



18-06-2026

MOD-2026-00148

Susanne Wessel

Dagsorden for møde i Sundhedsudvalget den 25. juni 2026

Deltagere: Christoffer Buster Reinhardt, Dorte Adelsbech, Melissa Gilroy, Nicolai Wang, Vivi Altenburg, Lene Linnemann, Else Søjmark, Lina Hundebøll Jespersen, Thomas Adelskov, Else Kayser

Afbud: Mette With Hagensen, Anja Lund, Susanne Eilersen

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Drøftelse af regeringsgrundlaget	4
2 (Offentlig) Ambulancepersonales adgang til patientoplysninger	7
3 (Offentlig) Kvindesundhed i regionerne	11
4 (Offentlig) Visning af genetiske prøvesvar på sundhed.dk.....	14
5 (Offentlig) Mulig position vedr. differentiering af patientrettighederne	19
6 (Offentlig) Digital Suverænitet	23
7 (Fortrolig).....	27
8 (Offentlig) Aftale om stafetordning i Grønland	28
9 (Offentlig) Næste møde i sundhedsudvalget	31
10 (Offentlig) Eventuelt - åben	32

1 (Offentlig) Drøftelse af regeringsgrundlaget

Ida Agnete Dalsjö
EMN-2026-00248

Resumé

Regeringsgrundlaget for den nye firkløverregering indeholder en række initiativer på sundhedsområdet, som forventes at kunne få betydning for regionernes opgavevaretagelse. Initiativerne skal understøtte sundhedsreformens mål, styrke de forebyggende indsatser og reducere ulighed i sundhed. Initiativerne er bl.a. ny lovgivning og udvidet behandling på fertilitetsområdet, en ny national demenshandlingsplan samt et styrket akutberedskab. Ligeledes er der i regeringsgrundlaget fokus på at skabe nye sundhedsteknologiske løsninger samt at styrke Danmark som førende life-science nation.

Indstilling

Det indstilles,
at sundhedsudvalget drøfter regeringsgrundlaget med afsæt i udvalgets fokusområder.

Sagsfremstilling

Regeringsgrundlaget "[Det politiske grundlag for firkløverregeringen](#)" (juni 2026), som er indgået af Socialdemokratiet, SF, Moderaterne og Radikale Venstre, indeholder flere initiativer på sundhedsområdet, som forventes at få væsentlig betydning for regionernes opgavevaretagelse.

Herunder listes nogle af hovedpunkterne med relevans for sundhedsudvalgets fokusområder:

Bekæmpe ulighed i sundhed ved tidlig opsporing af sygdom

Regeringen vil styrke indsatsen over for borgere i særlig risiko, som sjældent søger sundhedsfaglig hjælp, gennem relevante tilbud om afklaring, forebyggelse og opfølgning. En af grundene til den store ulighed i sundhed er, at der er grupper af borgere, der ikke kommer til læge i tide.

Derfor igangsættes et pilotprojekt med tidlig opsporing af sygdom, hvor sundhedsvæsenet er mere opsøgende med at tilbyde et sundhedstjek for udvalgte målgrupper. Pilotprojektet skal bl.a. afprøve ny teknologi.

Styrke fertilitetsområdet

I regeringsgrundlaget indføres en national behandlingsgaranti for både fertilitetstjek og fertilitetsbehandling. Loftet over gratis fertilitetsbehandling afskaffes, så man kan få hjælp til et ubegrænset antal børn. Aldersgrænsen for offentlig behandling hæves, så den svarer til aldersgrænsen for privat behandling. De øgede muligheder for fertilitetsbehandling udformes under

hensyn til den samlede kapacitet på området, så hjælp til barn nr. et og to prioriteres højest.

Derudover skal der forskes mere inden for mænds sædkvalitet samt kemikalier og hormonforstyrrende stoffers betydning for fertiliteten.

Styrket indsats mod kvindesygdomme

Regeringen ønsker en styrket indsats mod kvindesygdomme, herunder smerter og gener som følge af f.eks. endometriose, PMOS, blødnings- og hormonforstyrrelser- og udsving, overgangsalder og understøtte en bedre efterfødselsindsats.

Udrydde livmoderhalskræft

Regeringen har fastsat et mål om, at livmoderhalskræft skal være udryddet i Danmark senest i 2040.

En ny national demenshandleplan

Der skal fremlægges en ny demenshandleplan. Planen skal bidrage til, at demensindsatsen integreres i ældreplejen og sundhedsrådenes arbejde, sikre kontinuitet og kompetencer i plejen, nedbringe ventetiderne, styrke patientrettighederne, sikre, at flere får en fast demenskoordinator, samt skabe rammer, der forebygger mistrivsel og unødvendig medicinering.

Styrke akutberedskabet i samarbejde med regionerne

I samarbejde med regionerne vil regeringen styrke akutberedskabet, så der kan leveres en hurtig og kvalificeret hjælp, uanset hvor i landet der er behov. Dette skal ske gennem mere ensartede standarder, stærkere national koordinering og bedre sammenhæng i akutindsatsen på tværs af landet. Flere akutte forløb skal kunne håndteres tættere på borgeren, når det er fagligt forsvarligt, så særligt ældre og sårbare patienter undgår unødige indlæggelser.

Styrke den palliative indsats

Regeringen har en ambition om at styrke den palliative indsats, så flere får et værdigt palliativt forløb, samt arbejde videre med spørgsmålet om mulighed for aktiv dødshjælp i Danmark.

Digital sundhedsassistent

Regeringen ønsker at gennemføre en dedikeret satsning på at udvikle en digital sundhedsassistent til danskerne, så man på frivillig basis og med tydeligt samtykke til anvendelse af sine data kan få et digitalt sundhedstjek. På den måde kan sundhedsdata bringes i spil, så forebyggelse og danskernes sundhed kan fremmes. Løsningerne skal udvikles i et innovativt samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører og private virksomheder med det mål, at den digitale sundhedsassistent kan være klar senest i 2028.

