræftpakkeforløbene skulle overholde de fastsatte tidsfrister. I 2024 var det kun regionerne Värmland, Stockholm og Gotland, der opnåede en målopfyldelse på over 55%[8].¨

3.5.1 Forløbstider i kræftpakkeforløb for brystkræft og prostatakræft

I Samarbejde med Danske Regioner er der udvalgt to af de hyppigste kræftforløb – brystkræft og prostatakræft – for at etablere et overblik over, hvordan forløbstiderne i kræftpakkeforløbene ser ud på tværs af Danmark, Finland, Norge og Sverige.

Det har ikke været muligt at identificere forløbstidsfrister for de udvalgte kræftpakkeforløb i Finland. Det synes at skyldes, at der i Finland ikke fastsættes nationale tidsfrister for kræftpakkeforløb, men i stedet beskrives, hvordan et ideelt forløb bør tilrettelægges.

[5] https://fican.fi/en/what-we-do/diagnostic-and-treatment-practices/national-guidelines/
[6] https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft/
[7] https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/vardforlopp/
[8] Cancerfonden, *Väntetider i cancervården 2024*, rapport

I tabel 1 vises de respektive forløbstider for kræftpakkeforløb for brystkræft på tværs af Danmark, Norge og Sverige. Det ses, at de tre lande i nogen udstrækning bruger de samme forløbsindikatorer til at måle forløbstider på. Dog ses det også, at der er variation på tværs af de tre lande, hvor Sverige har en tidligere forløbsindikator end Danmark og Norge, hvor der afgøres om mistanken om brystkræft er velbegrundet. Samtidig ses det, at det kun er Danmark, som måler forløbstider ved kirurgisk behandling m. plastikkirurgisk assistance, mens Norge som det eneste land måler forløbstider for medicinsk behandling.

Tabel 1. Overblik over forløbstider for kræftpakkeforløb for brystkræft

	Danmark[9]	Finland	Norge[10]	Sverige[11]
Henvisning				
Afgørelse om velbegrundet mistanke	Ikke angivet		Ikke angivet	2 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	6 kalenderdage		7 kalenderdage	7 kalenderdage
Udredning				
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	8 kalenderdage		12 kalenderdage	12 kalenderdage
Initial behandling				
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling (kirurgisk behandling)	13 kalenderdage		13 kalenderdage	14 kalenderdage
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling (kirurgisk behandling m. plastikkirurgisk assistance)	20 kalenderdage		Ikke angivet	Ikke angivet

[9] https://www.sst.dk/media/nqepwavr/pakkeforloeb-for-brystkraeft-2018.pdf
[10] https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft
[11] https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/brostcancer/vardforlopp/

Fra afslutning af udredning til start på behandling (medicinsk behandling)	Ikke angivet		10 kalenderdage	Ikke angivet
Samlet forløbstid				
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (kirurgisk behandling)	27 kalenderdage		32 kalenderdage	35 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (kirurgisk behandling m. plastikkirurgisk assistance)	34 kalenderdage		Ikke angivet	Ikke angivet
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (medicinsk behandling)	Ikke angivet		29 kalenderdage	Ikke angivet

I tabel 2 vises de respektive forløbstider for kræftpakkeforløb for prostatakræft på tværs af Danmark, Norge og Sverige. For Sverige gør det sig gældende, at de differentierer forløbstidsfristerne på baggrund af patientens PSA-grænseværdi (Prostata Specifikt Antigen). Grundet denne differentiering er der ikke udarbejdet et komplet overblik over de forskellige kombinationer af forløbstidsfrister, men angivet spændet for den samlet forløbstidsfrist. Det betyder, at der vil være forløbstidsindikatorer, som ikke er beskrevet for Sverige.

Tabel 2. Overblik over forløbstider for kræftpakkeforløb for prostatakræft

	Danmark[12]	Finland	Norge[13]	Sverige[14]
Henvisning				
Afgørelse om velbegrundet mistanke	Ikke angivet	Ikke angivet	Ikke angivet	1-42 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling	8 kalenderdage		10 kalenderdage	
Udredning				
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning	36 kalenderdage		24 kalenderdage	
Initial behandling				
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling (kirurgisk behandling)	10 kalenderdage		32 kalenderdage	14 kalenderdage
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling (strålebehandling)	15 kalenderdage		32 kalenderdage	21 kalenderdage
Fra afslutning af udredning til start på behandling	42 kalenderdage		Ikke angivet	Ikke angivet

[12] https://www.sst.dk/media/jlojanno/pakkeforloeb.pdf
[13] https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/prostatakreft/behandling-av-prostatakreft#hovedgrupper-av-behandlingsforlop
[14] https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/prostatacancer/vardforlopp/#

(nervebesparende kirurgi)				
Fra afslutning af udredning til start på behandling (medicinsk behandling)	Ikke angivet		3 kalenderdage	3 kalenderdage
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling (medicinsk- og strålebehandling)	Ikke angivet		Ikke angivet	3 kalenderdage
Fra afslutning af udredning til start på behandling (aktiv overvågning)	Ikke angivet		3 kalenderdage	0 kalenderdage
Samlet forløbstid				
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (kirurgisk behandling)	54 kalenderdage		66 kalenderdage	68-89 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (strålebehandling)	59 kalenderdage		66 kalenderdage	75-96 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (nervebesparende kirurgi)	86 kalenderdage		Ikke angivet	Ikke angivet
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (medicinsk behandling)	Ikke angivet		37 kalenderdage	57-78 kalenderdage
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling (aktiv overvågning)	Ikke angivet		37 kalenderdage	54-75 kalenderdage

3.6 Sammenligning af patientrettigheder i Danmark og Finland, Norge og Sverige

I Finland, Norge og Sverige er der patientrettigheder, der fastsætter tidsfrister for, hvor længe, der må gå, før patienter bliver tilset i almen praksis. I Finland skal patienterne tilses i almen praksis samme dag, de henvender sig, mens patienter i Norge skal tilses inden for 5 hverdage, og i Sverige skal patienterne tilses inden for 3 kalenderdage efter henvendelse. Det betyder, at patientrettighederne i disse lande aktiveres allerede ved første kontakt til sundhedsvæsenet. I Danmark træder patientrettighederne først i kraft på det tidspunkt, hvor patienten af almen praksis bliver henvist til udredning på et sygehus. I Danmark fremgår det dog af §50, stk. 3 i overenskomsten mellem PLO og RLTN[15], at patienter som udgangspunkt skal have mulighed for at få en konsultation senest fem hverdage efter, at de har bestilt tid.

I Danmark, Finland, Norge og Sverige er der en udredningsret med konkrete tidsfrister for, hvor hurtigt patienter skal udredes efter henvisning. I Danmark skal patienter udredes inden for 30 dage efter henvisning fra almen praksis, mens patienter i Finland som udgangspunkt skal udredes inden for 21 dage, men hvis det viser sig, at omfanget er større end først antaget, kan udredningsperioden forlænges op til 3 måneder. I Norge skal patienter udredes inden for 10 dage, mens patienter skal udredes inden for 90 dage i Sverige.

Frit sygehusvalg findes i Danmark, Finland og Norge. I Danmark kan patienter vælge mellem offentlige sygehuse og de private specialsygehuse (foreningsejede sygehuse), der er nævnt i sundhedslovens §79, stk. 2. I Norge kan patienter vælge mellem offentlige sygehuse samt udvalgte privathospitaler til udredning og behandling. I Finland gælder frit sygehusvalg kun blandt offentlige sygehuse, hvilket betyder, at patienter ikke har mulighed for at vælge privathospitaler. Der er ikke en rettighed i Sverige, der giver patienter mulighed for frit at vælge behandlingssted/sygehus.

I modsætning til Danmark, Finland og Sverige, hvor der er fastsatte tidsfrister for, hvornår en patient senest skal have påbegyndt sin behandling – henholdsvis 30 dage i Danmark, 6 måneder i Finland og 90 dage i Sverige – er det i Norge en lægefaglig vurdering baseret på *objektive* kriterier i prioriteringsforeskriften, der afgør behandlingsdatoen for den enkelte patient. Der findes ikke en fastsat tidsfrist for, hvornår patientens behandlingsdato skal ligge, men i praksis er erfaringen, at det kun sjældent sker, at behandlingsdatoen bliver planlagt længere end et år ud i fremtiden.

Hvis de fastsatte tidsfrister for udredning eller behandling ikke kan overholdes, har patienter i Danmark, Finland, Norge og Sverige ret til udvidet frit sygehusvalg. Dette giver dem mulighed for at vælge at blive udredt eller behandlet på et andet offentligt sygehus eller udvalgte privathospitaler.

Det er kun i Danmark, at kræftpatienter har særlige formelle og skærpede patientrettigheder i form af lovfastsatte maksimale ventetider på 14 dage for både udredning og behandling. Hvis sygehuset ikke kan overholde tidsfristen for udredning eller behandling af kræftpatienter, får patienterne ret til at blive udredt eller behandlet på et andet offentligt sygehus, privathospital eller hospital i udlandet. Mens tilsvarende patientrettighed ikke findes i Finland, Norge og Sverige, er det i udredningsretten angivet, at patienter med mistanke om kræft skal udredes hurtigst muligt.

[15] Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Kræftpakkeforløb med standardiserede forløbstidsfrister findes i Danmark, Finland, Norge og Sverige, hvor de fungerer som vejledende anbefalinger for udredning og behandles af patienter – men de udgør ikke formelle patientrettigheder. Antallet af kræftpakkeforløb varierer mellem de nordiske lande. Finland har defineret 20 kræftpakkeforløb, mens Danmark og Norge begge har etableret 26 kræftpakkeforløb, og Sverige har udarbejdet 31 forskellige kræftpakkeforløb.

4 Patientrettighedernes bindinger og implikationer i den kliniske hverdag

Patientrettigheder udgør et centralt element i det danske sundhedsvæsen. De omfatter bl.a. udredningsret, frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg og maksimale ventetider. De seneste årtier er der sket en markant udbygning og præcisering af disse rettigheder. Samtidig viser lokale erfaringer, at det kan være udfordrende at omsætte rettighederne til daglig klinisk praksis.

Dette afsnit analyserer, hvordan patientrettighederne håndteres på tværs af danske hospitalsafdelinger. Analysen bygger på to casebeskrivelser af Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus og Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital (se casebeskrivelserne i bilag 4 og 5), og dækker både de formelle regler og de uformelle arbejdsgange, der kendetegner hverdagen.

De to afdelinger er blevet udvalgt ud fra et hensyn til at dække et bredt udsnit af behandling og udredning med relevans for patientrettighederne. Det gælder bl.a. i forhold til såvel kirurgi som medicin samt behandling af både kræft og andre sygdomme. Herudover har det været et hensyn, at caseafdelingerne er beliggende i forskellige regioner.

4.1 Registreringspraksis ved faglige begrundelser for overskridelser af patientrettighederne

Patientrettighederne giver plads til, at udredning eller behandling kan udskydes af faglige grunde fx behov for supplerende undersøgelser eller patientens aktuelle sundhedstilstand. Afdelingerne oplever, at det nuværende registreringssystem ikke skelner mellem fagligt motiverede udsættelser og egentligt brud på rettighederne. Derfor peger afdelingerne på, at alle udsættelser i nationale monitoreringer fremstår som overskridelser af rettighederne.

Ifølge afdelingerne er konsekvensen af systemets manglende skelnen er et betydeligt administrativt merarbejde. Selv når journalnotater dokumenterer den faglige begrundelse, ser afdelingerne sig efterfølgende nødsaget til at identificere, verificere og redegøre for hver enkelt udsættelse. For sundhedspersonalet opleves dette som kontrol frem for reel indsigt og viden og som manglende tillid til deres faglige vurderinger og skøn.

Afdelingerne efterlyser en større tydelighed og forståelse for faglige vurderinger i de administrative rammer for registrering. Konkret efterlyser de en ny registreringskategori for ”fagligt begrundet overskridelse”, der kan udtrækkes i nationale rapporter. Dertil følger en fælles, regional retningslinje for, hvornår og hvordan koden anvendes. Derudover ønsker afdelingerne også, at monitoreringen i højere grad bruges til kvalitetsforbedring fremfor regel-overvågning.

4.2 Håndtering af patientafbud

Patientrettighederne foreskriver, at hvis ikke afdelingerne kan tilbyde udredning eller behandling inden for 30-dage aktiveres udvidet ret til frit sygehusvalg, og patienterne får mulighed for at vælge et privat alternativ. Når patienter melder afbud til deres aftale, håndteres det i praksis forskelligt af afdelingerne. Den ene afdeling booker automatisk en

ny tid efter afbud, som er inden for fristen. Andet afbud registreres som patientens eget valg om udsættelse. Den anden afdeling tilbyder patienten gentagne nye tider, og registrerer først patientvalg, når patienten aktivt beder om en specifik dato.

Patientafbud udløser et omfattende administrativt arbejde for afdelingerne i form af ombookinger: lægesekretærerne skal sikre en ny tid inden for fristen, dokumentere forløbet grundigt og eventuelt rokere andre patienter for at sikre fristoverholdelse for flest mulige patienter. Afdelingerne oplever derfor, at patientafbud medfører et stort ressourcetræk, som var bedre brugt anderledes.

Ferieperioder medfører en yderligere kompleksitet. Mange patienter vælger at udskyde deres udredning eller behandling for at kunne fastholde ferieplaner. Afdelingerne håndterer ret til hurtig udredning og ret til udvidet frit sygehusvalg sådan, at den tid, der går fra patienten selv ønsker en senere tid, og indtil den nye aftale, ikke medregnes i 30-dages fristen for udredning eller behandling. Afdelingerne beskriver, at når patienter ønsker at udskyde deres aftaler til efter ferieperioderne, fører det til et fald i aktivitetsniveauet op til ferien. Umiddelbart efter ferien opstår der så et kapacitetspres, hvor flaskehalse kan true overholdelsen af patientrettighederne.

Selvom afdelingerne forsøger at tilpasse kapaciteten løbende, kan presset efter ferien gøre det vanskeligt for dem at overholde patientrettighederne, når både eksisterende og nye patientforløb skal sikres tider til udredning og behandling.

4.3 Prioritering af patienter

I den daglige drift balancerer afdelingerne mellem patientrettighederne, politisk fokus og hensynet til den enkelte patient. Kræftpakkeforløb har opnået en særlig status; selv om de formelt er faglige retningslinjer, opleves de i praksis som bindende og som egentlige patientrettigheder. Ifølge afdelingerne skyldes det både politisk fokus og massiv offentlig opmærksomhed. Det har medført en forventning om nøje monitorering og afrapportering på overholdelse af de fastlagte forløbstider i kræftpakkeforløbene.

Afdelingerne fortæller, at der opstår en prioriteringslogik, hvor ressourcer og kapacitet planlægges for at efterleve forløbstiderne i kræftpakkeforløbene. Konsekvensen heraf er, at patienter med mindre akutte eller ukomplicerede sygdomsforløb kan opleve længere ventetid. Samtidig fastslår 30-dages fristen for retten til udvidet frit sygehusvalg også, at ikke-akutte operationer skal udføres inden for fristen, selv når det klinisk er forsvarligt at vente længere. Det betyder ifølge afdelingerne, at patienter med mere presserende behov risikerer længere ventetid.

Afdelingerne peger på et behov for, at lægefaglige vurderinger får større vægt i prioriteringen. Og at tidsfristen i retten til udvidet frit sygehusvalg udvides for visse ikke-akutte indgreb. Det skal bidrage til en mere hensigtsmæssig fordeling af ressourcerne baseret på den enkelte patients behov.

4.4 Kapacitet og planlægning af operationstider

Afdelingerne balancerer løbende kapaciteten mellem kræftpakkeforløb, akutte patienter og elektive indgreb. For at sikre plads til akutte og kræftrelaterede operationer reserveres specifikke lejer. Operationskapaciteten til kræftpakkeforløb frigives først efter de ugentlige

MDT-konferencer, hvor kræftpatienterne gennemgås. Her vurderes behovet for operationskapacitet en uge frem. Først herefter kan ledige tider tilbydes andre patienter.

- Der afsættes særlige operationslejer til kræftpatienter, som frigives med kort varsel for at sikre kapacitet.
- Modellen kræver stor fleksibilitet og konstant koordinering for at udnytte kapaciteten effektivt.

Denne model stiller krav til fleksibilitet, kontinuerlig koordination og evne til at udnytte kapacitet. Det kræver indsigt i de samlede patientforløb, hvor prioritering og efterfølgende booking skal ske med kort varsel. Dog understreger afdelingerne, at kapacitet i praksis sjældent står ubenyttet hen. Ledige tider fyldes hurtigt, og bufferkapaciteten udnyttes derfor alt overvejende. Dog kræver planlægningsopgaven for sikre udnyttelsen af kapacitet betydelige ressourcer på afdelingerne.