Udbredelse af digitale løsninger

Regeringen vil udbrede anvendelsen af teknologi, så der skabes mere tryghed, frihed og sammenhæng for mennesker med kronisk sygdom. Digitale løsninger, hjemmemonitorering og sundhedsteknologi skal f.eks. udbredes til i højere grad at understøtte danskere med kroniske sygdomme.

Danmark som en førende life science-nation

Forskning, innovation og sundhedsvæsen skal spille bedre sammen. Nye behandlinger og sundhedsteknologiske løsninger skal hurtigt komme patienter og samfund til gavn. En opdateret life science-strategi skal samle kræfterne om adgang til behandling, kliniske forsøg, kommerialisering, eksport og bedre brug af sundhedsdata baseret på samtykke fra patienterne.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

2 (Offentlig) Ambulancepersonales adgang til patientoplysninger

Jakob Schelde Holde
EMN-2025-00466

Resumé

Ambulancepersonale har i dag ikke lov til systematisk at følge op på egne patientforløb og se, om deres vurderinger og behandlinger var korrekte. Dermed mangler de en central mulighed for at udvikle deres evne til at træffe bedre beslutninger i fremtidige patientforløb.

På den baggrund ønsker regionsadministrationerne, at ambulancepersonale – på lige fod med læger, sygeplejersker, jordemødre og tandlæger – får adgang til journalopslag i egne patientforløb med henblik på evaluering og læring. Det vil kræve en ændring af Sundhedsloven.

Sekretariatet i Danske Regioner har efter bestyrelsens drøftelse af bl.a. ambulancepersonales adgang til Fælles Medicinkort (FMK) været i dialog med sundhedsministeriet. Udvalget forelægges en status på dette arbejde.

Indstilling

Det indstilles,

at sundhedsudvalget bakker op om, at Danske Regioner arbejder for at ændre lovgivningen, så ambulancepersonalet får mulighed for at tilgå patientoplysninger i læringsøjemed

at sundhedsudvalget tager orienteringen om Danske Regioners arbejde for ambulancepersonales adgang til patientoplysninger i behandlingsøjemed til efterretning.

Sagsfremstilling

Lovgivningen giver i dag ikke mulighed for, at ambulancepersonale kan slå op i en patients journal efter, at deres del af patientforløbet er afsluttet, og de eksempelvis har overleveret patienten til hospitalet. Dermed kan de ikke sammenholde patientens tilstand ved den præhospitale indsats med det efterfølgende forløb og den endelige afklaring, som ofte først sker under eller efter indlæggelse. Det begrænser ambulancepersonalets muligheder for refleksion, læring og faglig udvikling.

Ambulancepersonalets indsats indebærer ofte komplekse beslutninger under tidspres og på et begrænset oplysningsgrundlag. Derfor kan uvished om, hvorvidt vurdering og behandling var korrekt, fylde meget for den enkelte medarbejder.

Læger, sygeplejersker, jordemødre og tandlægers adgang til journalopslag i læringsøjemed

[Sundhedsloven § 42 d](#) giver i dag udvalgte faggrupper mulighed for at indhente oplysninger om patienters helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger ved opslag i elektroniske patientjournaler med henblik på at evaluere egen indsats – uden at indhente samtykke fra patienten.

Patienters ret til fortrolighed er en kerneværdi i sundhedsvæsenet. Lovgivningen opstiller derfor også en række betingelser og begrænsninger for indhentning af patientoplysninger. Oplysningerne skal blandt andet indhentes i umiddelbar forlængelse af behandlingsforløbet og senest 6 måneder efter, og det gælder kun patienter, som man selv har deltaget i behandlingen af. Samtidig er der indført en række kontrolforanstaltninger som blandt andet omfatter, at opslag kan spores og er synlige for borgerne. Kommuner og regioner gennemfører desuden auditering af opslag foretaget i Sundhedsjournalen.

De udvalgte faggrupper er i dag læger, sygeplejersker, jordemødre og tandlæger. Hvis ambulancepersonale skal have samme mulighed, kræver det, at ambulancebehandlere og ambulancebehandlere med særlig kompetence (paramedicinere) tilføjes til listen over personalegrupper i [Sundhedslovens § 42 d](#).

Baggrunden for, at det i dag kun er læger, sygeplejersker, jordemødre og tandlæger, der kan tilgå patientoplysninger i læringsøjemed, er, at lovgiver tidligere har vurderet, at hensynet til læring og kvalitetsudvikling for andre sundhedspersoner ikke er tilsvarende tungtvejende og derfor ikke kan begrunde, at hensynet til patientens selvbestemmelsesret tilsidesættes.

De præhospitaltale direktioner vurderer nu, at ambulancepersonalets kompetenceniveau, kliniske beslutningstagen og behandlingsomfang i dag er på et niveau, hvor hensynet til læring og kvalitetsudvikling må anses for lige så tungtvejende som for de faggrupper, der allerede er omfattet af lovgivningen.

De præhospitaltale direktioner vurderer samtidig, at ambulancepersonalets adgang til patientoplysninger i læringsøjemed vil styrke patientsikkerheden og kvaliteten i den præhospitaltale indsats.

Det er de præhospitaltale direktioner, der har fremsat ønsket om en lovændring over for Danske Regioner. Regionernes sundhedsdirektørkreds bakker op om ønsket, som også er rejst som [et borgerforslag](#).

Afslutningsvis er det væsentligt at være opmærksom på, at Sundhedsreformen giver den præhospitaltale indsats en større rolle, fordi mere tidlig vurdering, behandling og beslutningstagen flyttes ud i borgerens hjem.

Det øger behovet for, at ambulancepersonalet får faglig feedback på deres beslutninger, så kvaliteten i indsatsen styrkes.

Ambulancepersonales adgang til patientoplysninger i behandlingsøjemed

I selve behandlingssituationen kan ambulancepersonale også have brug for adgang til patientoplysninger, herunder om vanlig medicinering og eventuelle medicinallergier (såkaldte CAVE-oplysninger).

I dag har ambulancepersonale ikke direkte adgang til adgang til det fælles medicinkort, FMK. På baggrund af indstilling fra Danske Regioners bestyrelse har sekretariatet rettet henvendelse til forhenværende Indenrigs- og Sundhedsminister angående bl.a. ambulancepersonalets adgang til FMK.

Ministeren kvitterede for henvendelsen og svarede, at ministeriet gerne undersøger, hvor hurtigt der kan foretages de nødvendige justeringer i FMK, men at det vil være en forudsætning, at regionerne dækker egne udgifter forbundet med de nye faggruppers adgang. Ift. de juridiske forudsætninger for adgang til FMK, så skulle de i princippet allerede være tilvejebragt gennem følgelovgivningen til Digital Sundhed Danmark, men det er fortsat uafklaret.

Dialogen med ministeriet blev afbrudt af valgudskrivelse og regeringsdannelse. Sekretariatet genoptager dialogen med ministeriet efter sommerferien.

Adgangen til både medicin- og CAVE-oplysninger via den præhospitale patientjournal (PPJ) afhænger desuden af den regionale brugerstyring. En ny version af PPJ-systemet forventes ibrugtaget medio 2027. Hvis det ønskes, kan det nye PPJ-systems betydning for adgang til medicin- og CAVE-oplysninger beskrives nærmere for udvalget i en særskilt sagsfremstilling på et efterfølgende møde.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Kvinders sundhed har de seneste år fået både politisk og samfundsmæssig bevågenhed, bl.a. på Christiansborg, i erhvervslivet og i regionerne, hvor der i samtlige budgetaftaler for 2026 er øremærket midler til at styrke området. På foranledning af sundhedsdirektørkredsen har Danske Regioner fået forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM til at udarbejde en rapport, der afdækker regionale prioriteringer, udfordringer og indsatsområder inden for kvindesundhed. Punktet indledes med et oplæg af Anne-Mette Hvas, sundhedsdekan ved Aarhus Universitet.

Indstilling

Det indstilles,

at sundhedsudvalget drøfter kvinders sundhed med udgangspunkt i DEFACTUM's rapport med henblik på at der formuleres en position på området.

Sagsfremstilling

Baggrund

Kvinders sundhed har i mange år været underbelyst i både forskning, diagnostik og behandling. På tværs af politiske partier i Folketinget, i regioner, i kommuner, på uddannelsesinstitutioner og i erhvervslivet er kvinders sundhed og trivsel nu kommet i fokus. Alle regioner har i budgetaftalerne for 2026 afsat midler til at styrke kvinders sundhed. Sundhedsdirektørkredsen besluttede på møde den 7. november 2025 at igangsætte en kortlægning af eksisterende forskning og igangværende initiativer i regionerne på området for at skabe et samlet overblik og undgå parallelle indsatser på tværs af regionerne. Danske Regioner har fået forsknings- og konsulenthuset DEFACTUM til at udarbejde en kvalitativ afdækning af regionale tiltag og forskning inden for kvinders sundhed i regionerne.

Rapport om kvinders sundhed i regionerne

DEFACTUM afdækker regionale prioriteringer, udfordringer og indsatsområder inden for kvinders sundhed. Formålet er bl.a. at give et indblik i, hvordan der prioriteres ift. kvinders sundhed i regionerne, belyse de tværgående udfordringer og komme med forslag til væsentlige indsatsområder.

Hovedresultater

Afdækningen peger overordnet på, at kvinders sundhed er et område, der længe har været underbelyst, men som nu er blevet opprioriteret både politisk, klinisk og forskningsmæssigt i regionerne. Området er dog fortsat præget af væsentlige videnshuller – bl.a. er der fx brug for mere viden om sygdomme og tilstande, der udelukkende rammer kvinder og kønsforskelle i sygdomme, der rammer begge køn.

Afdækningen peger samtidig på, at kvinders sundhed er præget af betydelig fragmentering, hvor indsatser, forskningsaktiviteter og prioriteringer i vidt omfang udvikles parallelt på tværs af regionerne og øvrige aktører. Dette indebærer risiko for dobbeltarbejde og suboptimal udnyttelse af ressourcerne. Rapporten fremhæver derfor et væsentligt potentiale i øget koordinering og samarbejde – både tværregionalt og på tværs af forskning og klinisk praksis – med henblik på at skabe større sammenhæng, bedre videndeling og en mere målrettet prioritering af indsatserne.

Der peges bl.a. på behovet for en styrket indsats inden for områder som endometriose, efterfødselsperioden og menopause, samt behov for øget fokus på kønsforskelle inden for mental sundhed, hjertekarsygdomme, og metaboliske- og neurologiske sygdomme.

Derudover identificerer afdækningen en række tværgående strukturelle indsatsområder med potentiale for langsigtede forbedringer. Det omfatter bl.a. styrket forebyggelse gennem kvinders kontakt med sundhedsvæsenet, bedre udnyttelse af sundhedsdata og tættere kobling mellem forskning og klinisk praksis, hvor ny viden hurtigere omsættes til forbedringer i behandling og patientforløb.

Med udgangspunkt i rapporten lægges der op til, at sundhedsudvalget drøfter regionernes arbejde med kvinders sundhed, herunder muligheder for at skabe fælles fodslag – fx i form af øget koordinering af indsatser og prioriteringer i regionerne med henblik på at udvikle en fælles position på området, der kan understøtte en mere styrket og sammenhængende indsats inden for kvinders sundhed på tværs af landet.