4.5 Andre behandlingsmuligheder

Hvis patienten ikke kan tilbydes udredning inden for 30 dage, eller behandling 30 dage efter endt udredning, skal patienten informeres skriftligt om udvidet frit sygehusvalg. Opfattelsen hos afdelingerne er dog, at flertallet af patienterne foretrækker behandling på et nærliggende, velkendt hospital, og muligheden for udvidet frit sygehusvalg anvendes sjældent.

Afdelingerne har ingen faste samarbejdsaftaler med privathospitaler, men vurderer at især mindre og rutineprægede indgreb kan håndteres her. Afdelingerne bemærker dog, at netop disse indgreb udgør en vigtig del af den kliniske uddannelse for yngre læger, og at en stor udflytning kan begrænse træningsmulighederne og den praktiske erfaring under deres uddannelsesforløb.

Komplekse forløb vurderes af afdelingerne ikke egnede til privathospitaler, da de kræver specialiserede kompetencer og faciliteter både for selve indgrebet og den efterfølgende pleje. Det betyder, at selvom patientrettigheder formelt sikrer patienterne ret til udvidet frit sygehusvalg, så vil der for nogle patientgrupper i praksis ikke være andre behandlingstilbud.

Behandling i udlandet indgår formelt i retten til udvidet frit sygehusvalg og maksimale ventetider for kræftpatienter, men anvendes stort set ikke, fordi det ifølge afdelingerne er vanskeligt at identificere relevante tilbud og sikre kontinuitet i patientforløbet. Ligeledes fremhæver afdelingerne, at der sjældent kan findes udenlandske behandlingstilbud, som kan tilbyde tid, så det kan komme patienterne til gode inden for tidsfristerne. Det betyder, at muligheden for behandling i udlandet fremstår formelt, men i praksis ikke anvendes.

4.6 Caseafdelingernes perspektiver på patientrettighederne

Caseafdelingerne ser et potentiale i at justere patientrettighederne, så de i højere grad afspejler klinisk virkelighed. De efterspørger større fleksibilitet, hvor lægefaglige vurderinger vægtes højere i prioriteringen af patienterne. Det vil ifølge afdelingerne betyde, at ressourcer kan udnyttes mere hensigtsmæssigt. Afdelingernes ønske om at styrke den lægefaglige vurdering trækker paralleller til patientrettighederne i Norge, hvor den lægefaglige vurdering er central i prioriteringen af patienterne. Erfaringerne fra Norge demonstrerer dog, at det i praksis kan være en udfordring at sikre, at alle læger besidder den nødvendige indsigt i de kriterier, der skal danne grundlag for den lægefaglige vurdering.

Afdelingerne efterspørger desuden differentierede tidsfrister baseret på sygdommens alvorlighed, så akutte og livstruende forløb fortsat prioriteres højest, mens mindre hastende indgreb planlægges mere fleksibelt. Her fremhæver afdelingerne, at patientrettighedernes klare og gennemsigtige tidsrammer skal fastholdes, da de er vigtige for patienternes tryghed, forventningsafstemning og gennemsigtighed om patientens forløb.

5 Patientrettigheder i Finland, Norge og Sverige

5.1 Patientrettigheder i Finland

Patientrettigheder i Finland reguleres gennem loven om patienters status og rettigheder (785/1992) og Sundhedsloven (1326/2010). Lovgivningen fastslår, at alle personer, der er bosat i Finland, har ret til lige adgang til sundhedsydelser. Den centrale mekanisme i patientrettighederne er "garanteret adgang til behandling" (hoitotakuu), som udredningsretten er en integreret del af.

Efter en lovrevision, der trådte i kraft pr. 1. januar 2025, gælder følgende tidsfrister for behandlingsgarantien:

- **Samme dag**: behovsvurdering ved første kontakt til primærsektor.
- **Tre uger:** Udredning og vurdering af behov for specialiseret behandling efter modtaget henvisning (uændret). Udredningen kan udvides op til 3 måneder, hvis det vurderes nødvendigt ud fra et sundhedsfagligt synspunkt.
- **Tre måneder**: påbegyndelse af behandling i primærsektoren for personer ≥ 23 år (før 2025 var fristen 14 dage).
- **Seks måneder**: påbegyndelse af behandling i specialiseret behandling (uændret).
- Fortsat **14 dage** for børn og unge < 23 år samt visse akutte psykiske lidelse.

Institut for Sundhed og Velfærds (THL) ventetidsrapport 2024 viser, at behandlingsgarantien i vid udstrækning efterleves, men med tydelige forskelle:

- 95 % af sygeplejerskeledede og 71 % af lægeledede konsultationer i almen praksis fandt sted inden for den lovpligtige 14-dages frist (en forbedring på seks procentpoint for læger siden 2023).
- Alle 21 regioner registrerede dog brud på behandlingsgarantiens 14-dages frist for påbegyndelse af behandling, og kun 5 ud af 21 regioner formåede at besvare alle henvendelser samme hverdag.

Kendskabet til patientrettighederne er solidt forankret på nationalt plan. Men kendskabet falder væsentligt jo tættere man kommer på den kliniske praksis og det konkrete møde mellem patient og sundhedsvæsen.

> *"Rettighederne er solide på papiret, men kendskabet falder, jo tættere man kommer på den kliniske hverdag"*
>
> Forskningsprofessor ved Det Finske Institut for Sundhed og Velfærd (THL)

Der eksisterer en informationskløft om patientrettigheder, hvor mange borgere – særligt ældre og personer med kognitive udfordringer – ofte har begrænset kendskab til deres rettigheder og til de muligheder, de reelt har. Det betyder, at patienterne i høj grad er afhængige af, at hospitalet og sundhedspersonalet informerer dem om deres rettigheder.

Hvis denne information ikke gives, kan det i praksis betyde, at patientrettighederne ikke udnyttes fuldt ud.

5.1.1 Prioritering af patienter

Patienterne bliver prioriteret ud fra, hvor alvorlig deres tilstand vurderes at være. Det betyder, at de, der har akutte eller hurtigt forværrede sygdomsforløb, bliver prioriteret til udredning og behandling. Omvendt bliver ikke-akutte og rutinemæssige operationer – såsom hofte- og knæoperationer – ofte planlagt helt op til de angivne tidsfrister i patientrettighederne.

> *"Akutte og hurtigt fremskridende tilstande går forrest; planlagte ortopædiske indgreb presses ofte helt til de lovlige grænser"*
>
> Forskningsprofessor ved Det Finske Institut for Sundhed og Velfærd (THL)

5.1.2 Maksimale ventetider og kræftpakkeforløb

De finske patientrettigheder indeholder ikke specifikke bestemmelser for enkelte sygdomme, men i praksis bliver kræftpatienter prioriteret. Denne prioritering sker på baggrund af kræftpakkeforløb, som har til formål at sikre hurtig og koordineret udredning og behandling for kræftpatienter. De faglige retningslinjer har som mål at sikre, at der maksimalt går 6 uger fra modtagelse af en henvisning med mistanke om kræft til opstart af behandling. Kræftpakkeforløbene er ikke juridisk forankret som egentlige patientrettigheder.

I praksis fungerer kræftpakkerne som et tværfagligt fast track: Henvisninger med begrundet mistanke flages i systemerne, diagnostik og tværfaglige konferencer (MDT-møder) prioriteres, og en koordinator følger tidsfristerne fra henvisning til behandlingsstart. Hvis der opstår risiko for, at tidsfristerne i et kræftpakkeforløb ikke kan overholdes, sørger hospitalet for at ombooke patienten til en tidligere tid, eller henviser patienten til et andet hospital.

Der findes ingen samlet national indikator for overholdelse af kræftpakkeforløb. Enkelte hospitaler offentliggør dog egne data over forløbstider. Eksempelvis rapporterer universitetshospitalet TYKS, at den gennemsnitlige ventetid for brystkræft er cirka 26 dage fra henvisning til første operation (Q1 2025). For prostatakræft er der typisk omkring 21 dage til udredning og 24 dage fra behandlingsbeslutning til operation (Q1 2025).

5.1.3 Kapacitetsplanlægning

I regionerne foretages kapacitetsplanlægningen med udgangspunkt i befolkningsprognoser og de lovfastsatte udrednings- og behandlingsfrister. I praksis peges der på, at planlægningen udfordres af vakancer og vedvarende personalemangel samt af de økonomiske rammer samt af de naturlige udsving i behovene.

Planlæggere arbejder derfor ofte ud fra et såkaldt "strategisk minimum" af ekstra operations- og ambulatorieskift, som kan aktiveres i perioder med særlige belastninger. Denne form for fleksibel kapacitetsstyring er nødvendig for at håndtere de uforudsigelige udsving, som karakteriserer sundhedsvæsenets drift.

Når de lokale ressourcer er opbrugt, tages typisk tre forskellige greb i brug for at sikre, at patienternes rettigheder overholdes: Først forsøges det at etablere midlertidige aftenskift på de eksisterende afdelinger for at udnytte faciliteterne yderligere. Dernæst indgås aftaler om køb af kapacitet fra private udbydere, især til standardiserede, planlagte indgreb som ortopædiske operationer eller grå stær-kirurgi.

> *"Når lokale ressourcer slipper op, starter vi internt – derefter naboregioner eller køb af standardiserede ydelser hos privathospitaler".*
>
> Forskningsprofessor ved Det Finske Institut for Sundhed og Velfærd (THL)

Ofte anvendes henvisning af patienter til andre offentlige hospitaler – først inden for egen region og derefter, hvis nødvendigt, i samarbejde med naboregioner. Formålet er at sikre, at patienter, der ikke kan tilbydes behandling inden for den lovbestemte frist lokalt, får et reelt alternativ uden unødige økonomiske eller logistiske byrder.

5.1.4 Alternativt behandlingssted ved fristoverskridelse

Hvis udredningsretten eller behandlingsgarantien ikke overholdes, er det hospitalets ansvar at informere patienten om overskridelsen. I praksis registrerer hospitalerne typisk fristbrud automatisk, hvilket udløser omvisitering til et andet offentligt hospital i samme eller en anden region, eller på et privathospital. I alle tilfælde er det den ansvarlige region, som afholder udgifterne for behandling et alternativt sted (Terveydenhuoltolaki §54).

> *"Hvis fristen overskrides, skal patienten tilbydes et reelt alternativ uden meromkostning – enten på et offentligt eller privathospital."*
>
> Forskningsprofessor ved Det Finske Institut for Sundhed og Velfærd (THL)

Hver region har en patientombudsmand, som rådgiver patienterne om deres rettigheder og yder hjælp til at formulere og indsende klager. Dog varierer både de ressourcer, der er afsat til patientombudsmændene, og hvor synlige og tilgængelige de er for borgerne, mellem de enkelte regioner.

5.1.5 Opfølgning og overholdelse af patientrettigheder

Det nuværende tilsyn, der følger op på overholdelsen af patientrettighederne, er tredelt: udover de regionale patientombudsmænd, behandles formelle klager af de regionale statsforvaltninger AVI eller den nationale tilsynsmyndighed Valvira. Fra 1.1.2026 samles tilsynet i den nye Finske Tilsynsmyndighed (Lupa – ja valvontavirasto), som overtager Valviras opgaver og hovedparten af AVI'ernes opgaver.

Institut for Sundhed og Velfærd (THL) offentliggør månedlige sammenligninger af ventetider for udredning og behandling på tværs af regioner og hospitaler. Når et hospital rangerer lavt, fører det ofte til øget ledelsesmæssigt fokus, og der udarbejdes handlingsplaner for at håndtere udfordringerne. Det kan for eksempel betyde forlænget åbningstid, omvisitering af patienter til andre hospitaler eller indkøb af ekstra kapacitet. I juli 2025 oplevede fx 16 % af patienterne i specialiseret behandling ventetider på over seks måneder– med forskelle på tværs af regioner[16].

En repræsentant fra Institut for Sundhed og Velfærd (THL) forklarer, at det kun sjældent fører til egentlige formelle sanktioner, når patientrettigheder ikke bliver overholdt. I de fleste tilfælde vælger myndighederne i stedet at udstede advarsler eller pålægge hospitalerne tidsbegrænsede påbud om at rette op på forholdene.

[16] https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitoonpaasy-erikoissairaanhoidossa?utm_source

5.2 Patientrettigheder i Norge

Patientrettighederne i Norge er beskrevet i Pasientrettighetsloven, som giver alle borgere adgang til sundhedsydelser. Dertil har alle borgere i Norge har ret til at blive registreret hos en almen praktiserende læge gennem Fastlegeordningen. Fastlegeordningen fastsætter, at patienter skal vurderes af en almen praktiserende læge inden for fem dage efter en anmodning.

Hvis den almen praktiserende læge henviser borgeren til udredning på hospitalet fastslår Pasient- og brukerrettighetsloven, at patienten har ret til at blive udredt af en specialist inden for 10 dage efter henvisningen. I denne periode skal patienten have en endelig behandlingsdato. Hvis der er mistanke om, at patientens tilstand er alvorlig eller livstruende, har patienten ret til at blive udredt så hurtigt som muligt inden for den 10-dages periode. Formanden for Den Norske Legeforening fremhæver, at det i praksis fungerer tilfredsstillende, og at patienterne som hovedregel bliver udredt inden for 10 dage.

Behandlingsdatoen bestemmes ud fra en lægefaglig vurdering i henhold til retningslinjerne i prioriteringsforskriften. Disse retningslinjer fastsætter, at behandlingsdatoen skal være et resultat af en kombineret vurdering af:

- Forventet nytte (Nyttekriteriet)
- Forventet ressourcebrug (Ressourcekriteriet)
- Tilstandens alvorlighed (Tilstandens alvorlighed)

Nyttekriteriet vurderes ud fra sandsynligheden for, at behandlingen vil:

a) Forbedre overlevelseschancerne
b) Forbedre eller forhindre tab af fysisk og mental funktion
c) Reducere smerte og ubehag

Ressourcekriteriet fastsætter, at patientens prioritet øges, hvis der er et lavt forventet ressourceforbrug til behandlingen. Ressourcekriteriet vurderes ikke alene, men i samspil med både nyttekriteriet og alvorlighed. Formålet er at sikre, at ressourcerne anvendes hensigtsmæssigt, så de står mål med de fordele, behandlingen forventes at give patienten.

Behandlingsprioriteten øges også med tilstandens alvorlighed. Her vurderer lægen:

a) Risiko for død eller tab af funktion
b) Grad af funktionstab
c) Niveau af smerte og ubehag

Der findes ikke én fastsat, generel maksimal ventetid for alle patienter. Dog gælder der en særlig regel for unge voksne med psykiske lidelser og/eller stofmisbrug, hvor ventetiden på behandling højst må være 65 dage.

5.2.1 Prioritering af patienter

Fastlegeordningen fastsætter – som nævnt – at alle borgere har ret til en konsultation hos en almen praktiserende læge inden for 5 hverdage. Dette skal sikres af de enkelte

kommuner. Adgangen til almen praktiserende læge inden for 5 hverdage er kun en retningslinje, og hvilket medfører variation i, hvordan det efterleves i praksis.

> *"Det forudsætter øjeblikkelig hjælp, men det er en retningslinje. Man får en tid så hurtigt som muligt. Den faktiske tidsramme påvirkes af patientens behov og tilgængeligheden hos de praktiserende læger"*
>
> Bestyrelsesformand på Oslo Universitetshospital

Dette betyder, at den reelle ventetid for den enkelte patient kan være længere end de foreskrevne 5 hverdage. Bestyrelsesformanden for Oslo Universitetshospital påpeger desuden, at kvaliteten af de kliniske oplysninger i henvisningerne fra de almen praktiserende læger ofte ikke er tilstrækkeligt detaljeret. Mangelfulde oplysninger kan medføre forsinkelser i patientforløbet og forårsage uhensigtsmæssige prioriteringer, da den lægefaglige vurdering baseres på indholdet i henvisningen.

Den lægefaglige vurdering skal altid udføres ud fra Prioriteringsforeskriften, som er bredt tilgængelige for landets læger gennem nationale vejledninger. Selvom disse prioriteringskriterier er en integreret del af lægeuddannelsen, ses der betydelige variationer i, hvor indgående læger over hele landet kender og anvender dem i praksis. Dette betyder, at vurderingen af patienter ikke sker ensartet, og at der opstår forskelle i, hvordan patienter prioriteres.

> *"Tidsfristen for behandling er baseret på prioriteringskriterierne, men det er først og fremmest den lægefaglige vurdering, der er vigtigt her. Ikke alle læger har tilstrækkelig viden om prioriteringskriterierne, og statistikker viser, at prioriteringen gøres forskellig […] "*
>
> Bestyrelsesformand, Oslo Universitetshospital

Derudover bliver det fremhævet, at der er regionale forskelle på, hvordan behandlingsdatoer fastsættes. Lokale forhold som tilgængelige ressourcer og kapacitet kan have indflydelse på patientens behandlingsdato. Det medfører, at den lægefaglige vurdering af behovet for eksempelvis kirurgiske indgreb kan variere fra hospital til hospital. Bestyrelsesformanden for Oslo Universitetshospital fremhæver, at hospitaler i visse områder af Norge foretager langt flere skulderoperationer pr. 1.000 indbyggere end andre hospitaler i landet.