På baggrund af sundhedsudvalgets drøftelse formulerer Danske Regioners sekretariat et udkast til en position på området, som vil blive forelagt udvalget på et senere tidspunkt.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Rapport_Kvindens sundhed juni 26 (1865982 - EMN-2025-00817)

Resumé

Patienter har i dag digital adgang til en række prøvesvar umiddelbart efter indtastning. Danske Regioners bestyrelse godkendte i 2024, at genetiske prøvesvar også skal straksvises, når det bliver teknisk muligt – forventeligt ved udgangen af 2026. Dansk Selskab for Medicinsk Genetik har på den baggrund rejst bekymring for konsekvenserne af, at patienter læser genetiske prøvesvar, uden de forinden er blevet formidlet af sundhedsfagligt personale.

Sagsfremstillingen beskriver tidligere beslutninger om borgernes adgang til egne sundhedsdata, herunder de centrale afvejninger mellem patienters ret til indsigt og risikoen for bekymring uden sundhedsfaglig formidling. Undersøgelser i regi af Sundhedsjournalen og regionale erfaringer viser både stor patientopbakning til straksvisning, men også at det nogle steder udgør en ressourcemæssig udfordring og kan give anledning til bekymring blandt patienterne.

Hvis der ønskes en løsning, der imødekommer den rejste bekymring relateret til visning af genetiske prøvesvar, kan der ses på en mulighed, hvor den rekvirerende kliniker kan tilvælge, at prøvesvaret først vises efter en samtale med relevant sundhedspersonale, hvis patienten aktivt ønsker det. Det vil kræve ændring af den nuværende tekniske løsning og kræver nærmere afdækning af hvad det kræver teknisk og økonomisk, kommunikationsmæssigt ligesom det indebærer en afgrænsning af sygdomme og prøvetyper. Danske Patienter fortæller på mødet om deres syn på området.

Indstilling

Det indstilles,

at sundhedsudvalget på baggrund af oplæg fra Danske Patienter og henvendelsen fra Dansk Selskab for Medicinsk Genetik (DSMG) drøfter forskellige perspektiver på straksvisning af genetiske prøvesvar.

at sundhedsudvalget bestiller en afdækning af tekniske løsningsmuligheder, herunder økonomiske omkostninger, forbundet med tilvalg af at rekvirerende kliniker frigiver genetiske prøvesvar samt forslag til procedurer for patientkommunikation og -rådgivning i forbindelse med potentielt alvorlige/komplekse digitale prøvesvar.

Sagsfremstilling

Baggrund

Danske Regioners bestyrelse har løbende taget stilling til, i hvilket omfang borgerne skal have direkte digital adgang til egne prøvesvar. I dag vises digitaliserede prøvesvar i Sundhedsjournalen på sundhed.dk, i MinSundhed-appen og i regionernes egne patientapps straks efter registrering i laboratoriet. Det gælder bl.a. blod-, urin- og vævsprøver. I 2024 godkendte bestyrelsen, at også genetiske prøvesvar skal vises straks, når det bliver teknisk muligt. Dette forventes muligt ved udgangen af 2026 med etableringen af en fælles patologi- og genetikdatabank.

Dansk Selskab for Medicinsk Genetik (DSMG) har i den forbindelse rejst bekymring for konsekvenserne heraf – særligt ift. behov for, at genetiske prøvesvar formidles til patienten af sundhedsfagligt personale. DSMG's hovedbudskab er, at genetiske undersøgelser adskiller sig fra andre parakliniske tests ved, at de ofte undersøger arvelige dispositioner, der medfører livslange sygdomsrisici, og potentielt alvorlige sygdomsforløb. DSMG beskriver i henvendelsen, at der for flere genetiske tilstande er veldokumenterede psykologiske og sociale konsekvenser ved at modtage et svar uden forberedelse eller støtte.

Forudgående drøftelser og overvejelser om visning af prøvesvar

I perioden 2015-2017 drøftede Danske Regioners bestyrelse flere gange borgernes adgang til egne sundhedsdata og besluttede at ophæve den daværende forsinkelse på bl.a. prøvesvar og journalnotater. Dermed fik borgerne direkte adgang til egne prøvesvar. Beslutningen blev implementeret trinvis. Den fulde beslutningshistorik fremgår af bilag 1.

I forbindelse med drøftelserne i bestyrelsen indgik følgende afvejninger:

- Borgerens ret til indsigt i egne data
- Borgerens bedre mulighed for forberedelse til konsultationer og øget egenkontrol
- Risikoen for, at borgere modtager alvorlige eller komplekse oplysninger uden sundhedsfaglig kontekst
- De arbejdsgangsmæssige konsekvenser for klinikere, herunder øget behov for dialog og vejledning uden for aftalte konsultationer.

I 2024 drøftede Danske Regioners bestyrelse straksadgang til genetiske prøvesvar bl.a. på baggrund af henvendelser fra patientforeninger og faglige selskaber. I tråd med den tidligere linje, godkendte Danske Regioners bestyrelse 22. august 2024, at genetiske prøvesvar skulle straksvises på sundhed.dk., når det var teknisk muligt.

I beslutningen blev der lagt vægt på:

- at advarselstekster på sundhed.dk og i MinSundhed-app'en umiddelbart forinden var blevet opdateret, så borgerne gøres opmærksomme på, at de kan se oplysninger, som ikke nødvendigvis er

gennemgået med sundhedspersonale, og som kan give anledning til bekymring

- at regionerne har ansvar for grundig forberedelse af patienterne på, at genetiske prøvesvar er umiddelbart tilgængelige

Perspektiver på straksadgang til prøvesvar

Danske Patienters position

Forud for både sagsfremstillingen i 2024 og denne har Danske Regioners sekretariat været i dialog med Danske Patienter, som ønsker, at patienter også får adgang til genetiske prøvesvar på lige fod med andre sundhedsdata. Danske Patienter understreger samtidig behovet for relevant information og støtte, særligt ved alvorlige og komplekse svar og ved eventuelle sekundære fund. Ifølge Danske Patienter peger undersøgelser på, at omkring 95% af patienter ønsker at have umiddelbar adgang til prøvesvar – også i situationer hvor sundhedspersonalet endnu ikke havde gennemgået resultatet samt blandt patienter, hvor undersøgelsesresultatet bekræftede undersøgelsens indikation.

Undersøgelser i regi af Sundhedsjournalen

Sundhedsjournalen får med jævne mellemrum undersøgt effekten af Sundhedsjournalen og dens indhold. En sådan undersøgelse er udarbejdet i bl.a. 2018 og i 2026. I de to undersøgelser svarer hhv. 87% og 86% af borgerne, at de er enige eller helt enige i, at de er tilfredse med at kunne se deres prøvesvar uden først at have talt med sundhedsfagligt personale. Fritekstkommentarerne viser overvejende tilfredshed blandt både borgere og sundhedsfaglige, mens enkelte sundhedsfaglige udtrykker bekymring over, at patienter kan se svar før samtale med lægen.

Regionernes erfaring med patienters straksadgang til prøvesvar

Danske Regioners sekretariat har spurgt regionerne om omfanget af patienthenvendelser om prøvesvar, der vises på sundhed.dk og i regionernes patientapps før sundhedsfaglig gennemgang.

Flere regioner vurderer, at adgangen til prøvesvar er et godt redskab for patienterne, fordi den styrker deres autonomi og mulighed for at forberede sig til hospitalsbesøget. Patienternes evne til at tolke prøvesvar varierer dog betydeligt. En region bemærker, at især flere unge anvender AI-værktøjer til tolkning af prøvesvar før klinikbesøget.

Hospitalet oplever, at flere patienter læser deres prøvesvar digitalt før konsultationen, men at effekterne varierer betydeligt mellem afdelinger, hospitaler og regioner. Nogle steder medfører det øget belastning, mens det andre steder er begrænset eller håndterbart afhængigt af organisering, specialer og praksis for opfølgning. Særligt uplanlagte telefoniske og digitale henvendelser udfordrer arbejdsgangene og trækker på ressourcer hos sekretærer, sygeplejersker og læger. Eksempler på ekstraopgaver er læger,

der må ringe eller skrive til patienter uden afsat tid, sygeplejersker i akuttelefonen, der må forklare, hvorfor prøvesvar ikke kan drøftes telefonisk uden om lægerne, og sekretærer, som kontaktes af patienter, der ønsker tidligere tid eller kontakt med en læge.

Visning af genetiske prøvesvar

Inden digitale prøvesvar åbnes i Sundhedsjournalen og MinSundhed-appen, vises en tekstboks, som gør patienten opmærksom på, at prøvesvar kan være svære at forstå og kan skabe unødigt bekymring. Der står også, at det anbefales at læse svaret sammen med en pårørende og på et tidspunkt, hvor læge eller sundhedspersonale kan kontaktes. Uden ændringer i den nuværende tekniske løsning til visning af prøvesvar vil patienten også ved genetiske prøvesvar kunne vælge at se svaret før den sundhedsfaglige gennemgang og dermed forberede sig til konsultationen. Patienten kan også vælge at afvente sundhedsfaglig gennemgangen, før svaret åbnes.

Hvis der ønskes særlige tiltag for genetiske prøvesvar, der imødekommer den bekymring, der bl.a. er rejst fra DMSG, kan der ses på en mulig løsning, hvor det efter patientens ønske kan tilvælges, at visningen af et potentielt alvorligt/komplekst prøvesvar først frigives efter en samtale med relevant sundhedspersonale.

Hvis der igangsættes et sådan tiltag, der differentierer straks/forsinket adgang til prøvesvar af forskellig art, er det vigtigt at overveje, hvordan det afgrænses, hvilke sygdomme/prøvesvar, der skal være umiddelbar adgang til, og hvilke sygdomme/prøvesvar hvor evt. foranstaltninger implementeres. I dag vises blodprøver og vævsprøver, der anvendes til diagnostik af kræftdiagnoser umiddelbart efter digital indtastning – svar som, antageligvis kan have lige så store eller større konsekvenser end nogle genetiske prøvesvar.

En ændring i den nuværende tekniske løsning til visning af prøvesvar kræver nærmere analyse af de tekniske og økonomiske konsekvenser, men indebærer umiddelbart ændringer i regionale EPJ-systemer, herunder patient-apps, den Nationale Serviceplatform i regi af Sundhedsdatastyrelsen og Laboratoriesvarportalen. Både med og uden ændringer i den nuværende tekniske løsning, er det afgørende, at patienterne konsekvent modtager information om bl.a. undersøgelsen, dens mulige udfaldsrum samt adgang til prøvesvaret, og hvordan de kan forholde sig til det.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Bilag 1 - Bekymringshenvendelse fra DSMG (1863170 - EMN-2024-00592)
2. Bilag 2 - Beslutningshistorik vedr. visning af prøvesvar (1863168 - EMN-2024-00592)

5 (Offentlig) Mulig position vedr. differentiering af patientrettighederne

Jens Bjerg Johansen
EMN-2024-00932

Resumé

På Regionernes Politiske Topmøde i 2024 blev det besluttet, at der skulle igangsættes et arbejde med at afklare Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne. Som led heri har Danske Regioner fået udarbejdet en konsulentundersøgelse, der belyser, patientrettighederne i de øvrige skandinaviske lande sammenlignet med Danmark, samt hvordan patientrettighederne opleves i den daglige drift i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i to caseafdelinger.

Med udgangspunkt i konsulentundersøgelsen ønskes udvalgets drøftelse af spørgsmålet om Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget med afsæt i vedlagte rapport drøfter spørgsmålet om Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne.

Sagsfremstilling

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 indførtes desuden ret til hurtig udredning, der indebærer, at man har ret til at blive udredt indenfor 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 faktark (bilag 1).

Topmødebeslutning om at afklare Danske Regioners position i forhold til en mulig differentiering af patientrettighederne

På Regionernes Politiske Topmøde i april 2024 blev følgende beslutning vedtaget:

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 Regions position for eventuelt at tage spørgsmålet op med regeringen.