Generelt får patienterne en behandlingsdato inden for et par måneder efter udredningen. Selvom der ikke eksisterer en lovbestemt maksimal ventetid, er det i praksis sjældent, at ventetiden overstiger ét år.

5.2.2 Maksimale ventetider og kræftpakkeforløb

Norge har ikke fastsat lovbestemte maksimale ventetider for behandling af kræftpatienter.

Kræftpakkeforløbene i Norge er baseret på standardiserede patientforløb, hvis formål er at bidrage til hurtig vurdering og påbegyndelse af behandling uden unødvendig ventetid. I kræftpakkeforløbene er der beskrevet tidsfrister for, hvor lang tid udredningen bør tage:

- **Fase 1:** Tiden fra hospitalet modtager henvisning, til patientens udredning starter.
- **Fase 2:** Tiden fra udredningen starter til udredningen er afsluttet.
- **Fase 3:** Tiden fra udredningen er afsluttet, til behandlingen starter.

Tidsfristerne er ikke patientrettigheder og dermed juridisk bindende, hvilket betyder, at patienterne ikke har ret til at blive udredt inden for de angivne tidsfrister. For at understøtte overholdelsen af tidsfrister i kræftpakkeforløbene tildeles patienterne en forløbskoordinator. Forløbskoordinatoren er ansvarlig for at planlægge patientforløbet og sikre kontinuitet gennem hele behandlingsforløbet.

Norge har en landsdækkende målsætning om, at mindst 70% af kræftpakkeforløbene skal gennemføres inden for den maksimale anbefalede forløbstid. Tal fra Helsedirektoratet viser, at 71,5 % af kræftpakkeforløbene i første kvartal 2025 blev gennemført inden for de anbefalede tidsfrister.

5.2.3 Kapacitetsplanlægning

Norges sygehusstruktur er organiseret i fire regionale Helseforetak, som driver størstedelen af landets hospitaler. Hvert Helseforetak omfatter både store universitetssygehuse og mindre lokalsygehuse. Det har til formål at understøtte, at alle borgere har adgang til specialiseret behandling.

Alle sygehuse er forpligtet til at have specialister til rådighed døgnet rundt gennem vagtordninger – uanset befolkningstætheden. De nationale krav sikrer, at der altid er sundhedspersonale til stede, som kan tage sig af både akutte og specialiserede behandlingsbehov. Konsekvensen er dog, at nogen hospitaler har flere specialister til rådighed, end patientgrundlaget tilsiger. Dette kan føre til, at patienter med mindre alvorlige eller ikke-akutte lidelser bliver tilbudt operation, fordi specialisterne er til rådighed og der er ledig kapacitet. Omvendt oplever andre hospitaler, at ressourcer og kapacitet ikke matcher det patientgrundlaget. Det ses i Nordnorge, hvor der er mangel på specialistkompetencer, hvilket medfører kapacitetsudfordringer. Når der ikke er den tilstrækkelige kapacitet til at behandle patienterne inden for den fastsatte behandlingsdato, bliver de henvist til behandling på andre hospitaler i Norge.

5.2.4 Alternativt behandlingssted ved fristoverskridelse

Hvis behandlingsfristen overskrides, får patienten ret til behandling på et alternativt behandlingssted. Det foregår ved, at det behandlingsansvarlige hospital indberetter fristoverskridelsen til Helfo, som derefter registrerer sagen. Helfo sikrer, at patienten får information om, hvad der sker ved en fristoverskridelse. Herefter tilbyder Helfo patienten behandling på et andet offentligt hospital eller via aftaler med privathospitaler. Det er det

behandlingsansvarlige hospital, som dækker udgifterne til behandling på et andet hospital. Patienten bestemmer selv, om vedkommende vil benytte sig af dette tilbud.

Bestyrelsesformanden for Oslo Universitetshospital fortæller, at de oplever, at patienter ofte foretrækker at få behandling på det oprindelige behandlingssted. Patienterne vælger derfor at vente, selvom det medfører en overskridelse af tidsfristen for deres behandlingsdato.

> *"Hovedproblemet er, at patienten ønsker behandling der, hvor de har søgt behandling. I praksis resulterer det i en overskridelse af fristen, men det er betinget til patientens ønske".*
>
> Bestyrelsesformand, Oslo Universitetshospital

Det er en forudsætning for at Helfo kan tilbyde patienter et alternativt behandlingssted, at hospitalet selv indberetter, når de overskrider behandlingsdatoen. Hvis hospitalet undlader at indberette, kan Helfo ikke tilbyde patienten et alternativt behandlingssted. Der peges på, at hospitalerne ikke er gode nok til at indrapportere til Helfo, når behandlingsdatoen ikke kan overholdes. Det skaber forskelle i, hvor mange patienter, der får adgang til et alternativt behandlingssted.

Formanden for Den Norske Legeforening påpeger, at den nuværende struktur stiller store krav til patienterne. Det forudsætter, at patienterne selv har overblik over deres rettigheder. Ressourcestærke patienter kender oftere til patientrettighederne og stiller krav til det behandlingsansvarlige hospital, hvis behandlingsdatoen ikke kan overholdes. Patienter, der ikke har samme ressourcer, ender ofte med blot at vente længere.

5.2.5 Opfølgning og overholdelse af patientrettigheder

I Norge afhænger rapporteringen og opfølgning på overholdelsen af fristoverskridelser i af hospitalernes egen indrapportering. Da der ikke er formelle sanktioner, hvis hospitalerne undlader at indberette fristoverskridelser, opstår der usikkerhed omkring den reelle situation – både for patienter og i de officielle statistikker. Helfo har påpeget, at denne praksis er problematisk, da det samlede overblik over fristoverskridelser bliver uklart. Alle registrerede ventetider er offentligt tilgængelige på Velgbehandlingssted.no.

I 2023 var der rekordhøje 43.000 overskridelser af tidsfrister for patientens behandlingsdato i Norge. For at håndtere de stigende ventetider og overskridelser af tidsfristerne for behandlingsdatoerne blev der i 2024 indgået som et samarbejde om "ventetidsløftet" mellem regeringen og sundhedsfaglige organisationer. Ventetidsløftet inkluderer initiativer som bedre brug af personale, digital innovation, omorganisering, udvidet åbningstid på afdelinger, samt involvering af private aktører for at øge kapaciteten og afviklingen af ventetid. Efter implementeringen af ventetidsløftet fortæller både Helfo og bestyrelsesformanden ved Oslo Universitetshospital, at antallet af overskridelser af tidsfrister for behandling er faldet. Samtidig har holdningen til overskridelser af tidsfrister for

behandling ændret sig. Hvor man tidligere ofte accepterede overskridelser, er der nu langt større fokus på, at tidsfristerne faktisk bliver overholdt.

5.3 Patientrettigheder i Sverige

I Sverige er patientenrettighederne reguleret gennem en *Patientlagen* (2014:821) og *Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30). Disse love fastlægger de grundlæggende principper for sundhedsvæsenets organisering og praksis, og sikrer, at alle patienter får adgang til rettigheder.

En af de centrale mekanismer i svensk sundhedslovgivning er *vårdgarantien.* Den angiver både tidsfrister for udredning og behandling, hvor der er følgende tidsfrister:

- Inden for 3 dage har patienter ret til at få vurderet deres behov for pleje i primærsektoren
- Inden for 90 dage efter henvisning fra almen praktiserende læge skal udredningen være gennemført
- Inden for 90 dage efter udbredning skal behandlingen være påbegyndt

Det fremhæves, at der hersker forskellige opfattelser af definitionen af behandlingsstart. Nogle læger betragter den indledende konsultation som behandlingsstart, mens andre læger definerer behandlingsstart ud fra tidspunktet for en konkret intervention, såsom en operation. Cheflægen fra Karolinska Universitetshospital peger på, at den formelle forståelse af behandlingsstart er den konkrete intervention. Det betyder, at patientrettighederne i praksis bliver anvendt forskelligt, fordi der ikke er en ensartet forståelse af behandlingsstart.

Selvom vårdgarantien er juridisk forankret, afhænger overholdelsen af den enkelte regions kapacitet og prioriteringer. Det svenske sundhedssystem er decentralt, hvilket betyder, at ansvaret for sundhedsydelser ligger hos de selvstyrende regioner. Denne struktur medfører forskelle i borgernes adgang til behandling.

> *"Vi har et decentralt system, som danner grundlaget for vores sundhedsstruktur. (…) Der er forskelle i praksis på grund af forskellige regionale tidsrammer, men alle udbydere er lovmæssigt forpligtet til at overholde reglerne."*
>
> Jurist, Socialstyrelsen.

Et konkret eksempel findes i Region Stockholm, hvor der opereres med kortere tidsfrister - 3 dage til primærpleje, 30 dage for udredning og 90 dage til behandling. Dog peges der på, at disse tidsrammer – ligesom i andre regioner, oftest opfattes som vejledende frem for bindende.

> *"Det (tidsfristerne) er fulgt som en anbefaling snarere end noget obligatorisk."*
> Cheflæge, Karolinska Universitetshospital)

Hvis en region ikke kan tilbyde udbredning eller behandling inden for disse tidsrammer, skal patienten tilbydes et alternativt behandlingssted hos et andet offentligt hospital eller privathospital uden ekstra omkostninger.

Patienterne har ret til at klage, hvis deres patientrettigheder ikke overholdes. Klager indgives til både den lokale sundhedsudbyder og *Patientnämnde*n, som er et uafhængigt organ, der behandler klager på regionalt niveau. På nationalt niveau er *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* ansvarlig for at sikre, at patientrettighederne og lovgivningen overholdes.

Der er i øjeblikket politisk fokus på både vårdgarantien og ventetiderne i det svenske sundhedsvæsen. Den svenske regeringen har for nylig igangsat undersøgelser, der skal belyse, hvor effektiv vårdgarantien reelt er, og hvordan den påvirker ventetiderne for patienterne.

5.3.1 Prioritering af patienter

Vårdgarantien foreskriver, at alle patienter har krav på at blive tilbudt behandling inden for maksimalt 90 dage efter udredning. Inden for denne tidsfrist prioriteres patienterne ud fra en konkret lægefaglig vurdering, hvor det er patientens sygdomsforløb og individuelle behov, der fastsætter den endelige behandlingsdato.

> *"Patientrettigheder har bestemt betydning, men det er i sidste ende sundhedsudbyderne, der beslutter ud fra faglig dømmekraft og patientens behov."*
> Cheflæge (Karolinska Universitetshospital).

Dertil spiller økonomiske faktorer en rolle, når hospitalerne skal prioritere patienterne. Cheflægen fra Karolinska Universitetshospital beskriver, at der er et stærkt fokus på at reducere ventetiden til patientens første konsultation. Denne prioritering skyldes ikke kun hensynet til patienten, men også for at sikre at patientforløbet ikke bliver forsinket og overskrider vårdgarantien. Hvis hospitalerne ikke overholder vårdgarantiens tidsfrister, kan de pålægges økonomiske sanktioner.

5.3.2 Maksimale ventetider og kræftpakkeforløb

I Sverige findes der ikke juridisk fastsatte maksimale ventetider for kræftpatienter. I 2015 blev der indført standardiserede kræftpakkeforløb, som fungerer som faglige retningslinjer med tidsfrister for udredning og behandling. De standardiserede kræftpakkeforløb giver ikke patienterne juridisk krav på udredning og behandling inden for tidsfristerne.

I dag omfatter kræftpakkerne 31 forskellige kræftformer, og målet er, at mindst 80% af alle kræftpakkeforløb skal leve op til de fastsatte tidsfrister. Data fra 2024 viser, at ingen regioner kunne opfylde dette mål. I 2024 var det kun regionerne Värmland, Stockholm og Gotland, der opnåede en målopfyldelse over 55%. Målopfyldelsen varierer alt efter kræfttype: For eksempel ventede 39% af patienter med lungekræft i 2024 mere end én måned ekstra på operation sammenlignet med den tidsfrist, der er angivet i kræftpakkeforløbet.

5.3.3 Kapacitetsplanlægning

I Sverige foretager hvert hospital en grundig kapacitetsplanlægning, hvor de nøje tager højde for de tilgængelige kompetencer blandt personalet, eksisterende ressourcer og historiske data om patientflow og behandlingsbehov. Ved at inddrage erfaringer fra tidligere år og kontinuerligt overvåge udviklingen i patienttilstrømningen, kan hospitalerne tilpasse bemanding og prioritere indsatsen der, hvor behovet er størst.

Regionerne opfordres til at samarbejde og støtte hinanden, så de i fællesskab kan udnytte kapaciteten bedst muligt og dermed sikre, at alle lever op til deres forpligtelser over for patienterne.

> *"(…) regeringen har erkendt, at regionerne kan gøre mere for at fordele kapaciteten effektivt og støtte hinanden i at opretholde patientrettigheder."*
>
> Jurist, Socialstyrelsen.

Det beskrives, at der er en politisk erkendelse af, at et tættere samarbejde mellem regionerne er nødvendigt for at kunne udnytte kapaciteten bedst muligt og sikre, at alle patienter får adgang til rettidig udredning og behandling og at patientrettighederne kan opretholdes.

På Karolinska Universitetshospital er der udviklet et digitalt dashboard, som fungerer som et centralt styringsværktøj for hospitals- og afdelingsledelserne. Dette dashboard giver mulighed for at overvåge nøgleparametre såsom ventetider på udredning og behandling, produktionsniveauer på tværs af afdelinger samt den aktuelle opfyldelse af patientrettighederne.

> *"Vi har et digital dashboard, som vi bruger til at følge op på patientrettigheder. Vi har ugentlige rapporter om, hvordan køerne håndteres, produktionsniveauer og ventetider."*
>
> Cheflæge, Karolinska Universitetshospital

Denne løbende datadrevne opfølgning gør det muligt hurtigt at identificere flaskehalse eller områder, hvor der er behov for at igangsætte indsatser. Dataene giver et solidt fundament for at tilpasse ressourcer, omprioritere, eller igangsætte nye initiativer, så Karolinska Universitetshospital bedre kan imødekomme behov og samtidig sikre, at patientrettighederne overholdes.

5.3.4 Alternativt behandlingssted ved fristoverskridelse

Hvis tidsfristen for behandling ikke kan overholdes, har både regionen og det behandlingsansvarlige hospital pligt til at sikre, at patienten får adgang til behandling et andet sted – uden ekstra udgifter for patienten. Det betyder, at patienten kan henvises til et privathospital eller andet offentligt hospital, enten inden for samme region eller i en anden region, alt efter hvor der er kapacitet til at tilbyde den nødvendige behandling.

> *"Det er vores pligt at finde et alternativ, og vi bør begynde at planlægge for det, så snart vi ved, at vi ikke kan overholde tidsfristen."*
>
> Cheflæge, Karolinska Universitetshospital

Det behandlingsansvarlige hospital er forpligtet til at undersøge muligheden for et alternativt behandlingssted, når de vurderer, at det ikke er muligt at gennemføre behandlingen indenfor vårdgarantien. Hvis et nyt behandlingstilbud planlægges, og patienten efterfølgende afslår det, så kan ansvaret for det videre forløb i praksis overgå til patienten selv.

Muligheden for at finde et alternativt behandlingssted er lettere ved standardiserede behandlinger, som for eksempel hofteoperationer. I disse tilfælde er der ofte flere hospitaler – både offentlige og private – der kan tilbyde den samme type operation. For mere komplekse behandlingsforløb, hvor der er behov for mere specialiserede indgreb, kan det være vanskeligt at finde et alternativt behandlingssted. Det kan føre til længere ventetider for patienter, og i nogle tilfælde betyde, at patienternes mulighed for at få tilbudt et alternativt behandlingssted reelt er begrænset.

5.3.5 Opfølgning på overholdelse af patientrettigheder

Opfølgningen på overholdelsen af patientrettigheder i det svenske sundhedsvæsen foregår i et samspil mellem centrale og decentrale aktører. Ansvaret for at sikre overholdelsen af patientrettighederne er todelt: De regionale myndigheder har hovedansvaret for den lokale kontrol og opfølgning. De nationale instanser – herunder Socialstyrelsen – fastsætter rammerne og kan involveres i mere omfattende tilsyn.

Det er de enkelte regioner og hospitaler, som er ansvarlige for at sikre overholdelsen af patientrettighederne. Manglende overholdelse af patientrettigheder kan have både økonomiske og juridiske konsekvenser for det behandlingsansvarlige hospital. Manglende opfyldelse af fastsatte servicemål kan medføre reduceret refusion, hvilket i praksis skaber et økonomisk incitament for at sikre, at patienterne får behandling indenfor vårdgarantien.

Offentliggørelsen af relevante data om, hvordan patientrettighederne overholdes, er tilgængelig på nationale hjemmesider. Her kan borgere orientere sig om aktuelle ventetider, behandlingstilbud og i hvilket omfang patientrettighederne faktisk efterleves i de enkelte regioner. Formålet er at styrke transparensen og give patienterne mulighed for at træffe informerede valg.

> *"(...) Vi forsøger at offentliggøre denne information på de nationale hjemmesider, men forskelligartede datasystemer begrænser i praksis den fulde transparens."*
>
> Cheflæge, Karolinska Universitetshospital

Dog er der udfordringer forbundet med at skabe et samlet og ensartet overblik over overholdelsen af patientrettighederne på tværs af hospitaler og regioner. De enkelte regioner benytter forskellige IT-systemer og har varierende praksis for, hvordan de indsamler og rapporterer data. Det betyder, at det kan være svært at sammenligne information på tværs af landet, og at det samlede billede af overholdelsen af patientrettigheder derfor kan fremstå uklart og fragmenteret.

5.4 Tabeloversigt over udvalgte patientrettigheder i Danmark, Finland, Norge og Sverige

Tabel 3: Overblik over udredningsretten i de nordiske lande

Land	Juridisk grundlag	Tidsfrist	Beskrivelse
Danmark	Sundhedsloven §82b	Patienten har ret til at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt.	Alle patienter med en henvisning fra almen praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller en læge på en anden sygehusafdeling
Finland	Sundhedsloven 1326/2010 (Udredningsretten er en integreret del behandlingsgarantien)	Patienten har ret til at blive udredt inden for 21 dage. Udredningsperioden kan udvides op til 3 måneder, hvis der skal gennemføres yderligere undersøgelser.	Alle patienter med en henvisning fra almen praktiserende læge
Norge	Pasientrettighetsloven § 2-2a	Patienten har ret til at blive udredt inden for 10 dage.	Alle patienter med en henvisning fra almen praktiserende læge
Sverige	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kap. 8 §1	Patienten har ret til at blive udredt inden for 90 dage.	Alle patienter med en henvisning fra almen praktiserende læge

Tabel 4: Overblik over retten til frit sygehusvalg

Land	Juridisk grundlag	Tidsfrist	Beskrivelse
Danmark	Sundhedsloven §87	Patienten har ret til frit sygehusvalg i forbindelse med udredning eller behandling. Patienten kan vælge andre offentlige sygehuse eller udvalgte privathospitaler.	
Finland	Sundhedsloven 1326/2010 §47	Patienten har ret til frit sygehusvalg i forbindelse med udredning eller behandling. Patienten kan vælge andre offentlige sygehuse.	
Norge	Pasientrettighetsloven § 2-4	Patienten har ret til frit sygehusvalg i forbindelse med udredning eller behandling. Patienten kan vælge andre offentlige sygehuse eller udvalgte privathospitaler.	
Sverige	Der eksisterer ikke en patientrettighed vedrørende frit sygehusvalg		

Tabel 5: Overblik over retten til udvidet frit sygehusvalg

Land	Juridisk grundlag	Tidsfrist	Beskrivelse
Danmark	Sundhedsloven §87	Retten til udvidet frit sygehusvalg træder i kraft ved overskridelse af tidsfristerne for udredning (30 dage) eller behandling (30 dage).	Patienten har ret til udredning eller behandling på et andet offentligt sygehus eller udvalgte privathospitaler.
Finland	Sundhedsloven 1326/2010; Social- og Sundhedsministeriets politik for serviceindkøb	Retten til udvidet frit sygehusvalg træder i kraft ved overskridelse af tidsfristerne for udredning (21 dage) eller behandling (6 måneder).	Patienten har ret til udredning eller behandling på et andet offentligt sygehus eller udvalgte privathospitaler.
Norge	Pasientrettighetsloven § 2-2b	Retten til udvidet frit sygehusvalg træder i kraft ved overskridelse af tidsfristerne for udredning (10 dage) eller behandling (overskridelse af den fastsatte behandlingsdato).	Patienten har ret til udredning eller behandling på et andet offentligt sygehus eller udvalgte privathospitaler.
Sverige	Patientlagen (2014:821) kap. 9 §2	Retten til udvidet frit sygehusvalg træder i kraft ved overskridelse af tidsfristerne for udredning (90 dage) eller behandling (90 dage).	Patienten har ret til udredning eller behandling på et andet offentligt sygehus eller udvalgte privathospitaler.

Tabel 6: Overblik over maksimale ventetider

Land	Juridisk grundlag	Tidsfrist	Beskrivelse
Danmark	Sundhedsloven §88	Maksimale ventetider træder i kraft når patienten henvises med mistanke om kræft. Patienten skal udredes inden for 14 dage efter henvisning, og behandles inden for 14 dage efter accept af behandlingstilbud.	Ved overskridelse af maksimale ventetider har patienten ret behandling på privat eller andet offentligt hospital, der kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider.
Finland	Der eksisterer ikke en patientrettighed om maksimale ventetider for kræftpatienter.		
Norge	Der eksisterer ikke en patientrettighed om maksimale ventetider for kræftpatienter.		
Sverige	Der eksisterer ikke en patientrettighed om maksimale ventetider for kræftpatienter.		

Tabel 7: overblik over kræftpakkeforløb

Land	Juridisk grundlag	Målsætning	Beskrivelse
Danmark	Ikke juridisk forankret	Ikke angivet	Der findes 26 kræftpakkeforløb med standardforløbstider, der dækker ca. 40 kræftsygdomme.
Finland	Ikke juridisk forankret	Ikke angivet	Der findes 20 kræftpakkeforløb med standardforløbstider.
Norge	Ikke juridisk forankret	Ikke angivet	Der findes 26 kræftpakkeforløb med standardforløbstider.
Sverige	Ikke juridisk forankret	Målsætning om, at 80% af alle kræftpakkeforløb overholder forløbstidsfristerne.	Der findes 31 kræftpakkeforløb med standardforløbstider.

6 Casebeskrivelser

De følgende to casebeskrivelser er udarbejdet på baggrund af kvalitative interviews med fagpersonale fra de pågældende afdelinger. Casene bygger på medarbejdernes erfaringer, refleksioner og input og giver dermed et praksisnært indblik i afdelingernes perspektiver.

6.1 Casebeskrivelse Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Gynækologisk Obstetrisk afdeling D er en specialiseret afdeling i udredning og behandling af gynækologiske sygdomme samt graviditet og fødsler. Afdelingen varetager en bred vifte af opgaver, der spænder fra graviditet, fødsel og postnatal pleje til rutinemæssige gynækologiske undersøgelser til mere komplekse procedurer såsom kirurgiske indgreb.

Der er forskel på, hvordan patientrettighederne håndteres i gynækologien og obstetrikken. Gynækologien følger de fastsatte tidsfrister for udredning i udredningsretten og behandling i retten til udvidet frit sygehusvalg. Obstetrikken derimod følger i højere grad standardiserede forløb, og tager højde for de særlige forhold der gælder under graviditet og fødsel, hvor akutte og kritiske situationer kan opstå.

Afdelingen beskæftiger i alt 546 medarbejdere (491 årsværk), og råder over et årligt budget på 362 millioner kroner. Afdelingen udfører operationer både på Odense Universitetshospital og Svendborg specialsygehus.

Afdelingens ugentlige operationskapacitet omfatter følgende operationslejer:

- 5 lejer til gynækologisk robot-assisteret-kirurgi
- 18 lejer til gynækologisk kirurgi
- 4 lejer til obstetrisk kirurgi

Dertil har afdelingen følgende sengepladser:

- 13 gynækologiske sengepladser (Odense)
- 32 obstetriske sengepladser (28 i Odense, 4 i Svendborg)

De årlige kontakter for gynækologien er:

- Ca. 35.000 ambulante kontakter
- ca. 5.750 operationer

De årlige kontakter for obstetrikken er:

- 79.000 ambulante kontakter
- 4.900 operationer

6.1.1 Overholdelse af patientrettigheder

Odense Universitetshospital prioriterer overholdelsen af patientrettighederne, hvor et vigtigt element i denne indsats er princippet om “hurtig og tydelig besked.” Det betyder, at patienterne som udgangspunkt skal indkaldes inden for to hverdage efter henvisning. For

at sikre dette, arbejder afdelingens lægesekretærer grundigt med at vurdere og matche hver enkelt patient med den rette speciallæge. Denne proces kræver tæt dialog mellem lægesekretærer og læger og kan være tidskrævende, men vurderes relevant for at sikre overholdelsen.

Afdelingens ambition er, at mindst 90% af alle patientforløb bliver udredt inden for 30 dage og behandlet 30 dage efter endt udredning. På nuværende tidspunkt overholder afdelingen fristen i udredningsretten i 87% af patientforløbene, og i 77% af forløbene påbegyndes behandlingen inden for 30 dage[17].

Afdelingen anvender et farvekodet system, der løbende monitorerer patientforløbenes overholdelse af patientrettighederne. Systemet anvender grøn for forløb, hvor patientrettighederne er overholdt; gul for forløb, hvor der er risiko for overskridelse; og rød, hvor rettigheder allerede er overskredet. Afdelingen ser dette som et effektivt værktøj til hurtigt at identificere, prioritere og igangsætte indsatser for at overholde rettighederne. Der er specielt fokus på de ”gule” forløb, hvor der er mulighed for og derfor gøres en ekstra indsats for at nå udredningen indenfor rettighedsperioden.

Derudover er der på tværs af Odense Universitets Hospital indført en struktureret tilgang til opfølgning og evaluering af overholdelsen af tidsfristen. Hver uge gennemfører afdelingen derfor analyser af overholdelsen af fristerne i patientrettighederne, og hver 14. dag afholdes tavlemøder med direktøren med ansvar for det kirurgiske område. Møderne har en varighed på 45 minutter.

Disse møder inkluderer nøglepersoner fra hospitalsdirektionen og afdelingsledelserne, som diskuterer aktuelle statusser for rettighedsoverholdelse baseret på LIVA-rapporter. På møderne præsenterer hver afdelingsleder en status på afdelingens overholdelse af patientrettighederne, forklarer eventuelle overskridelser og præsenterer mitigerende handlinger. Desuden faciliterer møderne videndeling af mitigerende tiltag mellem afdelingerne.

> *”Vi bliver alle sammen opdateret på, hvordan overholdelsen af patientrettighederne ser ud på tværs afdelingerne, og dels så er det et rum, hvor at afdelingerne deler erfaringer med hinanden.”*
>
> Lægefaglig direktør, Odense Universitetshospital

Afdelingen fortæller, at de for at adressere potentielle forsinkelser i patientforløb f.eks. proaktivt har etableret en samarbejdsaftale med patologiafdelingen, hvor vigtige mikroskopisvar markeres som ”udredning” og derfor opprioriteres, så patientforløbene kan accelereres.

Afdelingen oplever udfordringer med at overholde tidsfristen for udvalgte gynækologiske patienter, især når kliniske faktorer spiller ind og der træffes faglige begrundelser for overskridelse af tidsfristerne i patientrettighederne. Eksempler, der nævnes som kliniske årsager til, at patientforløbets længde udvides, er f.eks. relateret til menstruationscyklusafhængige prøvetagninger eller behovet for ekstra kliniske vurderinger, inden en endelige diagnose kan fastlægges. Patientrettighederne foreskriver, at tidsfristen

[17] Pr. 01.07.25

for udredning eller behandling kan overskrides såfremt det gøres på baggrund af en faglig vurdering.

> *"Der kan være nødvendige forbehandlinger, som skal gennemføres inden den egentlige behandling kan igangsættes"*
>
> Forløbsplanlægger, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Afdelingen beskriver dog, at det er frustrerende, at registrering af faglige begrundede årsager til forlænget ventetid ikke 1:1 udskyder fristen for overholdelse af patientrettighederne. Derfor kan afdelingen fremstå som om den ikke lever op til patientrettighederne, selv når det reelt skyldes nødvendige kliniske hensyn, der forhindrer undersøgelser eller behandlingsstart inden for 30-dages fristen.

6.1.2 Andre behandlingsmuligheder

Afdelingen bestræber sig på at udrede og behandle alle patienter hurtigst muligt. Hvis ventetiden overstiger 30 dage, informeres patienterne skriftligt om deres ret til udvidet frit sygehusvalg. Trods denne mulighed er det meget få, der vælger at benytte sig af den udvidede ret. Dette skyldes ofte, at patienter foretrækker behandling på et kendt og nærtliggende hospital, eller at deres kliniske tilstand ikke nødvendiggør akut behandling.

Afdelingen oplever, at det vigtigste for patienterne, er at de får en konkret dato for deres udrednings- eller behandlingsforløb i afdelingen fremfor at blive tilset indenfor 30 dage på et andet hospital. Hvis afdelingen ikke kan overholde patientrettighederne, henvises patienterne til regionens garantisygehus i Esbjerg.

> *"Garantisygehuset fungerer som en ekstra ressource, vi kan trække på, når der er pres på vores kapacitet. Det kan dog være komplekst, når behandlingerne, patienter har brug for, ikke altid kan håndteres af garantisygehuset."*
>
> Cheflæge, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Der har været tilfælde, hvor patienter, efter at være blevet henvist til garantisygehuset, er blevet tilbagehenvist til afdelingen, fordi de nødvendige kompetencer til at gennemføre behandlingen ikke var til stede.

Afdelingen har aktuelt ingen samarbejdsaftaler med privathospitaler. Selvom der kan være et vist potentiale i at henvise specifikke operationer til privathospitaler, påpeger afdelingen,

at dette kan medføre tab af vigtige uddannelsesmuligheder for yngre læger. Mange operationer udgør en essentiel del af deres uddannelsesforløb, og at overlade disse operationer til privathospitaler kan vanskeliggøre varetagelsen af uddannelsesopgaven i forhold til kommende speciallæger.

Afdelingen understreger, at det især på højt specialiserede områder som gynækologisk endometriose er vanskeligt at identificere relevante alternative behandlingssteder. Behandling på dette felt kræver stor ekspertise og erfaring, og patienterne har ofte behov for specialiseret postoperativ pleje, som privathospitaler sjældent kan tilbyde.

Afdelingen oplyser, at behandling i udlandet i praksis aldrig anvendes. Dette skyldes ifølge afdelingen, at det er svært at identificere relevante behandlingstilbud, og samtidig sikre kontinuiteten i patientplejen. Derudover beskriver afdelingen, at det er deres oplevelse, at behandling i udlandet ofte medfører logistiske og følelsesmæssige udfordringer for patienterne. Afdelingen vurderer at det medfører, at patienterne ikke ønsker at modtage behandling i udlandet.

6.1.3 Kapacitetsstyring

Afdelingens kapacitetsstyring tager udgangspunkt i analyser af historiske data, som anvendes til at tilrettelægge både ambulatorie- og operationsaktiviteter.

Afdelingen understreger, at der kan opstå udfordringer, hvis patienttilgangen stiger markant sammenlignet med det foregående år, idet den eksisterende kapacitet derfor ikke nødvendigvis kan rumme det faktiske behov. Derudover gennemgås henvisningsmønstre fra almen praksis for at identificere perioder med forventet høj aktivitet, således at kapaciteten kan justeres herefter.

For løbende at kunne imødekomme det aktuelle behov, planlægger afdelingen kapaciteten for ambulatorier og operationer i 12-ugers perioder. Tilgangen er valgt for løbende at vurdere patienttilstrømningen og ventelister med henblik på kapacitetstilpasning. Afdelingen gør opmærksom på, at den høje grad af specialisering kan udfordre en hurtig opskalering, da det ikke altid er muligt at øge de nødvendige faglige ressourcer og kompetencer for at imødekomme behovet fuldt ud.

Afdelingen ser det som en vedvarende udfordring med et pres på ressourcerne med særlig henvisning til speciallægeloftet. Loftet begrænser muligheden for at ansætte flere speciallæger, selvom afdelingen oplever et øget behov for både akutte og elektive behandlinger.

Afdelingen prioriterer, at alle kræftpakkeforløb skal kunne gennemføres inden for tidsfristerne, hvorfor der er reserveret ambulatorietider og operationslejer til patienter, som er under mistanke for kræft (vulvakræft, corpuskræft, ovariekræft, cervixkræft eller endometriekræft). Denne dedikerede kapacitet sikrer hurtig adgang til specialiseret udredning og behandling.

Der afholdes multidisciplinære teamkonferencer (MDT) vedrørende kræftpatienter tirsdage og torsdage, for at sikre en regelmæssig vurdering af patientcases og kontinuitet i patientforløbene. Under disse MDT-konferencer diskuteres det enkelte behandlingsforløb, herunder prioritering af diagnostiske undersøgelser, kirurgiske indgreb samt de tilhørende tidsmæssige og ressourcemæssige behov. Efterfølgende planlægges operationstiderne i

de reserverede tidsrum. Afdelingen fortæller, at det kun sjældent sker, at operationskapacitet fra de reserverede tider bliver frigivet.