Efterfølgende har spørgsmålet været drøftet i regi af Sundhedsudvalget i sidste valgperiode, bl.a. i form af en temadrøftelse med indlæg fra Lægeforeningen og Danske Patienter i februar 2025. I løbet af drøftelserne blev det dog klart, at det var ønskværdigt at tilvejebringe mere faktuel viden om området, så en stillingtagen til en eventuel differentiering af patientrettighederne sker på et fagligt grundlag.

På den baggrund har Danske Regioner fået udarbejdet vedlagte undersøgelse af konsulentfirmaet Implement Consulting Group (bilag 2). Undersøgelsen belyser, hvordan patientrettighederne er indrettet i de øvrige skandinaviske lande sammenlignet med Danmark, ligesom den giver et indblik i, hvordan patientrettighederne opleves i den daglige drift i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i to caseafdelinger.

Implement gav en præsentation af undersøgelsens væsentligste fund på Sundhedsudvalgets møde den 30. oktober 2025.

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.

Om en mulig 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, mens de indbyggede frister i rettighederne på den anden side kan gøre det vanskeligt for personalet at foretage en sundhedsfaglig prioritering, således at patienter med det største behov også kommer til først. Denne debat er yderligere aktualiseret af det generelle fokus på behovet for at skabe større bæredygtighed i sundhedsvæsenet, herunder ved at prioritere ressourcerne til de patienter, der har mest brug for det.

Blandt de fleste aktører lader der til at være konsensus om, at det er fornuftigt, at retten til hurtig udredning er ens for alle patienter, sådan at 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 m.v. Fx således at fristen for patienter med mindre alvorlige/generende lidelser kan udvides til 60 eller 90 dage, mens fristen for fx patienter med meget generende eller smertefulde tilstande tilsvarende gøres kortere.

Det 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.

Videre proces i forhold til at klarlægge Danske Regioners position

Drøftelserne om Danske Regioners position i spørgsmålet vil fortsætte i regi af Sundhedsudvalget og bestyrelsen. Formålet er ikke at lægge sig fast på en specifik model for, hvordan patientrettighederne evt. skal differentieres, men at fastlægge en overordnet, politisk position på området.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Faktaark - patientrettigheder (juni 2026) (1862645 - EMN-2024-00932)
2. Undersøgelse af patientrettigheder i sammenlignelige lande og caseanalyse af udvalgte afdelinger (1862929 - EMN-2024-00932)

Resumé

Digitalisering udgør i dag en grundlæggende forudsætning for driften af kritiske områder i vores velfærdssamfund, og regionerne er samtidig blevet mere afhængige af digitale løsninger og it-infrastruktur leveret af et begrænset antal store, internationale aktører. I lyset af den aktuelle geopolitiske udvikling er der samtidig kommet øget opmærksomhed på de sårbarheder, som sådanne afhængigheder kan indebære for drift, forsyningssikkerhed og kontrol med kritiske digitale infrastrukturer.

Digital suverænitet er blevet en strategisk prioritet i den offentlige sektor, med politisk fokus på at styrke EU's handelfrihed, reducere afhængigheden af globale tech-giganter og udvikle europæiske alternativer – bl.a. understøttet af 80 mio. kr. i finanslovsaftalen. Samtidig har EU-Kommissionen lanceret en teknologipakke, der skal styrke Europas kapacitet inden for AI og cloud.

Der er udarbejdet en fællesoffentlig analyse af digital suverænitet, som identificerer følgende fire centrale udfordringer som drivende for myndighedernes behov for at arbejde med digital suverænitet:

1. Høj afhængighed af større leverandører og manglende konkurrence
2. Manglende kontrol og transparens over egne data
3. Begrænset kontrol og styring af digitale løsninger
4. Sårbarheder i den digitale forsyningssikkerhed

For regionerne rejser dette en række centrale politiske spørgsmål om, hvordan man kan sikre tilstrækkelig konkurrence og valgfrihed, kontrol med kritiske data og digitale løsninger på sundhedsområdet og mindske sårbarheder overfor geopolitiske hændelser – uden at gå på kompromis med kvalitet, effektivitet og sammenhæng i patientbehandlingen.

Formålet med sagen er således at tage en indledende politiskdrøftelse af regionernes tilgang til digital suverænitet.

Indstilling

Det indstilles,

at Sundhedsudvalget drøfter regionernes tilgang til digital suverænitet og tilslutter sig, at det videre arbejde tager afsæt i de fire kerneudfordringer, som er afspejlet i sagen.

Sagsfremstilling

Baggrund

Digitalisering er en kritisk forudsætning for driften af sundhedsvæsenet og for at sikre effektive og sammenhængende patientforløb. Samtidig er regionerne i stigende grad afhængige af digitale løsninger, platforme og it-infrastruktur leveret af et begrænset antal store, internationale aktører.

Digital suverænitet har samtidig fået en mere fremtrædende strategisk betydning i den offentlige sektor. Det afspejles blandt andet i regeringsgrundlaget, hvor det fremgår, at regeringen vil arbejde for at styrke EU's digitale suverænitet og understøtte en større digital handlefrihed. Tilsvarende har der politisk været fokus på at reducere afhængigheden af internationale Tech-giganter og styrke nationale og europæiske alternativer. Denne prioritering er senest understøttet i finanslovsaftalen for 2026, hvor der er afsat 80 mio. kr. til blandt andet udarbejdelse af en handlingsplan for øget digital suverænitet i den offentlige og private sektor. Samtidig har EU-Kommissionen lanceret en teknologipakke, der skal styrke Europas kapacitet inden for bl.a. AI, cloud, open-source og reducere afhængigheden af tredjelande.

For regionerne handler digital suverænitet grundlæggende om at kunne træffe mere bevidste og langsigtede valg om teknologi, leverandører og data. Det gælder både muligheden for at reducere sårbare afhængigheder, styrke kontrollen med kritiske løsninger og skabe bedre forudsætninger for at skifte spor, hvis økonomiske, sikkerhedsmæssige eller geopolitiske forhold ændrer sig. Området er belyst i en analyse, der er gennemført som del af den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi for 2026-2029.