> *"Det kan se ud som om vi har ledig lejekapacitet, men det er altid holdt åben for onkologiske patienter, som måske har behov for at opereres hurtigt. Derfor planlægger vi med en form for buffer."*
>
> Forløbsplanlægger, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Hvis der er ledige operationstider efter MDT-konferencen, frigives de straks, så de kan udnyttes til andre kirurgiske indgreb. Afdelingen oplyser, at tiderne som regel hurtigt bliver planlagt med andre relevante indgreb.

En væsentlig del af kapacitetsstyringen handler om at balancere planlagte og akutte operationer. For at imødekomme uforudsete behov er der altid én operationsstue, der anvendes til akutte operationer. Dette sikrer, at akutte patienter kan behandles hurtigt, uden at det går ud over de planlagte operationer.

Desuden tilrettelægges kontrol- og opfølgningsundersøgelser med en vis fleksibilitet, hvor de kan blive ændret i tilfælde af akutte indgreb eller ændringer i patientflowet. Afdelingen fremhæver, at ferieperioder stiller særlige krav til styringen af kapacitet, da mange patienter uden akutte behov vælger at udsætte deres undersøgelser og operationer til efter ferien.

Dette bidrager til ophobninger og flaskehalse i afviklingen af patientforløb, især når sommerferien er slut.

> *"Patienterne vil ikke opereres her før sommerferien. De vil først have en operationstid efter sommerferien. Og så står vi i et eller andet krydspres henne omkring september, hvor vi både skal behandle patienter fra før sommer og efter sommerferien."*
>
> Cheflæge, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

For at håndtere de udfordringer, der opstår i forbindelse med sommerferien, arbejdes der på at udvikle en efterspørgselsstyret plan forud for ferien. Målet er at intensivere aktivitetsniveauet i august og september, så kapaciteten matcher det forventede patientflow. Planlægningen involverer prognoser for både patienttilstrømning og bemanding, hvilket vil gøre det muligt at identificere og afhjælpe flaskehalse. Det ideelle vil være en mulighed for at udvide åbningstiderne i ambulatorier og på operationslejerne for at imødekomme den øgede efterspørgsel.

6.1.4 Prioritering og planlægning

Prioritering og planlægning er essentielle komponenter i at sikre, at afdelingens kapacitet anvendes bedst muligt og patientrettighederne overholdes. Der foregår et stort arbejde med at planlægge daglige og ugentlige operationsprogrammer, samt løbende tilpasning af det på grund af afbud eller akut opståede behov.

Alle henvisninger modtages elektronisk og håndteres af lægesekretærerne i afdelingen. Alle henvisningerne bliver gennemgået hurtigst muligt – senest indenfor 48 timer - for at sikre, at alle henvisningskriterierne er opfyldt. Hvis dette ikke er tilfældet, vil henvisningen blive tilbagehenvist til det henvisende hospital eller praktiserende læge med en anmodning om at få opfyldt henvisningskriterierne. Efterfølgende kategoriseres henvisningerne ud fra både kompleksitet og det konkrete behandlingsbehov. For de henvisninger, der ikke indgår i kræftpakkeforløb, prioriteres henvisningerne i to kategorier: henvisninger, hvor der vurderes at være et akut udredningsbehov, og henvisninger, der vurderes at være ikke-akutte.

Lægesekretærerne kan for henvisninger til rutinemæssige indgreb booke patienten ind og bestille de nødvendige forundersøgelser. For henvisninger, der indikerer et akut behov eller kræver lægefaglig vurdering, bliver henvisningen straks sendt videre til den relevante læge, som prioriterer og visiterer patienten i forhold til behov for yderligere undersøgelser eller booking af tid til indgreb.

Når en henvisning tyder på mistanke om kræft, behandles den med højeste prioritet for at sikre overholdelse af de maksimale ventetider. Lægesekretærerne sørger for, at sådanne henvisninger hurtigt bliver vurderet af den ansvarlige læge – ofte inden for få timer og senest inden for et døgn, afhængigt af hvor alvorlig sagen vurderes at være. Kræftrelaterede henvisninger bliver gennemgået på en af de to ugentlige MDT-konferencer, hvor onkologer, kirurger, radiologer og patologer samarbejder om at sikre en grundig og tværfaglig vurdering. Lægerne afgør herefter, hvilke supplerende undersøgelser såsom billeddiagnostik eller vævsprøver, der er nødvendige for at bekræfte diagnosen og planlægge det videre behandlingsforløb. Efterfølgende koordinerer lægesekretærerne patientens forløb i overensstemmelse med gældende kræftpakkeforløb og sikrer, at al nødvendig information videregives til patienten. Hvis det vurderes, at de maksimale ventetider ikke kan overholdes, så aflyses og flyttes benigne patienter for at sikre den nødvendige kapacitet til at behandle kræftpatienterne.

Hvis der, som tidligere nævnt, opstår ledig kapacitet efter planlægningen af operationsprogrammet, frigives denne til andre kirurgiske indgreb. Dette kræver ofte, at lægesekretærerne kontakter flere patienter for at finde nogle, der kan rykkes frem til en tidligere tid – en opgave, der nævnes som værende tidskrævende. Afdelingen beskriver, at det dog er sjældent, at de tider der frigives, ikke bliver anvendt. Hver morgen afholdes der koordineringsmøder, hvor dagens operationsprogram bliver detaljeret gennemgået. Disse møder giver mulighed for at tilpasse ressourcer og personale efter de aktuelle behov og eventuelle kapacitetsudfordringer. Da afdelingen har aktivitet i både Svendborg og Odense kan læger og sygeplejersker fleksibelt omplaceres mellem de to matrikler. På den måde tilstræbes det, at de rette kompetencer og ressourcer er til rådighed dér, hvor de behøves mest.

Afdelingen understreger, at kræftpakkepatienter og akutte patienter har højeste prioritet i det daglige program, hvilket betyder, at deres operationer stort set aldrig aflyses. I tilfælde af nødvendige ændringer er det i stedet de planlagte kontrolbesøg, ikke-akutte patienter og

operationer som eksempelvis sterilisationer (der ikke er omfattet af patientrettighederne), der må udsættes.

Afdelingen lægger stor vægt på grundig dokumentation for at sikre, at udredningsretten overholdes, og at patienterne modtager behandling senest 30 dage efter endt udredning. Dette kræver omhyggelig og præcis registrering i patientjournalerne, hvilket ofte er både tidskrævende og administrativt udfordrende for lægesekretærerne. Hele processen indebærer korrekt håndtering af diverse koder og pakkeforløb, så afdelingen kan sikre, at patientrettighederne overholdes.

En af de udfordringer, afdelingen står med, er at planlægge nye operationsdatoer for patienter, der melder afbud med kort varsel. I Region Syddanmark og på Odense Universitets Hospital er retningslinjerne for patientrettigheder tydeligt definerede: Kun én dag kan lægges til den gældende 30-dages frist for udredning eller behandling, når en patient selv aflyser tæt på den fastsatte operationsdag.

> *"Der bliver brugt enorme administrative ressourcer på ombookninger, når en patient annullerer eller ændrer sin tid. Ofte betyder det, at vi ikke kan udnytte vores fulde kapacitet, især når operationer skal planlægges på ny."*
>
> Forløbsplanlægger, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Et konkret eksempel illustrerer kompleksiteten i processen:

- Dag 0: Afdelingen modtager henvisningen på en patient, som skal opereres.
- Dag 12: Patienten meddeler, at vedkommende ikke kan møde op til operationen og aflyser derfor sin tid.
- Dag 14: Den oprindeligt planlagte operationsdag, som er blevet aflyst.
- Dag 30: Den oprindelige deadline for at overholde 30-dages fristen for behandling, hvor patienten skulle have været opereret.
- Dag 31: Ny frist for overholdelse af 30-dages fristen for behandling, hvor perioden forlænges med én enkelt dag.

Det betyder, at afdelingen inden for en yderst kort tidsperiode skal finde en ny operationsdato for at sikre, at 30-dages fristen for behandling ikke overskrides. Langt fra alle operationer er ”standardoperationer”, og der kan være længere tid til, at den speciallæge med ekspertise inden for pågældende patients lidelse har næste ledige operationstid. Det ville derfor være nødvendigt at ombooke eller flytte andre patienter, for at frigøre en operationstid inden for den fastsatte frist.

En anden udfordring i forhold til de sene afbud er, at det kan være vanskeligt at få en anden patient til at tage mod et tilbud med dags eller få dages varsel.

6.1.5 Implikationer af patientrettighederne

Løbende overvågning af ventetider og systematisk opfølgning på overholdelse af patientrettighederne er en naturlig del af afdelingens daglige drift og prioriteringer. Afdelingen befinder sig ofte i en situation, hvor det er nødvendigt at prioritere mellem kræftpakkeforløb, akutte patienter og ikke-akutte patienter.

Kræftpakkeforløb og akutte patienter bliver prioriteret højest, hvilket betyder, at patienter med mindre tidskrævende behov kan opleve udsættelser af deres planlagte behandling. Denne praksis sikrer, at de mest tidskrævende behov kan varetages hurtigst, men har den konsekvens, at patienter med mindre tidskrævende behov må acceptere længere ventetider – selvom patientrettighederne gælder for alle.

Afdelingen oplever, at deres kapacitetsstyring er direkte påvirket af kravene i patientrettighederne. Som tidligere beskrevet er der operationslejer reserveret til kræftpakkeforløb, som først frigives med kort varsel til andre kirurgiske indgreb. Det kræver et betydeligt arbejde at sikre, at al kapacitet udnyttes, når den frigives med kort varsel. Det er dog sjældent, at operationskapacitet ikke bliver anvendt, da lægesekretærerne bruger en del ressourcer på at identificere og indkalde patienter så den ledige kapacitet udnyttes optimal. Derudover planlægges der altid med en bufferkapacitet, som er dedikeret til akutte operationer. Dette sikrer, at det resterende operationsprogram kan gennemføres uforstyrret, selv når der opstår uventede behov.

Patientrettigheder og kravene til kræftpakkeforløb medfører samtidig en betydelig administrativ kompleksitet. En grundig registrering og løbende kvalitetskontrol er nødvendig for systematisk at sikre, at 30-dages fristen for behandling overholdes, og at hver patient får rettidig behandling.

6.2 Casebeskrivelse Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital

Afdelingen er en af Danmarks største afdelinger, som behandler patienter indenfor medicinsk og kirurgisk gastroenterologi. Afdelingen varetager både regions- og landsdelsfunktioner.

Afdelingens kirurgiske sektion består af en akut enhed, et elektivt øvre og nedre spor, en endoskopienhed med 40 stuer ugentligt og en dagkirurgisk enhed med 8 daglige lejer.

Den ugentlige operationskapacitet omfatter:

- 4 lejer til robotkirurgi
- 8 almindelige OP-lejer
- 8 dagkirurgiske lejer
- 6 lejer til akutkirurgi
- 1 leje til vagtberedskab

Dertil har afdelingen følgende sengepladser:

- 24 akutte sengepladser
- 44 elektive sengepladser

De årlige kontakter for den kirurgiske sektion er:

- Ca. 19.000 ambulatoriekontakter
- Ca. 11.000 endoskopiundersøgelser
- Ca. 12.000 kontakter i akutmodtagelsen
- Ca. 1.350 indlagte til elektiv kirurgi
- Ca. 1.750 indlagte til akut kirurgi
- Ca. 1.250 dagkirurgiske kontakter

I dagkirurgi opereres der primært ukomplicerede brok, hæmorider, små galdestensindgreb, stomirevisioner m.m. Der er således aldrig kræftpatienter i dagkirurgien.

Afdelingens fysiske rammer har været uændrede i en årrække, mens aktivitetsvolumen er steget støt de seneste fem år. Det skyldes bl.a. flere kræftpakkehenvisninger og en generel stigning i akutte indlæggelser. Blandt andet udføres der årligt omkring 11.000 endoskopier og der modtages i gennemsnit 34 akutte patienter i døgnet. Det betyder overvejende, at kapacitetsstyringen handler om at få de samme fysiske rammer til at rumme flere forløb. Afdelingen fokus for at lykkes med flere forløb sker gennem mere forfinet planlægning, og kun i særlige tilfælde, hvor ventelisterne stiger markant, eller maksimale ventetider på kræftpakker risikere at overskride sættes der processer i gang, for at åbne flere stuer.

6.2.1 Overholdelse af patientrettigheder

Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme på Herlev Gentofte Hospital overholder helt generelt fristerne i maksimale ventetider for kræftbehandling og udredningsretten for

patienter med benigne lidelser[18], mens patienter med benigne lidelser ikke nødvendigvis tilbydes behandling inden for 30 dage. I de tilfælde, hvor 30-dages fristen for behandling overskrides, informeres patienterne om retten til udvidet frit sygehusvalg.

Ifølge afdelingen fremgår det af deres egne og regionale monitoreringer, at forløbstiderne i kræftpakkerne stort set overholdes. Det skyldes, at afdelingen har gjort det til en topprioritet at overholde de maksimale ventetiders 14 + 14-dages forløb for hhv. udredning og behandling.

> *"Vi begynder altid program-lægningen med kræftpakkerne – alt andet bliver flyttet, indtil de 14 + 14 dage kan holdes."*
>
> Læge, Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital

Ifølge personalet begynder programlægningen altid med kræftpakkerne, hvorefter andre patientgrupper tilpasses. For at understøtte dette har afdelingen indført seks faste kræftlejer og et syvende bufferleje, der holdes ledige til kræftpatienter. Derudover anvender afdelingen værktøjer, der understøtter overvågningen af patientrettighedernes overholdelse bl.a., ved at indikerer, hvis en patient nærmer sig fristbrud.

Ifølge afdelingen er resultatet, at forløbstiderne i kræftpakkerne aktuelt overholdes i mere end 98 pct. af tilfældene. Næsten alle overskridelser kan forklares med patientønsker om udsættelse eller behov for supplerende diagnostik.

Udredningsretten på 30 dage overholdes ligeledes for både kræft- og benigne patienter. Dette sikres blandt andet gennem ekstra endoskopislots i sene eftermiddagstimer samt en stram sekretærvisitation, hvor henvisninger som udgangspunkt gennemgås inden for 24 timer. Den hurtige visitationsproces mindsker risikoen for spildtid og frigør ressourcer til faglig vurdering og planlægning.

Fristen for behandling på 30 dage udgør derimod en udfordring. Det gør sig især gældende for patienter, der skal opereres på den centrale operationsgang bl.a. patienter med komorbiditet[19] eller tilstande fx svær overvægt, som gør operationerne mere komplekse eller kræver intensiv postoperativ overvågning. Det skyldes, at disse patienter ikke kan rummes i privathospitalernes aftaler, og patienterne må derfor blive på afdelingen, hvor de glider bagud, når kræft og akutte patienter presser sig på.

> *"30-dages garantien er tom for dem, der er for skrøbelige til dagkirurgi; de kan hverken sendes privat eller presses ind her."*
>
> Sygeplejerske, Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital

[18] Godartede tilstande eller tumorer
[19] at patienten har to eller flere sygdomme eller lidelser samtidig

Udfordringerne med 30-dages fristen for behandling er på den baggrund primært for de komplicerede, benigne tilstande. I gennemsnit er den samlede ventetid på cirka 55 dage i disse tilfælde.

Ved overskridelse af fristen for behandling informeres patienten skriftligt om retten til udvidet frit sygehusvalg. Ifølge afdelingen vælger langt de fleste patienter at fastholde den allerede planlagte tid frem for at skifte hospital. Afdelingens erfaring viser, at patienttilfredshed i høj grad er knyttet til at have en konkret tid og klare forventninger. Afdelingen prioriterer derfor at anvende tid på kommunikation og information som en central del af arbejdet med overholdelse af 30-dages fristen for behandling.

6.2.2 Andre behandlingsmuligheder

I udgangspunkt forsøger afdelingen af behandle alle patienter i eget regi. Hvis patienter er ASA-I[20] eller -II[21] og egnede til dagkirurgi, kan de dog omvisiteres til privathospitaler, når der er risiko for fristbrud. Ifølge afdelingen er det en sidste udvej, idet der først iværksættes ekstra aften- eller lørdagslejer og herefter arbejdes med regional omvisitering. Denne prioritering har reduceret udgifterne til privathospitaler betydeligt de seneste år. Afdelingen oplyser, at behandling i udlandet i praksis aldrig er i spil, fordi ingen hospitaler i andre lande, kan tilbyde avanceret gastrointestinal-kirurgi med den nødvendige hastighed på under 14 dage.

6.2.3 Kapacitetsstyring

Kirurgisk sektion har etableret en integreret kapacitetsstyringsmodel, der omfatter hele patientforløbet fra første henvisning til afsluttet behandling. Modellen er baseret på, at der ugentligt skal være kapacitet til at kræftpakkeforløb aldrig bryder tidsfristerne. Konkret afsættes derfor seks faste operationslejer til malign kirurgi og et syvende bufferleje, der som hovedregel holdes tomt, indtil de endelige beslutninger fra multidisciplinær konference (MDT) foreligger tre–fire dage før operationerne finder sted.

Endoskopien har på samme måde afsat et dagligt antal ”kræft-slots” og radiologien leverer en tilsvarende fast blok i CT- og MR-kapacitet til kræftpakkepatienterne.

Modellen kombinerer således en fastlagt proces for udredning (endoskopi, billeddiagnostik og præoperative vurderinger) med et tilsvarende fast forløb for den operative behandling. Kræftpakkernes tidsfrister er indlejret i begge dele af processen og fungerer som styringskriterium for allokering af ressourcer på tværs af afsnit.

I endoskopien arbejdes der med en fast månedsskabelon og 40 ugentlige stuer, hvor kræftpatienter bookes først. Sekretærer og læger arbejder her ud fra en fem ugers tidshorisont, hvor der blokeres tider til kræftpakker baseret på historisk data og kendskab. Dernæst foretages booking af udredningspatienter. Til sidst fyldes kapaciteten op med

[20] En i øvrigt rask patient uden nogen sygdomme. Patienten er rask, ikke-ryger, og har intet eller minimalt alkoholforbrug. Der er ingen funktionsbegrænsninger
[21] En patient med mild sygdom, som ikke påvirker patientens funktionsevne væsentligt. Eksempler kan være en ryger eller en patient med velreguleret diabetes. Det er mild sygdom uden funktionsnedsættelse.

kontroller og opfølgningsundersøgelser, der bruges som "elastiske" elementer, der kan flyttes, hvis kræftvolumen øges.

Tiderne til kræftpakker frigives først til booking ca. en uge i forvejen. På den måde kan sektionen bedst muligt sikre, at kræftpakkepatienter får koloskopi inden for ni dage – også i uger med høj belastning.

> *"Vores kontroller er sat ind som 'skubbe-klodser'; de kan ryge tre gange, før patienten overhovedet når at opdage det."*
>
> Sygeplejerske, Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital

Ifølge afdelingen gør denne struktur det muligt at håndtere uforudsete udsving i volumen af kræftpakker og samtidig undgå tomgang på operationsstuerne.

Efter den ugentlige kalibrering af kapaciteten til kræftpatienter frigives eventuelle resterende tilder til patienter med godartede tilstande. Sekretærerne kontakter i den forbindelse patienter på venteliste, som har tilkendegivet fleksibilitet til at møde med kort varsel. Denne opgave estimeres at kræve 20-40 minutters sekretærtid.

Samlet set indikerer afdelingens tilgang til kapacitetsstyring, at kapaciteten i praksis anvendes tæt på fuldt ud, så der ikke er tomgang på operationslejerne.

6.2.4 Prioritering og planlægning

Kapacitetsstyringen fastlægger rammerne, mens planlægningen udfylder disse rammer med konkrete patienter og justerer i forhold til afbud, akutte tilgange og patientpræferencer.

Alle henvisninger modtages elektronisk i sekretariatet og gennemgår inden for 24 timer en administrativ og klinisk triage, udviklet på baggrund af afdelingens erfaringer. Henvisninger, der ikke opfylder henvisningskriterierne, tilbagehenvises til den henvisende læge.

Opfylder henvisningen kriterierne for kræftpakker, genererer systemet straks en A-dato. Denne dato danner grundlag for tidsfrister til diagnostiske undersøgelser som koloskopi, CT-scanning og MDT-konference. Sekretariatet reserverer dernæst de nødvendige tider i endoskopiens kalender. Tilgangen til planlægning betyder, at kræftforløbene er styrende for hele planlægningssystemet.

Ca. 25 pct. af henvisningerne kan sekretærerne booke direkte ind i systemet. De resterende henvisninger videresendes til lægevisitation, hvor patienterne fordeles til «øvre» eller «nedre» kirurgi afhængigt af specialtilknytningen.

I endoskopiafsnittet afholdes ugentlige prioriteringsmøder. På mødet prioriteres programmet med de akutte patienter og kræftpakkepatienter. Som hovedregel aflyses disse patienter aldrig. I stedet er det patienter med godartede sygdomme, som aflyses hvis der

opstår kapacitetsudfordringer. Udskydelsen af operationer sker i udgangspunkt med maksimalt et døgn.

Når patienten er opereret, planlægges opfølgning og eventuel kontrol allerede i opvågningsafsnittet. For kræftpatienter bookes postoperative kontroller og onkologiske vurderinger direkte i Sundhedsplatformen, så hele forløbet ligger inden for pakkens tidsfrister. For benigne patienter er kontrolbehovet individuelt; her fungerer de planlagte kontroller som beskrevet tidligere, som det elastiske element i planlægningen.

Sammenfattende bygger prioriterings- og planlægningsprocessen i afdelingen på et fælles sæt regler, der kobler visitering, ambulant plan, operationsprogram og efterbehandling i én sammenhængende struktur. Processen anvender differentierede interne kategorier, men styres i sidste instans af patientrettighederne, der angiver, hvilke frister der er ufravigelige, og hvor afdelingen kan udnytte sin manøvrefrihed.

Mellem prioriteringsmøderne i endoskopien foregår der hver dag en mikro triage fra den afsnitsledende læge. Her omplaceres patienter, og akutte sager klemmes ind med kort varsel. Det vurderes, at der anvendes op mod en time dagligt på at rokere patienter rundt i samarbejde med sekretærerne. Samlet set medvirker denne arbejdsgang til, at afdelingen kan overholde udredningsretten. Udfordringen opstår i højere grad for kontrolpatienterne, hvor kontrollerne flyttes, for at frigøre plads til andre patienter.

Planlægningen fortsætter ved den første ambulante konsultation, hvor lægen – med afsæt i patientens ASA-score[22], billeddiagnostik og funktionsniveau – beslutter det endelige forløb. Kræftpatienten får som hovedregel operations-dato med det samme; den godartede patient får, hvis muligt, en dato, der ligger inden for 30-dages grænsen eller, hvis det ikke kan lade sig gøre, en konkret dato samt skriftlig information om udvidet frit sygehusvalg. Hvis patienten ønsker at udnytte udvidet frit sygehusvalg, udfylder sekretariatet regionens omvisiteringsblanket samme dag.

> *"Patienterne vil have hurtig afklaring – de vil sjældent have hurtig operation, med mindre det er livstruende."*
>
> Læge, Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital

Flere i afdelingen beskriver, at patienterne typisk oplever stor tryghed ved hurtigt at få en dato for operation, selv om datoen ligger udenfor fristen. I tilfælde - der ikke omhandler kræft - er oplevelsen på afdelingen, at udredning har stor betydning for patienterne, men at behandlingen med fordel for flere patienter kan ligge længere ude i fremtiden end 30 dage, da det muliggør, at de kan planlægge deres liv rundt om operationen. 30-dages fristen for behandling giver dog en implicit forståelse af, at behandling skal gå hurtigt, selvom der ikke er lægefagligt belæg herfor.

To gange om ugen afholdes der MDT-konference, hvor de henviste kræftpatienter vurderes, og hvor resultater fra endoskopi og billeddiagnostik gennemgås. Beslutningerne, som træffes på konferencen, udløser en automatisk oprettelse af en "case" i operationsmodulet,

[22] ASA-score er en klassifikation, der bruges til at vurdere en patients generelle fysiske helbredstilstand før en operation

samtidig med at fristen for maksimale ventetider for behandling (14 dage fra beslutning) aktiveres.

Planlægningen af operationsprogrammet foretages på et torsdagsmøde. Her overføres alle nye kræftpakkepatienter fra MDT-konferencen til konkrete operationsdage. Så længe kræftpakkevolumen svarer til prognosen, kan de planlagte godartede indgreb forblive i programmet. Hvis MDT-tilgangen overstiger forventningen, flyttes benigne patienter ud af operationsprogrammet. Lavrisikopatienter med benigne tilstande har generelt den laveste prioritet i planlægningen og tildeles ofte tider seks til otte uger frem i tiden. Ifølge afdelingen udgør dette sjældent et problem.

Planlægningsarbejdet fortsætter løbende gennem ugen, når patienter melder afbud. Sekretærerne benytter i den forbindelse en stand-by-liste til at udfylde ledige tider. Hvis ingen patienter kan indkaldes, konverteres lejer i enkelte tilfælde til dagkirurgiske operationer eller markeres som tomt. Denne praksis viser, hvordan fleksibilitet i planlægningen sikrer, at ressourcerne udnyttes bedst muligt, men også at tomme lejer i visse tilfælde må accepteres som en nødvendig del af kapacitetsstyringen.

Afdelingen har en fast politik for håndtering af patientafbud. Første afbud registreres og genbookes uden konsekvens. Ved andet afbud noteres det som ”patientønske”, hvorved patientens tidsmæssige rettigheder bortfalder. Et tredje afbud udløser en lægelig revurdering af operationsindikationen.

I den daglige planlægning af operationsprogrammet arbejdes der med to hovedgrupper af patienter, som altid indgår i prioriteringen. Samlet set fungerer kræftpatienterne som det ufravigelige fixpunkt, mens godartede patienter udgør det fleksible bufferlag i planlægningslogikken. Denne asymmetri i planlægningen opleves i afdelingen både som en garanti for patientsikkerheden og som en strukturel kilde til ventetid for de benigne grupper.

6.2.5 Lægefaglige vurderinger

De kliniske vurderinger foretages med udgangspunkt i patientrettighederne, men lægerne beskriver, at der til tider træffes bevidste valg om fristbrud af hensyn til patientsikkerhed, hvilket er i overensstemmelse med reglerne jf. afsnit 7.1 i vejledning om de maksimale ventetider: *De maksimale ventetider gælder ikke, hvis et fagligt vurderet hensyn til patientens helbredstilstand tilsiger, at udredningen og/eller behandlingen bør ligge senere, end de maksimale ventetider tilsiger.*

Et eksempel fremhæver en patient, der indlægges med kraftige smerter i venstre side. En CT-scanning viser et fortykket stykke af tyktarmen, hvilket kan skyldes akut diverticulitis (betændelse i udposninger), men i kræftpakkesystemet tæller samme billede som “mistanke om kræft”.

Reglerne siger, at patienten ved kræftmistanke skal udredes inden 14 dage. Ved akut betændelse er tarmen dog hævet, skrøbelig og meget smertefuld at undersøge. En koloskopi i denne fase indebærer risiko for perforation af tarmen, hvilket kan føre til livstruende bughindebetændelse og behov for akut operation.

Den kliniske vurdering er derfor, at umiddelbar undersøgelse er mere risikabel end gavnlig. For at undgå den risiko vælges en udsættelse af kikkertundersøgelsen i otte uger, til betændelsen er faldet til ro.

> *"Vi bryder hellere fristen end patientens tarm; patientsikkerheden står altid over patientrettigheden."*
>
> Læge, Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital

Beslutningen kaldes et "bevidst fristbrud", fordi den overskrider kræftpakkens forløbstider. Lægen dokumenterer i journalen, at udsættelsen er fagligt begrundet, og patienten (oftest sammen med pårørende) informeres om både risiko og plan. Forløbstiderne i kræftpakken overskrides dermed for at beskytte patienten mod alvorlige procedurerelaterede skade, selvom det formelt udløser et fristbrud i pakkestatistikken.

Et andet eksempel hvor der balanceres mellem lægefaglige hensyn og patientrettigheder er, når 30-dages fristen for behandling betyder, at godartede patienter formelt kan kræve operationsdato, før patienten efter lægelig vurdering er optimalt forberedt (fx ved høj BMI eller signifikant komorbiditet). Kirurgen står derfor over for valget mellem at gennemføre en elektiv operation inden for tidsfristen med forhøjet komplikationsrisiko eller at anbefale præ-habiliterende tiltag – og derved overskride tidsfristen. I praksis vælger afdelingen at overskride tidsfristen, registrerer et "patientønske" eller en faglig udsættelse og accepterer et formelt brud for at minimere behandlingsrisikoen.

Lægerne oplever, at patientrettighederne på den ene side har styrket den onkologiske kvalitet med hurtig diagnostik og behandling og ingen kræftpatienter længere "forsvinder i systemet" fordi der er fokus på, at patienterne hjælpes sikkert mellem afdelinger og uden unødig ventetid. På den anden side skaber patientrettighederne en logik, hvor kalenderfrister kan komme til at dominere på bekostning af klinisk fleksibilitet. Det påpeges også, at selvom Sundhedsplatformen rummer mulighed for at markere, om en tidsoverskridelse skyldes et bevidst lægefagligt valg, så følges der ikke med nationalt i disse koder, da der nationalt er et ønske om en bestemt registrering. Dermed bliver fagligt motiverede udsættelser ofte registreret på linje med egentlige kapacitetsproblemer i kræftpakkestatistikkerne.

> *"Der holdes minutiøst øje med maksimale ventetider; den faglige vurdering af, om 48 timer mere gør nogen forskel, figurerer ingen steder."*
>
> Læge, Afdelingen for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev Gentofte Hospital

6.2.6 Implikationer af patientrettigheder

Patientrettighederne udgør i dag de overordnede rammer for aktiviteten i Kirurgisk sektion, og deres praktiske implikationer kan iagttages på flere niveauer i driften.

Rettighederne har en direkte strukturerende effekt på kapacitetsplanlægningen. Hver uge reserveres seks lejer til kræftkirurgi samt et tomt bufferleje for at sikre overholdelse af de maksimale ventetider i kræftpakkeforløbene. Endoskopien har tilsvarende indlagt faste "kræftslots" i dagsprogrammerne. Dermed er 8-10 procent af den samlede operations- og udredningskapacitet permanent bundet til tidsfrister, som først få dage inden anvendelse kan frigives til andre patienter. Denne overkapacitet vurderes som et nødvendigt hensyn til patientsikkerheden, men indebærer samtidig, at resten af programmet skal udnyttes med meget høj effektivitet for at undgå tab af produktion.

Rettighederne påvirker også fordelingen mellem patientgrupper. Kræft- og udredningsfristerne overholdes næsten konsekvent, mens den 30-dages frist for behandling af godartede patienter kun kan indfries, hvis patienten er ASA-I eller -II og egnet til dagkirurgi. Patienter, som kræver central operationskapacitet, må i praksis acceptere ventetider på fem-seks uger, da der ikke findes et egnet tilbud til dem i privat regi. Dette skaber en prioriteringslogik, hvor lavrisikobenigne indgreb systematisk viger for både kræft og akutkirurgi, på trods af at alle tre grupper formelt er omfattet af tidsfristerne.

På det administrative niveau medfører patientrettighederne ligeledes et betydeligt ressourceforbrug. Hvert kræftpakkeforløb genererer op til 15 manuelle registreringer af milepæle i Sundhedsplatformen, og selv små tidsforskydninger – eksempelvis et patientønske om udsættelse – kræver, at alle tidsstempler tilpasses. Dette understreger, at rettighederne ikke alene har kliniske, men også administrative implikationer.

På det kliniske plan har fristerne bidraget til højere onkologisk kvalitet. Kræftpatienter forsvinder ikke længere i systemet, og overlevelsen er forbedret som følge af mere strømlinede behandlingsforløb. Samtidig opstår der situationer, hvor det opleves, at juridiske tidsfrister kolliderer med lægefaglige vurderinger, selvom patientrettighederne tager højde for fagligt begrundede fristoverskridelser. Dette indikerer en vedvarende spænding mellem systemets standardiserede krav og kliniske hensyn til den enkelte patient.

Rettighederne har desuden implikationer for lægelig uddannelse. Når 30-dages fristen for behandling ikke kan overholdes, udvisiteres simple operationer til privathospitaler. Dermed mister hoveduddannelseslæger adgang til de ukomplicerede indgreb, som normalt danner grundlag for kirurgisk træning. Afdelingen tilbageholder systematisk et minimum af lette cases for at understøtte kompetenceopbygningen, men dette reducerer samtidig fleksibiliteten i produktionen andre steder.

Overordnet fungerer patientrettighederne som et effektivt sikkerhedsnet for kræft- og udredningspatienter, men de medfører en række afledte effekter: permanent planlagt overkapacitet, forskudte ventetider mellem patientgrupper, højt administrativt ressourceforbrug, faglige dokumentationskrav, udfordringer i uddannelsesmiljøet og et vedvarende økonomisk pres. Afdelingen håndterer disse udfordringer gennem stram kapacitetsstyring, men peger på, at mere differentierede ventetidsrammer kunne bidrage til en bedre balance fremover.

About us

Born in Denmark with offices in Copenhagen, Aarhus, Stockholm, Malmö, Gothenburg, Oslo, Zurich, Munich, Hamburg, Düsseldorf and Raleigh, NC. With 1,500+ consultants and multinational clients and projects, we offer local expertise with a global perspective.