Analysen bygger på en forståelse af digital suverænitet som offentlige myndigheders mulighed for at styrke deres handlefrihed og kontrol – herunder bedre muligheder for at til- og fravælge teknologier, stille tydeligere krav og gennemføre leverandørskifte, når det er nødvendigt. Det handler således ikke om et generelt fravalg af bestemte landes produkter, men om at reducere uhensigtsmæssige bindinger, styrke driftskontinuiteten og sikre større kontrol med kritiske digitale løsninger og data.

Der er identificeret fire kerneudfordringer, som driver behovet for en øget grad af digital suverænitet:

1. Høj afhængighed af større leverandører og manglende konkurrence:
En central udfordring er, at markedet for centrale digitale løsninger og it-infrastruktur på flere områder er præget af få store leverandører. Det kan begrænse konkurrencen og dermed valgfriheden, fordi skift af leverandør ofte er forbundet med store omkostninger, tekniske bindinger og risiko for driftsforstyrrelser.

2. Manglende kontrol og transparens over egne data:
Data behandles og opbevares i stigende grad i komplekse cloud- og leverandørmiljøer, hvor det kan være vanskeligt at skabe fuldt overblik over dataflows, lagringssteder og adgange. Det udfordrer både transparens, kontrol og tilliden til, at data håndteres inden for de ønskede rammer.
3. Begrænset kontrol og styring af digitale løsninger:
Mange digitale løsninger er bygget op omkring leverandørspecifikke teknologier og komplekse leverandørkæder, som gør det vanskeligt at gennemskue, styre og ændre i de samlede systemlandskaber.
4. Sårbarheder i den digitale forsyningssikkerhed:
Endelig øger afhængigheden af globale leverandører og forsyningskæder sårbarheden over for geopolitiske spændinger, handelskonflikter, cybertrusler og andre hændelser, som kan få betydning for både drift og leverancesikkerhed.

Der er følgende tre eksempler fra den fællesoffentlige analyse, der giver konkrete erfaringer, der illustrerer, hvordan offentlige aktører arbejder med digital suverænitæt:

1. **Region Syddanmark:** Region Syddanmark arbejder med digital suverænitæt i et nyt logistikcenter ved at stille krav om lokalt-driftede-løsninger og åbne standarder i produktions-miljøet. Formålet er at sikre kontrol over data og drift, reducere leverandørafhængighed og skabe mulighed for fremtidig udskiftning af teknologier. Casen viser, at suverænitæt kan indarbejdes direkte i udbud, men også at det kan begrænse leverandørmarkedet og kræve konkrete afvejninger mellem kvalitet og uafhængighed.
2. **Schleswig-Holstein:** Den tyske delstat har over en årrække arbejdet målrettet med at reducere afhængigheden af Microsoft-produkter og styrke kontrollen med egen it-arbejdsplads gennem open source-løsninger som bl.a. LibreOffice, Linux og Nextcloud. Casen viser, at øget digital handlefrihed kan styrkes gennem langsigtet politisk prioritering, men også at det kræver betydelig organisatorisk kapacitet, kompetenceopbygning og tid.
3. **Aarhus Kommune:** Aarhus Kommune har arbejdet med digital handlefrihed som et strategisk spor og har blandt andet omlagt dele af sin cloud-infrastruktur fra Microsoft Azure til den europæiske leverandør Hetzner. Casen illustrerer, at øget kontrol og reduceret leverandørafhængighed kan gå hånd i hånd med økonomiske gevinster, men også at det kan medføre nye driftsopgaver og behov for flere interne kompetencer.

Flere af casene i analysen omhandler overgangen til og anvendelsen af open source-produkter. Open source kan være et vigtigt greb i arbejdet med digital suverænitet, fordi åbne kildekoder og standarder kan styrke transparens, mindske leverandørfhængighed og gøre det lettere at tilpasse og videreudvikle løsninger. Samtidig kan open source give større kontrol med data og teknologi, men det kræver ofte flere interne kompetencer, tydelig governance og ansvar for drift, sikkerhed og vedligehold. Der kan derfor være gevinster i form af øget handlefrihed og fleksibilitet, men også risici knyttet til modenhed, support, brugervenlighed og organisatorisk kapacitet.

Case-eksemplerne peger på, at arbejdet med digital suverænitet ikke sker ud fra én fælles model og med et enkeltstående teknologisk valg. Tilgangen afhænger af opgavens karakter, markedets modenhed og organisationens kapacitet ligesom det er en løbende strategisk afvejning mellem robusthed, fleksibilitet, kvalitet og økonomi.

For regionerne er spørgsmålet derfor ikke alene, om digital suverænitet er relevant, men hvilke hensyn der bør vægte tungest, og hvor ambitiøst regionerne ønsker at gå til værks på sundhedsområdet set ud fra betydningen af de fire kerneudfordringer for regionerne.

På den ene side kan en udbredelse af digitalt suveræne løsninger styrke regionernes handlefrihed, kontrol med data og kritiske løsninger. På den anden side kan det aflede behov for investeringer, kompetenceopbygning og organisatoriske tilpasninger, ligesom det kan resultere i lavere brugervenlighed, mindre sammenhæng og en lavere grad af sikkerhed sammenlignet med de løsninger, der i dag tilbydes af de store teknologileverandører. Derudover må man forvente at der i starten vil være et teknologitab ved en overgang væk fra de store teknologileverandører.