We believe that great organisational impact leads to great impact for humanity. Implement was created to help turn true expertise into real change.

Contact

Michael Daugbjerg

Healthcare Industry lead, Seniorpartner

+45 51 38 74 25

MDA@implement.dk

Bilag Titel:	**Finansiering af Danske Regioners aktiviteter**
Dagsordens titel	**2. behandling af Danske Regioners budget 2027**
Dagsordenspunkt nr	**10**
Bilag nr	**1**
Antal bilag:	**1**

Notat

Danske Regioner

Finansiering af Danske Regioners aktiviteter

05-11-2026
EMN-2026-00643
1881007
Kristian Terp

Der er følgende fem kilder til finansiering af de aktiviteter, som Danske Regioner udfører på vegne af de fem regioner:

1. Kontingent fra regionerne
2. Betaling fra regionerne til særskilt finansierede enheder: Medicinrådet og Regionernes Videncenter for Miljø og Ressourcer (VMR)
3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)
4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje
5. Bidrag fra formue

Ad 1. Kontingent fra regionerne

Kontingentet fastsættes på generalforsamlingen.

Det har gennem årene været praksis, at kontingentet hvert år pris- og lønreguleres på baggrund af den udmeldte sats for det regionale sundhedsområde (ekskl. sygehusmedicin).

For 2027 indstilles kontingentet fastsat til 30,10 kr. pr. indbygger.

Ad 2. Betaling fra regionerne til Medicinrådet og VMR

Medicinrådet blev etableret i efteråret 2016. I 2027 udgør regionernes betaling til Medicinrådet 58,1 mio. kr. Medicinrådets budget for 2027 balancerer. Medicinrådets tilføres i 2027 7,5 mio. kr. til opgaver under HTA ordningen, og 10,5 mio. kr. til opgaver vedr. vejledning af almen praksis om tilskudsmedicin. Hertil 10 mio. kr. via forebyggelsespuljen og en øget indbetaling fra regionerne på 7 mio. kr. Endelig kompenseres Medicinrådet for opgaver under Kræftplan V og andre projekter med forventet 4,6 mio. kr. i 2027.

For 2026 er regionernes betaling til VMR 10,0 mio. kr. Enhedernes indtægter og udgifter balancerer på Danske Regioners budget.

Ad 3. Statsligt bidrag til sekretariatsbetjeningen af RLTN

Danske Regioner modtager årligt et bidrag fra staten til delvis dækning af sekretariatsbetjeningen af RLTN. For 2027 ventes bidraget at udgøre 4,0 mio. kr.

Ad 4. Indtægter fra salg af administrative ydelser og husleje

Danske Regioner leverer administrative ydelser til en række eksterne virksomheder og fonde oprettet under praksisoverenskomstområdet. Indtægterne fra salget af disse administrative ydelser ventes i 2027 at udgøre 8,2 mio. kr.

Danske Regioner udlejer kontorarealer i Regionernes Hus til Sundhed.dk. Huslejeindtægten fra Sundhed.dk ventes i 2027 at udgøre 2,6 mio. kr.

Ad 5. Bidrag fra formue

Danske Regioner har midler placeret i obligationer og aktier (70/30).

Fra etableringen i 2007 har det været tanken, at den del af foreningens aktiviteter, der ikke dækkes af kontingent og øvrige indtægter (jf. beskrivelsen ovenfor), skulle dækkes ved en ”underskudsfinansiering”, der tilvejebringes ved træk på formue og kapitalafkast.

Der kan i sagens natur være store udsving i kapitalposterne fra det ene år til det andet, men det har i de foreløbigt 19 år, foreningen har eksisteret, hvert år været muligt budgetmæssigt at dække en væsentlig del af indtægterne via kapitalposterne.

For 2027 er dækningen via kapitalposterne budgetteret til 29,8 mio. kr.

Det bemærkes i denne forbindelse, at dækningen via kapitalposterne er en ”residualfinansiering”, der i sagens natur ikke pris- og lønreguleres, hvilket løbende mindsker foreningens indtægtsgrundlag og medfører et pres for effektiviseringer af driften.

Den løbende ”underskudsfinansiering” ved kapitalafkast og træk på formuen, indebærer en gradvis reduktion af foreningens formue.

Tabellen nedenfor viser resultatet af en teknisk fremskrivning af de nuværende budgetforudsætninger og forpligtelser for Danske Regioner i perioden 2024-2035 og den resulterende egenkapital.

Reduktionen i underskuddet i 2028 skyldes, at projektbevillingerne til en styrket juridisk indsats og Grønne Hospitaler udløber ved udgangen af 2027.

Som det fremgår, vil den løbende underskudsfinansiering udtømme egenkapitalen senest i 2034. Kolonnen ”Nettoværdi af ejendomme” er medtaget for at synliggøre, at en stadigt stigende andel af egenkapitalen vil være bundet i mursten. Over perioden vil de investerede midler i aktier og obligationer blive realiseret for at fremskaffe likviditet til det løbende

driftsunderskud. Alternativet hertil er en realisering af ejendommen(e) eller en ny belåning af samme.

Udvikling i egenkapital 2024-35 (Millioner kroner)				
År	Årets resultat	Egenkapital ultimo	Nettoværdi af ejendomme	Bem:
2024	-8,0	306,1	169,30	Regnskabstal
Primo 2025	-18,7	287,4	169,30	Udskilning af BR
2025	-4,6	282,8	164,05	Regnskabstal
2026	-27,4	255,4	158,05	Forventet regnskab
2027	-29,8	225,6	152,05	Budgetoverslag
2028	-26,8	198,8	146,05	Budgetoverslag
2029	-27,8	171,0	140,05	Budgetoverslag
2030	-28,8	142,2	134,05	Budgetoverslag
2031	-29,8	112,4	128,05	Budgetoverslag
2032	-30,3	82,1	122,05	Budgetoverslag
2033	-30,8	51,3	116,05	Budgetoverslag
2034	-31,3	20,0	110,05	Budgetoverslag
2035	-31,8	-11,8	104,05	Budgetoverslag

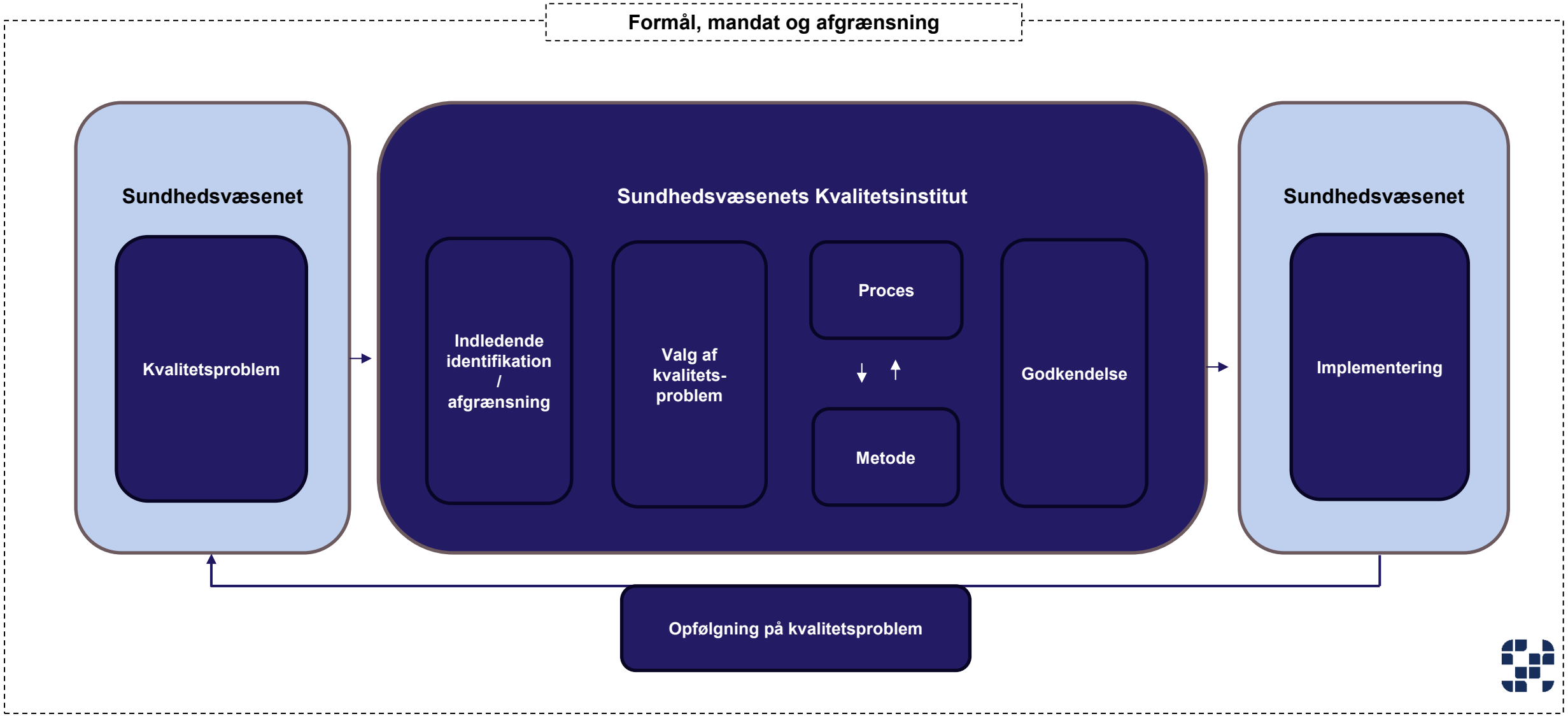
Bilag Titel:	**DaR bestyrelse_Bilag 1_Generisk model for visitationsretningslinjer i SundK**
Dagsordens titel	**Generisk model for visitationsretningslinjer**
Dagsordenspunkt nr	**11**
Bilag nr	**1**
Antal bilag:	**1**

Generisk model for udarbejdelse af visitationsretningslinjer i SundK (*foreløbigt udkast*)

Bilag 1
Bestyrelsesmøde i Danske Regioner
Den 12. november 2026

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Generisk model for visitationsretningslinjer i SundK



Generisk model for visitationsretningslinjer (kort beskrivelse af delelementer)

Identifikation af kvalitetsproblemer	Kvalitetsproblemer i sundhedsvæsenet identificeres internt eller eksternt fx baseret på erfaringer fra klinisk praksis, regionale udfordringer, data i kvalitetsdatabaser, på opfordring fra Rådet i SundK m.m. Kvalitetsproblemer kvalificeres og afgrænses ud fra en indledende afdækning fx vedr. problemets størrelse og omfang, variation, aktualitet, organisatoriske forhold samt stillingtagen til, om visitationsretningslinjer er det rigtige værktøj til at løse kvalitetsproblemet. Kvalificerede kvalitetsproblemer samles løbende på en bruttoliste.
Valg af kvalitetsproblem/emne	Bestyrelsen i SundK udvælger emner til visitationsretningslinjer ud fra bruttoliste med kvalificerede emner. Forud for forelæggelse i bestyrelsen sikrer SundK løbende koordinering og dialog med relevante, centrale aktører såsom Danske Regioner, SST m.fl.
Proces for udarbejdelse	En arbejdsgruppe/fagudvalg med bred repræsentation af relevante faglige selskaber, regioner, centrale aktører og myndigheder (fx SST og KL), patient- og pårørenderepræsentanter m.fl. nedsættes. Alle medlemmer habilitetsgodkendes. SundK understøtter processen for udarbejdelse, der inkluderer arbejdsgruppemøder, høring samt godkendelse af visitationsretningslinjen. Bilaterale møder med centrale aktører udover arbejdsgruppe/fagudvalgsmøder afholdes efter behov.
Metodisk tilgang	Udarbejdelsen af visitationsretningslinjer sker pba. en systematisk og transparent proces. Derudover tages der udgangspunkt i en evidensbaseret tilgang, hvor metode, detaljegrad og dybde tilpasses hver enkelt problemstilling. Som en del af den metodiske tilgang afdækkes forskellige vidensområder som fx effekt og sikkerhed, aktivitet og omkostninger, organisatoriske perspektiver, patientperspektiv m.m.
Godkendelse	Den faglige godkendelse ligger i den repræsentativt nedsatte arbejdsgruppe/fagudvalg. Der sigtes efter, at Rådet i SundK godkender visitationsretningslinjer. Der træffes endelig beslutning herom på baggrund af kommende prøvehandlinger.
Implementering	Forum for Kvalitet står for tværregional koordination i relation til lokal implementering. SundK understøtter implementering ved publicering af visitationsretningslinjer på SundK's hjemmeside, udarbejdelse af eventuelle støtteværktøjer til praksis samt orientering til regioner, faglige selskaber, høringsparter, patientforeninger m.fl. ved publicering og dato for ikrafttrædelse.
Monitorering og opfølgning	SundK vil, evt. i samarbejde med kvalitetsdatabaserne, kunne bidrage til monitorering og opfølgning. Opgaven vil dog også kunne kræve inddragelse af andre relevante aktører i sundhedsvæsenet. SundK vil løbende vurdere behov for opdatering af visitationsretningslinjer fx ved betydelig ændring i aktivitet, ny evidens, teknologisk udvikling eller erfaringer fra praksis.

Bilag Titel:	**Tillæg til kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut**
Dagsordens titel	**Godkendelse af tillæg til kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut**
Dagsordenspunkt nr	**12**
Bilag nr	**1**
Antal bilag:	**1**

NOTAT

Tillæg til Kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Danske Regioner

05-11-2026

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut har siden godkendelse af sit gældende kommissorium overtaget yderligere opgaver, hvilket med nærværende tillæg tilskrives til " Kommissorium for Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut" af 13. marts 2025.

Der foretages for nuværende ikke ændringer i kommissoriets eksisterende indhold.

Punkterne i det nedenstående er således at betragte alene som

- Tilføjelser som følge af tilførsler af opgaver siden marts 2025
- Konsekvensrettelser i det gældende kommissorium som følge af sundhedsreformens implementering.

Formål

De følgende afsnit tilføjes:

2.4.8. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal varetage den nationale opgave med at modtage rapporteringer om utilsigtede hændelser (UTH) og driften af rapporteringssystemet Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

2.4.9. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal understøtte udarbejdelsen af sygeplejefaglige kliniske retningslinjer i samarbejde med Dansk Sygepleje Selskab (DASYS).

2.4.10. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal udarbejde visitationsretningslinjer, der skal understøtte en høj og ensartet kvalitet i patientforløb, herunder at de rette patienter får den rette behandling på det rette niveau i sundhedsvæsenet med afsæt i en gennemsigtig og ensartet visitation på tværs af landet.

2.4.11. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut danner organisatorisk ramme for en samorganisering med sekretariatet for Vælg Klogt. SundK understøtter synergi mellem Vælg Klogt og øvrige relevante aktiviteter i SundK.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstituts enheder

Det følgende afsnit tilføjes:

3.6. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut danner organisatorisk ramme for sekretariatet i Vælg Klogt. Sekretariatet for Vælg Klogt betjener bedømmelsesudvalget og styregruppen for Vælg Klogt.

Bestyrelsen

Det følgende afsnit tilføjes:

4.1.7.1. Sundheds- og Kirkeministeriet deltager på lige fod med de øvrige bestyrelsesmedlemmer i bestyrelsens arbejde med udvælgelse af temaer til analyseplanen for ulighedsanalyserne. Ministeriets ordinære mandat er begrænset til denne del af bestyrelsens arbejde.

Rådet

Det følgende afsnit erstatter det eksisterende afsnit i det eksisterende kommissorium:

5.1.2. Én ledelsesrepræsentant udpeget af hver region.

Bilag Titel:	**Ændret_Medicinrådet kommissorie_januar 2027**
Dagsordens titel	**Generelle orienteringer**
Dagsordenspunkt nr	**13**
Bilag nr	**1**
Antal bilag:	**1**

KOMMISSORIUM FOR MEDICINRÅDET

1. Baggrund

1.1 I 2009 besluttede Danske Regioner at stifte et rådgivende råd, Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin ("RADS"). RADS har fungeret som et regionalt samarbejde, hvor RADS gennem udarbejdelse af behandlingsvejledninger har arbejdet for en højere grad af konsensus for medicinanvendelsen på tværs af regioner og sygehuse. Formålet har været, at patienter i hele landet tilbydes lige adgang til behandling med dyr sygehusmedicin. RADS har endvidere arbejdet for at sikre bedre kvalitet i medicinanvendelsen gennem udarbejdelse af behandlingsvejledninger på områder, der ikke er kendetegnet ved anvendelse af dyr sygehusmedicin.

1.2 I 2012 stiftede Danske Regioner et andet rådgivende råd, Koordinationsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin ("KRIS"). KRIS har på baggrund af ansøgninger fra regionerne, de videnskabelige selskaber og de Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG'er) anbefalet om ny godkendt medicin og nye godkendte indikationsudvidelser skal ibrugtages som standardbehandling. KRIS formål har været at sikre en mere ens ibrugtagning af nye lægemidler på tværs af regioner og sygehuse.

1.3 Danske Regioners bestyrelse besluttede i 2016 at udvide det regionale samarbejde på medicinområdet ved at oprette Medicinrådet.

1.4 Medicinrådet afløser RADS og KRIS. RADS afløses per 1. januar 2017, men KRIS afløses i løbet af 2017. Det præcise tidspunkt besluttes af Danske Regioners bestyrelse.

~~1.5~~ Medicinrådet fungerer som et regionalt samarbejde mellem de – pr. 1. januar 2027 – fire regioner. ~~Medicinrådet fungerer som et regionalt samarbejde mellem de fem regioner.~~

1.5

2. Formål

2.1 Medicinrådets formål og opgaver er følgende inden for rammerne af Danske Regioners formål, jf. § 2 i vedtægterne for Danske Regioner:

2.1.1 Medicinrådets formål er inden for rammerne af sundhedslovens § 78, stk. 3, til de fire~~fem~~ danske regioner at anbefale ibrugtagning af ny medicin og nye indikationsudvidelser. Herudover skal Medicinrådet udstede behandlingsvejledninger og rekommandationer for anvendelsen af medicin på sygehusene og i primærsektoren. Endvidere skal Medicinrådet udarbejde præparatanmeldelser til primærsektoren og opdatere seponeringslisten.

2.1.2 Medicinrådet skal sikre hurtig og ensartet ibrugtagning af ny medicin på tværs af sygehuse og regioner.

2.1.3 Medicinrådet foretager en faglig vurdering af medicinen, således at medicinanvendelse på både sygehusene og i visse tilfælde også primærsektoren er til gavn for patienterne.

2.1.4 Medicinrådet anbefaler ibrugtagning og udsteder rekommandationer på baggrund af prisforhandlinger og udbud foretaget af Amgros I/S, hvorved regionerne sikres, at sygehusenes indkøb af lægemidler sker på de bedst mulige vilkår. Medicinrådets anbefalinger er ikke bindende for regionerne.

2.1.5 Medicinrådet vurderer som led i Forsøgsordningen med medicintilskud, om der på baggrund af en forhandlet fortrolig pris kan indgås en økonomisk fordelagtig aftae mellem en virksomhed og regionerne, hvorved virksomhederne må bruge prisen i sin ansøgning om tilskud til Lægemiddelstyrelsen.

~~2.1.5~~2.1.6 Medicinrådet skal vejlede alment praktiserende læger og i nogle tilfælde speciallæger om udskrivning af medicin, som anvendes i primærsektoren, herunder primært tilskudsmedicin.

~~2.1.6~~2.1.7 Medicinrådet kan påtage sig yderligere opgaver udover dem listet under pkt. 2.1.1 - **Error! Reference source not found.**, som ligger i naturlig forlængelse af disse eller medicinanvendelse i øvrigt.

~~2.1.7~~2.1.8 Medicinrådet arbejder i henhold til Folketingets syv principper for prioriteringer inden for sygehusmedicin.

3. Medicinrådets enheder

3.1 Medicinrådet består af tre enheder: Rådet, Sekretariatet og fagudvalgene.

3.2 Rådet udpeges i overensstemmelse med pkt. 4 nedenfor.

3.3 Rådet udgør den øverste ledelse af Medicinrådet. Rådet nedsætter fagudvalg i forbindelse med arbejdet med anbefalinger af ibrugtagning og anvendelse af medicin på sygehusene.

4. Rådet

4.1 Rådet består af op til 17~~18~~ rådsmedlemmer, der udpeges som følger:

4.1.1 En forperson og en næstforperson der udpeges af Danske Regioner.

4.1.2 Fire~~Fem~~ lægelige direktører eller cheflæger. Hver region udpeger et medlem.

4.1.3 Fire repræsentanter udpeges af De Lægevidenskabelige Selskaber (LVS). Én af LVS repræsentanter skal udpeges gennem Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

4.1.4 To kliniske farmakologer, der udpeges af regionerne i fællesskab.

4.1.5 To repræsentanter udpeget af Danske Patienter.

4.1.6 En repræsentant fra sygehusapotekerne udpeget af regionerne i fællesskab

4.1.7 To faglige repræsentanter, der kan udpeges af rådsmedlemmerne angivet i pkt. 4.1.1 – 4.1.6 for en midlertidig periode på to år, hvis Rådet finder, at der er behov for at tilføre Rådet særlig viden og/eller kompetencer.

4.1.8 Udover ovenstående rådsmedlemmer, kan der udpeges fire observatører:

4.1.8.1 Lægemiddelindustriforeningen (Lif) udpeger en repræsentant fra Lif som observatør.

4.1.8.2 Sundhedsstyrelsen udpeger en repræsentant som observatør.

4.1.8.3 Lægemiddelstyrelsen udpeger en repræsentant som observatør.

4.1.8.4 Amgros udpeger en repræsentant som observatør.

4.2 Observatører har adgang til de samme informationer som de øvrige rådsmedlemmer og kan deltage i rådsmøder på lige vilkår med de øvrige rådsmedlemmer, men observatøren har ikke stemmeret. Observatørerne er underlagt de samme regler og retningslinjer som rådsmedlemmerne.

4.3 Rådets medlemmer samt observatører skal afgive oplysninger om habilitet. Oplysningerne offentliggøres på Medicinrådets hjemmeside.

4.4 Rådet bemyndiger sekretariatet til at afvise behandling af en ansøgning om at anbefale ibrugtagning af medicin.

4.5 Rådet kan tage sager op af egen hånd eller efter indstilling fra den forventede markedsføringstilladelsesindehaver af et lægemiddel (ibrugtagning af et nyt lægemiddel).

4.6 Rådet træffer beslutninger om at anbefale ibrugtagning af medicin samt om anvendelsen af medicin. Ingen andre end rådsmedlemmerne kan pålægge Rådet at træffe bestemte beslutninger eller i øvrigt øve indflydelse herpå.

4.7 Rådet er beslutningsdygtigt, når mindst halvdelen af de stemmeberettigede medlemmer er til stede.

4.8 Rådet skal i videst muligt omfang forsøge at opnå enighed om beslutningerne, men såfremt dette ikke kan lade sig gøre, afgøres beslutninger med simpelt stemmeflertal.

4.9 Rådet kan i sager af mindre kompleks karakter beslutte at uddelegere beslutningskompetence til forperson og næstforperson, rådsmedlemmer eller sekretariat. Dette gælder eksempelvis sagsvarianter, som ikke underlægges fuld behandling.

4.10 Rådets beslutninger kan ikke ankes eller prøves ved anden administrativ myndighed. Rådets beslutninger er endelige.

4.11 Rådet afholder som udgangspunkt otte til tolv møder om året. Antallet af møder kan ændres af Rådet, såfremt det findes nødvendigt. Den nærmere tilrettelæggelse af Rådets arbejde fastsættes i en forretningsorden, som Rådet selv udarbejder.

4.12 Dagsorden, dog evt. uden bilag, samt referater fra Rådets møder offentliggøres på Medicinrådets hjemmeside.

4.13 Godkendte anbefalinger og vejledninger offentliggøres på Medicinrådets hjemmeside.

5. Fagudvalg

5.1 Rådet nedsætter fagudvalg.

5.2 Der udarbejdes kommissorium for det enkelte fagudvalg, hvoraf de af Rådet besluttede opgaver for fagudvalget/det faglige forum fremgår. Kommissoriet offentliggøres på Medicinrådets hjemmeside.

5.3 Rådet udpeger efter indstilling fra Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) en forperson for hvert fagudvalg eller fagligt forum. Hvis LVS ikke er i stand til at indstille en forperson til et fagudvalg eller fagligt forum, kan Rådet anmode regionerne om at indstille en kandidat som forperson for det pågældende fagudvalg/faglige forum.

5.4 Rådet beslutter samtidig hvilke faglige kompetencer, der skal repræsenteres i fagudvalget eller det faglige forum, og hvem der skal udpege disse – der skal dog udpeges mindst én patientrepræsentant til hvert fagudvalg/fagligt forum. Efter udpegningen er sket, offentliggøres oplysninger om sammensætningen på Medicinrådets hjemmeside.

5.5 Forpersonen for fagudvalget udpeger en næstforperson blandt de regionsudpegede medlemmer. Næstforpersonen kan varetage opgaver på vegne af fagudvalgsforpersonen.

5.6 Forpersonen, næstforpersonen og de øvrige medlemmer af såvel fagudvalg som faglige fora skal afgive oplysninger om habilitet. Oplysningerne offentliggøres på Medicinrådets hjemmeside.

5.7 Fagudvalgene bidrager med viden om og erfaring med sygdom, behandling og lægemidler, når Medicinrådet vurderer ny medicin eller udarbejder behandlingsvejledninger.

5.8 Fagudvalgene samarbejder med sekretariatet om udarbejdelse af udkast til vurderingsrapporter og vejledninger, som herefter indgår i Rådet beslutningsgrundlag.

6. Sekretariatet

6.1 Sekretariatet understøtter Rådets beslutningsprocesser.

6.2 Sekretariatet bidrager med ekspertise inden for bl.a. sundhedsvidenskabelig metode, biostatistik og sundhedsøkonomi i forbindelse med vurdering af ny medicin og udarbejdelse af behandlingsvejledninger.

6.3 Sekretariatet sikrer den metodiske kontinuitet i Medicinrådets arbejde, og at Medicinrådets vurderinger er udarbejdet efter de metodiske, biostatistiske og sundhedsøkonomiske standarder, som indgår i Medicinrådets metodevejledninger.

6.4 Sekretariatet udfører sundhedsøkonomiske analyser på baggrund af input fra fagudvalgene og samarbejder med fagudvalgene om udarbejdelse af udkast til vurderingsrapporter og behandlingsvejledninger.

6.5 Sekretariatet bistår Rådet og fagudvalgene med juridiske, kommunikative og koordinerende kompetencer.

6.6 Medarbejdere til Sekretariatet aflønnes af Danske Regioner. Sekretariatet ledes af en direktør. Danske Regioner har ingen instruktionsbeføjelse over for sekretariatsmedarbejderne i forbindelse med deres arbejdsopgaver i Sekretariatet. Instruktionsbeføjelsen tilkommer alene Rådet, der har den fulde ledelses- og instruktionsbeføjelse over for såvel direktøren for Sekretariatet som hele Sekretariatet.

6.7 Rådet bemyndiger direktøren for Sekretariatet til at varetage den daglige ledelse af Sekretariatet i overensstemmelse med Rådets instruktioner.

6.8 En medarbejder fra sekretariatet kan deltage som observatør ved Amgros' forhandlinger med virksomheder.

7. Aftaleindgåelse

7.1 Medicinrådet er et råd nedsat af Danske Regioner.

7.2 Danske Regioner kan bemyndige Medicinrådet til at indgå aftaler. Aftalerne indgås af Rådets forperson og næstforperson i forening eller af direktøren for Sekretariatet.

8. Udgifter, regnskab, budget og revision

8.1 Danske Regioners bestyrelse udarbejder og vedtager hvert år Medicinrådets budget i overensstemmelse med § 17 i forretningsordenen for Danske Regioner.

8.2 Regionerne deler udgifterne til Medicinrådet mellem sig i henhold til den til enhver tid gældende bloktilskudsnøgle for sundhed.

8.3 Direktøren for Sekretariatet er ansvarlig for økonomistyringen i Medicinrådet, herunder overholdelse af den tildelte budgetramme.

8.4 Medicinrådets regnskabsår er regionernes regnskabsår. Årsregnskabet for Medicinrådet forelægges Danske Regioners bestyrelse som del af Danske Regioners samlede regnskab og i overensstemmelse med § 16 i Danske Regioners vedtægter.

8.5 Medicinrådets forperson og næstforperson og direktør er ansvarlige for regnskabsaflæggelsen over for Danske Regioners formand.

8.6 Regionerne skal senest den 30. december i hvert kalenderår overføre deres andel, jf. pkt. 8.2, af det godkendte budget for året efter til Danske Regioner, der opretter en særskilt konto for Medicinrådet.

9. Ændring og afvikling af Medicinrådet

9.1 Eftersom regionerne via Danske Regioner afholder alle udgifter til Medicinrådet, kan regionerne via deres repræsentanter i Danske Regioners bestyrelse drøfte Medicinrådets udformning, virke og udgifter.

9.2 Såfremt en region udtræder af Danske Regioner, hvorved regionens forpligtelser som medlem af Danske Regioner ophører, ophører regionens forpligtelser i forhold til Medicinrådet tilsvarende.

9.3 Såfremt Danske Regioner opløses, ophører Medicinrådet tilsvarende.

9.4 Ændringer af Medicinrådet – herunder af dette kommissorium – besluttes af Danske Regioners bestyrelse. Det samme gør sig gældende for en evt. afvikling af Medicinrådet.

9.5 Eventuelt indestående på Medicinrådets særskilte konto hos Danske Regioner på tidspunktet for Medicinrådets endelige afvikling, fordeles mellem regionerne i henhold til den til hver tid gældende bloktilskudsnøgle for sundhedsområdet (bloktilskudsnøgle – sundhed). Forinden et positivt provenu fordeles, skal de fornødne beløb afsættes til imødegåelse af de forpligtelser, der påhviler Medicinrådet.

9.6 Væsentlige ændringer af kommissoriet samt beslutning om at afvikle Medicinrådet skal godkendes af Sundheds- og Kirkeministeriet~~Indenrigs- og Sundhedsministeriet~~.

10. Versionslog

Version	Dato	Ændring
1.8	1. januar 2027	På Danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes ændringer i kommissoriet. Ændringerne omhandler, som led i Forsøgsordningen med medicintilskud, Medicinrådets vurdering af om der på baggrund af en forhandlet fortrolig pris kan indgås en økonomisk fordelagtig aftale mellem en virksomhed og regionerne, hvorved virksomheden må

		bruge prisen i sin ansøgning om tilskud til Lægemiddelstyrelsen, jf. punkt 2.1.5. Sammenlægningen med Region Hovedstaden og Region Sjælland til Region Østdanmark pr. 1. januar 2027 medfører en reduktion fra to til ét regionalt medlem i Medicinrådet. Det medfører, at Medicinrådet reduceres til at have 17 medlemmer i stedet for 18, jf. punkt 1.5 og punkt 4.1 og 4.1.2
1.7	19. december 2024	På danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes ændringer i kommissoriet. Ændringerne omhandler Medicinrådets mulighed for at udarbejde præparatanmeldelser og opdatere seponeringslisten, jf. pkt. 2.1.1. Medicinrådets får samtidig som formål at vejlede om anvendelse af medicin, herunder primært tilskudsmedicin, i primærsektoren, jf. pkt. 2.1.5. Antallet af medlemmer af Medicinrådet udvides til 18 medlemmer, jf. pkt. 4.1. Det nye medlem tilfalder LVS (DSAM), jf. pkt. 4.1.3.
1.6	7. marts 2024	På Danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes ændringer i kommissoriet. Ændringerne vedrører beskrivelse af fagudvalgenes og sekretariatets rolle og mandat, formand er ændret til forperson, lægefaglige direktører er ændret til retvisende titel, faglige fora/forum er slettet, da definitionen ikke anvendes, eksemplerne er fjernet i pkt. 4.4, da ikke retvisende for praksis, og Sundsministeriet er ændret til retvisende titel i pkt. 9.6.
1.5	2. marts 2023	På Danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes nyt punkt 4.4. og en tilføjelse til punkt 4.9. Ændringerne vedrører Medicinrådets sekretariats mulighed for at afvise ansøgninger samt øget delegation.
1.4	29. september 2022	På Danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes nyt punkt 5.5. Punktet vedrører udpegning af næstformænd til Medicinrådets fagudvalg.
1.3	7. april 2022	På Danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes ændring af punkt 4.1.6. Ændringen vedrører udpegning af repræsentanter for sygehusapotekerne, så regionerne i fællesskab kan udpege en

		repræsentant fra sygehusapotekerne til Medicinrådet.
1.2	19. november 2020	På Danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes nyt punkt 3.6 og 4.1.8.4 samt ændring af punkt 4.1.8 og 5.6. Ændringerne vedrører ny observatørpost (Amgros) og Medicinrådets sekretariats mulighed for deltagelse i Amgros' forhandlinger med virksomheder.
1.1	14. september 2017	På Danske Regioners bestyrelsesmøde godkendes ændring af punkt 5.3 og 5.4. Ændringen vedrører indstilling af fagudvalgsformænd, så regionerne kan indstille en formand til et fagudvalg, når Lægevidenskabelige Selskaber ikke er i stand til at finde en formand.
1.0	15. december 2016	Kommissorium vedtaget på Danske Regioners bestyrelsesmøde.