Videre proces

Digital suverænitet forventes at være et tema, der kommer til at fylde i udvalget over den kommende årrække. Omdrejningspunktet vil være de fire kerneudfordringer, som er beskrevet i sagen samt en drøftelse af deres vægtning i lyset af, at løsningen af dem formentlig vil kræve øgede investeringer og klare politiske prioriteringer. Der er igangsat en analyse på cyber- og informationssikkerhedsområdet, der bl.a. kortlægger sårbarheder i den digitale forsyningssikkerhed. Danske Regionernes bestyrelse vil sidst på året få forelagt resultaterne af analysen med henblik på samlet drøftelse af digital suverænitet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Bilag 1 - Cases på digital suverænitæt (1863202 - EMN-2025-00664)

7 (Fortrolig)

8 (Offentlig) Aftale om stafetordning i Grønland

Sofie Bendix Christiansen

EMN-2025-01176

Resumé

Regeringen og Grønlands Naalakkersuisut har den 9. februar 2026 indgået en delaftale om udmøntningen af Rammeaftale om et selvstående Grønland. Som led heri har regeringen og regionerne indgået en aftale om en tværregional stafetordning, som skal bidrage til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen i Grønland. Stafetordningen indebærer, at sygehusafdelinger i Danmark fremover skal dække en række fuldtidsstillinger i Grønland. Det deltagende sundhedspersonale ansættes på skift i Grønland, hvor de varetager den samme funktion og sikrer på den måde en sammenhængende indsats. Formålet er at skabe større stabilitet og kontinuitet i bemanningen i det grønlandske sundhedsvæsen.

Der lægges op til, at udvalget tager orientering om den tværregionale stafetordning til efterretning.

Indstilling

Det indstilles,
at sundhedsudvalget tager orientering til efterretning

Sagsfremstilling

Baggrund

Regeringen og Grønlands Naalakkersuisut har den 9. februar 2026 indgået en delaftale om udmøntningen af Rammeaftale om et selvstående Grønland af 16. september 2025. Delaftalen indgår i en bredere politisk indsats for at styrke centrale samfundsområder i Grønland, herunder sundhedsområdet, som i en årrække har været præget af udfordringer med rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale. Delaftalen indeholder bl.a. initiativer vedrørende adgangen til behandling for grønlandske patienter på danske hospitaler og tiltag, der skal understøtte bemanningen i Det Grønlandske Sundhedsvæsen.

For at understøtte bemanningen i Grønland har regeringen og regionerne indgået en aftale om en tværregional stafetordning. Formålet er at bidrage til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen i Grønland gennem mere stabile rammer for bemanning med sundhedspersonale fra Danmark. Aftalen er underskrevet af den afgående indenrigs- og sundhedsminister, de fem regionsrådsformænd og den tidligere formand for Danske Regioner og er dermed gældende, men afventer offentliggørelse. Aftalen er vedlagt som bilag.

Udbredelse af stafetordning

Det følger af aftalen mellem regeringen og regionerne, at samarbejdet om stafetaftaler mellem Det Grønlandske Sundhedsvæsen og de danske regioner skal styrkes. Det skal ske ved at udbrede en fællesregional stafetordning. Udbredelsen tager afsæt i erfaringerne fra eksisterende stafetaftaler i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og har til formål at bringe stafetordningen i anvendelse på flere afdelinger på tværs af regionerne. Udbredelsen gennemføres som et løbende udviklingsarbejde, hvor regionerne og Det Grønlandske Sundhedsvæsen følger implementeringen og justerer ordningen på baggrund af de opnåede erfaringer.

Stafetordningen indebærer, at sygehusafdelinger i Danmark fremover skal dække en række fuldtidsstillinger i Grønland. Det deltagende sundhedspersonale ansættes på skift i Grønland, hvor de varetager den samme funktion og sikrer på den måde en sammenhængende indsats. Formålet er at skabe større stabilitet og kontinuitet i bemanningen i det grønlandske sundhedsvæsen. Sundhedspersonalets deltagelse er frivillig.

Danske Regioner har i samarbejde med Det Grønlandske Sundhedsvæsen og regionale repræsentanter udarbejdet et fælles ramme- og forståelsespapir, der fastlægger de overordnede rammer for stafetordningen, herunder ansvarsfordeling, indgåelse af stafetaftaler og vilkår for det deltagende sundhedspersonale (fx tillæg, bolig og opholdslængde). Papiret fungerer som et fælles udgangspunkt og kan løbende justeres i takt med erfaringerne fra ordningen. Ramme- og forståelsespapiret er vedlagt som bilag.

Administrationen af stafetordningen vil fra dansk side blive varetaget af en tværregional sekretariatsfunktion, som forankres i Region Hovedstaden.

Med udgangspunkt i Grønlands prioriterede behov er regionerne aktuelt i gang med at identificere relevante afdelinger, der kan indgå i stafetordningen. Det tilsigtes, at udbredelsen af stafetordningen træder i kraft pr. 1. september 2026. Det er forventningen, at antallet af afdelinger, der bidrager, gradvist vil øges over det kommende år.

Økonomi

Det følger af aftalen af 9. februar 2026 mellem regeringen og Naalakkersuisut, at der er afsat 10 mio. kr. i 2026 og 15 mio. kr. årligt fra 2027-2029 til at understøtte indgåelse af aftaler under stafetordningen, herunder til bl.a. stafettillæg og udgifter til dobbelt husførelse. Foruden midler til udbredelse af stafetordningen er der afsat midler til behandling af grønlandske patienter i Danmark. Konkret er der prioriteret 185 mio. kr. i 2026 til behandling af

grønlandske patienter på danske hospitaler som led i en forhøjelse af den eksisterende sundhedspulje.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Aftale om regional støtte til Grønland 27.02.26_underskrevet (1850892 - EMN-2025-01176)
2. Stafetordning - Fælles ramme- og forståelsespapir (1859999 - EMN-2025-01176)

9 (Offentlig) Næste møde i sundhedsudvalget

Susanne Wessel
MOD-2026-00148

Resumé

Næste møde i sundhedsudvalget er den 3. september 2026 kl.10.00 -14.00 i Danske Regioner. Det planlægges at holde fællesmøde med Udvalget for det nære sundhedsvæsen fra kl.10.00 -12.00.

Indstilling

Det indstilles,
at udvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

10 (Offentlig) Eventuelt - åben

Susanne Wessel
MOD-2026-00148

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag