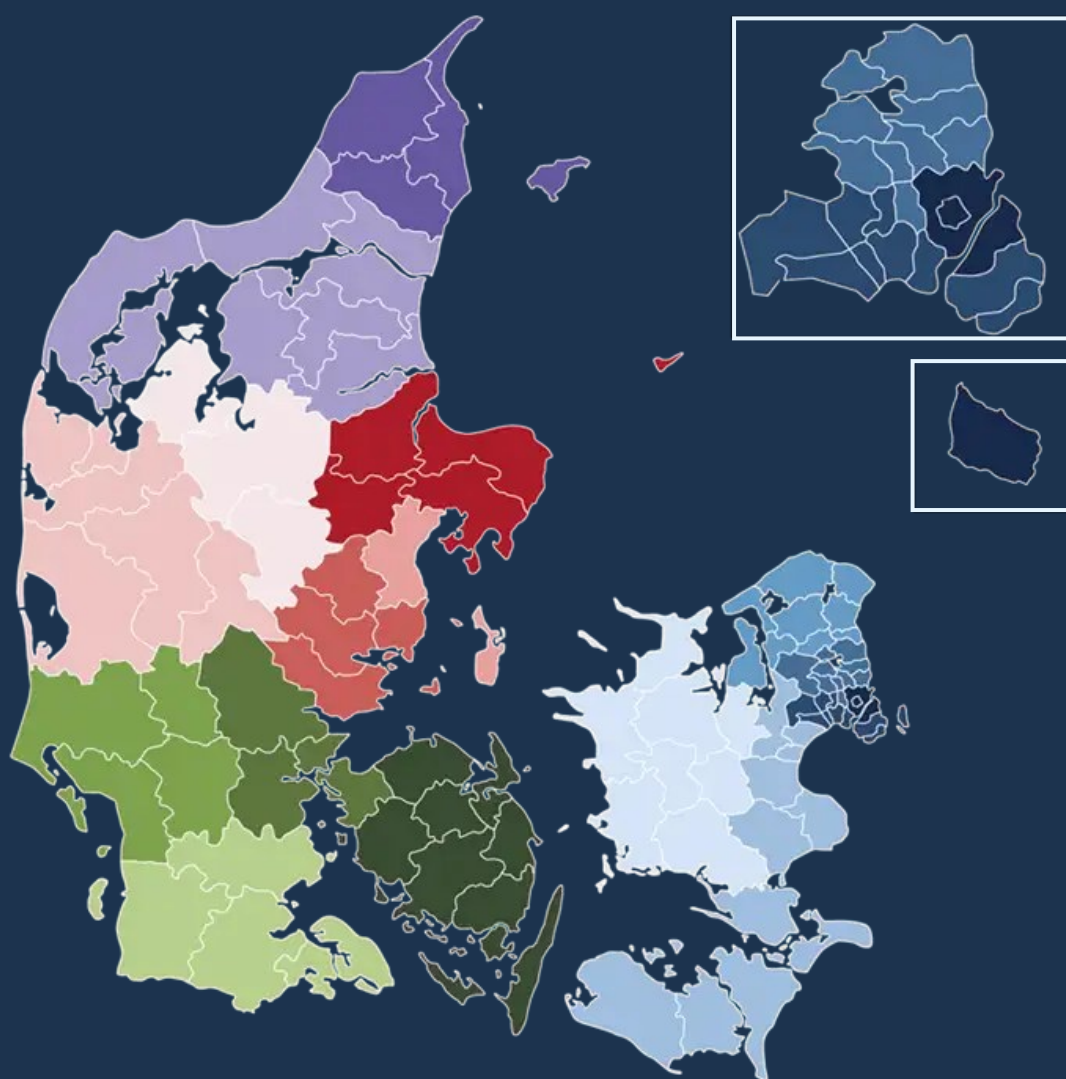


Inspiration til sundhedsrådsmedlemmer



Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Centrale rammer for sundhedsrådene	5
Tema 1: Forberedelse og udvikling af de nye regionale opgaver	7
1.1 Sundheds- og omsorgspladser	9
1.2 Akutsygepleje	13
1.3 Patientrettet forebyggelse	16
1.4 Rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau	18
Tema 2: Omstilling på sygehusområdet	20
Tema 3: Udvikling og styrkelse af de almenmedicinske tilbud	25
Tema 4: Samspil og potentialer inden for psykiatriområdet	31
Tema 5: Samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund	36

Indledning

Som led i sundhedsreformen etableres 17 sundhedsråd. Sundhedsrådene har en nøglerolle i at omstille og fremtidssikre sundhedsvæsenet, så reformens ambition om et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen realiseres.

Med repræsentation af politisk valgte fra både regioner og kommuner udgør sundhedsrådene rammen for et tæt og forpligtende politisk samarbejde. I sundhedsrådene samles viden om lokale behov, kapacitet og udfordringer, hvilket skaber et stærkt udgangspunkt for at træffe fælles, strategiske beslutninger om prioritering, opgavevaretagelse og tilrettelæggelse af sundhedstilbuddene.

Rådenes arbejde bliver centralt for, at der opbygges stærke sundhedsindsatser tæt på borgerne, og at sundhedstilbuddene i højere grad tilbydes uden for sygehusene. Den konkrete indretning skal tage udgangspunkt i, hvad der lokalt giver mening, og understøtte både nærhed, kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Tre overordnede strukturelle udviklingstræk er med til at danne udgangspunkt for det lokale arbejde i sundhedsrådene:

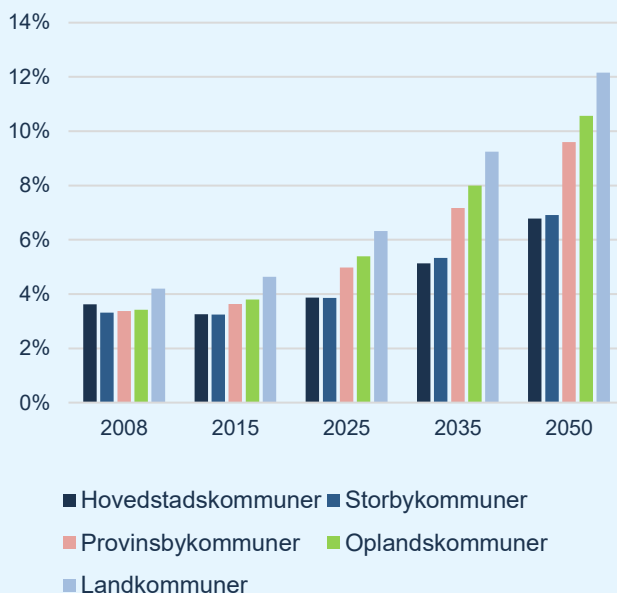
1. Den demografiske udvikling
2. Et ændret sygdoms- og behandlingsbillede
3. Et voksende pres på kapacitet og personale på tværs af sektorer.

1. Den demografiske udvikling betyder, at antallet af ældre borgere stiger markant, samtidig med at gruppen i den erhvervsaktive alder bliver relativt mindre. Denne udvikling ser forskellig ud i forskellige dele af landet. I mange sundhedsrådsområder – særligt med land- og yderkommuner – vokser andelen af ældre hurtigere, samtidig med at rekrutteringsgrundlaget for sundhedspersonale er mere skrøbeligt, og afstanden til specialiserede tilbud ofte er større. For sundhedsrådene betyder det, at stigende behov og begrænset kapacitet skal håndteres samtidig og under forskellige lokale forudsætninger.

2. Ændret sygdoms- og behandlingsbillede:

Flere borgere lever længere med én eller flere kroniske sygdomme, og multisygdom og komplekse forløb bliver mere udbredte. Det øger behovet for sammenhængende og koordinerede indsatser på tværs af de almen-medicinske tilbud, kommunale tilbud og hospitaler. Netop her får sundhedsrådene en central rolle som det forum, hvor lokale problematikker skal omsættes til helhedsorienterede løsninger, der tager udgangspunkt i borgernes samlede forløb.

Andel af befolkningen over 80 år fordelt på kommunetype



Note: Gruppering af kommuner er sket p.b.a. Danmarks Statistiks klassificering
Kilde: Egne beregninger baseret på tabellen FOLK1A fra Danmarks Statistik

3. Et voksende pres på kapacitet og personale på tværs af sektorer:

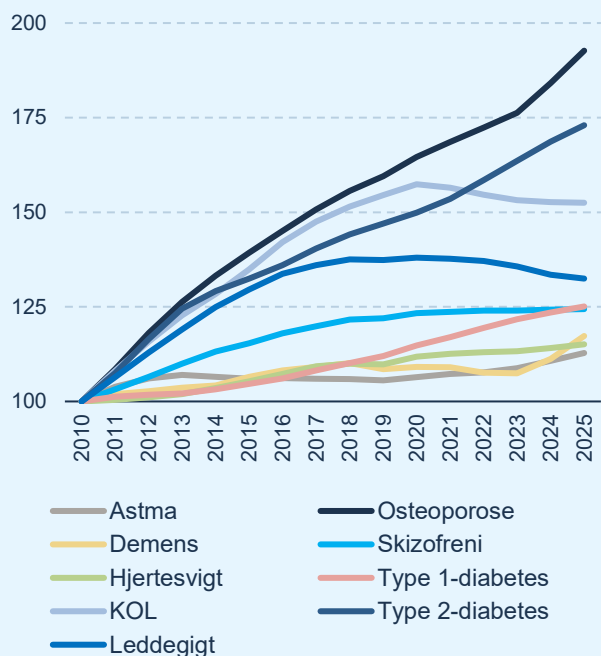
Udfordringerne er geografisk ujævnt fordelt og rammer ofte de områder, hvor behovene vokser hurtigst. For sundhedsrådene indebærer dette en central opgave med at fremtidssikre sundhedsvæsenet og rejser et centralt spørgsmål: Hvordan kan opgaver i højere grad tilrettelægges, så der opbygges stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne, så den samlede kapacitet udnyttes bedre, og sygehusene vendes mere udad?

Ovenstående er blot et udsnit af temaer, som vil udfoldes i dette materiale. Det er hensigten, at materialet kan være med til at understøtte de politiske drøftelser i sundhedsrådene.

Temaerne vedrører:

- Forberedelse og udvikling af de nye regionale opgaver
- Omstilling på sygehusområdet
- Udvikling og styrkelse af de almenmedicinske tilbud
- Sammenspil og potentialer inden for psykiatriområdet
- Samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund

Udvikling i forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme, antal personer (indeks 2000 = 100)



Note: Figuren viser antal personer med sygdom. Tallene for 2025 er foreløbige
 Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS), Sundhedsdatastyrelsen

Materialet kan med fordel læses i sammenhæng med [Håndbog om sundhedsråd](#) (fra december 2025), som indeholder en nærmere beskrivelse af sundhedsrådenes opgaver, ansvar og kompetencer.

Vi håber, at dette inspirationsmateriale kan bidrage til gode politiske drøftelser af, hvordan sundhedsreformen mere konkret kan udmøntes for at sikre et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen.

God arbejdslyst!

Cases til inspiration

I materialet indgår konkrete cases fra sundhedsvæsenet i dag. Casene tjener som overordnede eksempler på, hvordan der nogle steder i landet bliver arbejdet inden for de enkelte temaer.

Casene er forankret i myndighedsstrukturen fra før reformen, og læringen handler derfor i mindre grad om, hvem der har ansvaret, og mere om, hvad der er vigtigt at have fokus på, når sundhedsrådene drøfter udviklingen fremadrettet.

Det vil selvfølgelig være op til de enkelte sundhedsråd at drøfte, hvilke konkrete indsatser der passer bedst til de lokale behov og muligheder i sundhedsrådenes geografiske område.

Centrale rammer for sundhedsrådene

Sundhedsrådene har det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for drift og udvikling af regionens sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område og inden for de rammer, som er fastlagt af regionsrådet. Regionens opgaver på socialområdet er også omfattet af sundhedsrådenes umiddelbare ansvar. Endvidere skal sundhedsrådene inden for regionsrådets rammer have egne ressourcer. Læs mere om sundhedsrådenes rammer, umiddelbare forvaltningsansvar og økonomi i [Håndbog om sundhedsråd](#).

Nærsundhedsplan

Som et led i omstillingen af sundhedsvæsenet, skal hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejde en nærsundhedsplan. Nærsundhedsplanen er sundhedsrådets lokale planlægningsværktøj og skal konkret beskrive omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder hvordan sygehusene understøtter behandling tæt på borgerne.

Nærsundhedsplanen skal være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan og tage afsæt i den nationale sundhedsplan. Den nationale sundhedsplan sætter retningen for udviklingen af sundhedsvæsenet de kommende 10 år og udgør en overordnet, fælles strategisk ramme for sundhedsplanlægning.

Konkret skal der i nærsundhedsplanen sættes rammer og mål for den lokale udvikling af de almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, understøttelse af kommunale sundhedsindsatser samt initiativer med fokus på at vende sygehusene udad. Dertil kommer, at nærsundhedsplanen skal omfatte indsatser inden for både somatik og psykiatri samt integration af de to områder. Endelig skal nærsundhedsplanen bidrage til en mere sammenhængende opgaveløsning på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektoren, hvor der bliver taget et mere samlet ansvar for patientforløbet.

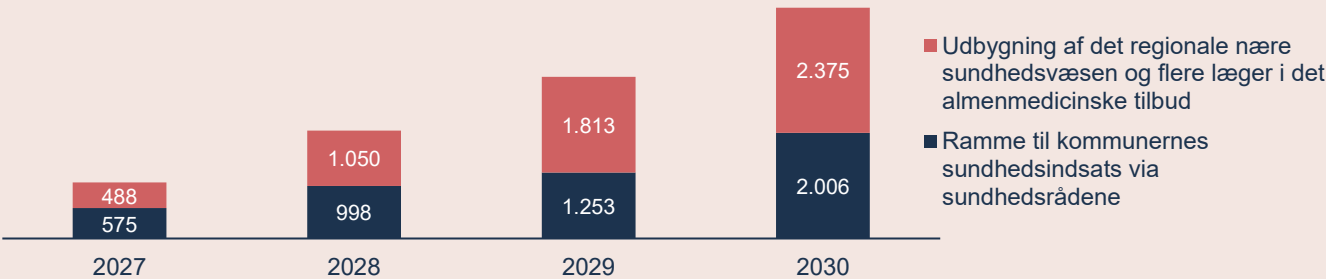
Nærsundhedsplanen kan derudover danne udgangspunkt for de aftaler, som indgås mellem kommunalbestyrelserne og regionsrådene om kommunale investeringsmidler.

De nærmere rammer for nærsundhedsplanen udfoldes i en bekendtgørelse og tilhørende vejledning i løbet af 2026.

Investeringer til nære indsatser

Der er i 'Aftale om sundhedsreform' afsat 4,4 mia. kr. fra 2030 og frem til udbygning af det nære sundhedsvæsen, der indfases gradvist fra 2027. Det er en central opgave for sundhedsrådene at udmønte de nye midler og omprioritere indsatser, der samlet understøtter udbygningen af det nære sundhedsvæsen tæt på patienten og til områder, hvor borgerne har størst behov, og samtidigt sikrer en modsvarende aflastning af sygehusene. Herudover er der afsat 3,5 mia. kr. til udvikling af fysiske rammer for nære indsatser.

Indfasning af midlerne, mio. kr.



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Aftale om sundhedsreform". 2024.

Investeringer til nære indsatser



Udbygning af det nære regionale sundhedsvæsen

2,4 mia. kr. målrettes til investering i udbygning af det nære regionale sundhedsvæsen. Midlerne skal prioriteres til nære sundhedsydelser, herunder udbygning af de almenmedicinske tilbud. For at understøtte denne prioritering er der fastsat et loft for de maksimale sygehusudgifter, mens der ikke sættes loft for de nære regionale sundhedsindsatser. Midler til udbygningen af det nære sundhedsvæsen skal udmøntes inden for de nationalt og regionalt fastsatte rammer.



Løft af nære kommunale sundhedsindsatser

Sundhedsrådene skal udmønte i alt 2 mia. kr. til sundhedstilbud i kommunerne. Af de 2 mia. kr. målrettes 1,4 mia. kr. til løft af de nære kommunale sundhedstilbud gennem aftaler mellem kommunerne og sundhedsrådene. De resterende 600 mio. kr. er målrettet kommunale sundhedsopgaver, hvor der udarbejdes nationale kvalitetsstandarder, herunder til sygepleje og palliation.

Aftalerne skal bidrage til, at der kan investeres i langsigtet kapacitetsopbygning i tråd med sundhedsreformens intentioner om omstilling af sundhedsvæsenet. Der kan heri også indgå midlertidige løft fx ifm. udvikling og afprøvning af nye indsatser. Midlerne kan også prioriteres til sundhedsindsatser på tilgrænsende kommunale områder.

Midlerne prioriteres på tværs af kommunerne efter behov med en hensigt om, at de skal komme alle kommuner til gavn. Aftalerne indgås mellem den enkelte kommune og sundhedsrådet. Der er i Forårsaftalen 2025 aftalt 4 principper for udmøntningen af midlerne, som kan findes [her](#).



Midler til fysiske rammer for nære indsatser

Der er afsat 3,5 mia. kr. i perioden 2027-2031 (anlægsmidler) til nybyggeri, ombygning og/eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i IT, teknologi og udstyr. Målet er at samle og rykke sundhedstilbuddene tættere på borgerne, sikre sammenhæng i behandlingsforløb, og at flere forløb starter og slutter i det almene sundhedsvæsen tæt på borgerne. Den konkrete sammensætning af tilbud aftales i sundhedsrådene og vil afhænge af lokale forhold, behov og ønsker og kan tænkes sammen med øvrige sociale-, sundheds- eller civilsamfundsindsatser i lokalområdet.

Midlerne fordeles til sundhedsrådene ud fra en statslig fordelingsmodel, som tager hensyn til sundhedsråd med størst patienttyngde (beregnes ud fra demografiske, socioøkonomiske og helbredsmaessige karakteristika) samt store geografiske afstande. Fordelingen er fastsat i Forårsaftalen 2025 og kan ses her: [Forårsaftale \(maj 2025\)](#)



Tema 1

Forberedelse og udvikling af de nye regionale opgaver

Forberedelse og udvikling af de nye regionale opgaver

Nye regionale opgaver

Med sundhedsreformen overtager regionerne fra den 1. januar 2027 myndigheds- og finansieringsansvaret for fire sundhedsopgaver fra kommunerne:

- Hovedparten af kommunale midlertidige pladser, herunder alle akutpladser (som samlet bliver til de nye sundheds- og omsorgspladser)
- Akutsygepleje
- Patientrettet forebyggelse
- Rehabilitering på specialiseret niveau, som udvides til også at omfatte en lille del af den mest specialiserede genoptræning på avanceret niveau

Formålet med opgaveflytningen er at give regionerne et større samlet ansvar for patienten, så de kan bringe behandling tættere på borgerne og sikre mere ensartet kvalitet i hele landet. Det er yderligere intentionen, at opgaveflytningen bidrager til, at flere sundhedsopgaver løses af samme myndighed, hvormed der skabes bedre incitamenter for forebyggende indsatser og for at skabe bedre rammer for sammenhængende borgerforløb.

Sundhedsrådene skal både overtage og udvikle de nye opgaver

Regionsrådet fastlægger rammerne for sundhedsrådenes arbejde med de nye regionale opgaver. Inden for disse rammer har sundhedsrådene både en opgave med at overtage og udvikle opgaverne.

Overtagelsesopgaven består i at sikre en fortsat stabil drift fra 1. januar 2027, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret flyttes. Denne overtagelsesopgave skal bl.a. ses i sammenhæng med indgåelse af delingsaftaler og evt. horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner.

En region kan indgå såkaldte horisontale samarbejdsaftaler med en eller flere kommuner, hvor kommunen varetager driften af hele eller dele af disse opgaver, mens regionen fortsat beholder myndigheds- og finansieringsansvaret.

Der er samtidig behov for, at sundhedsrådene løser opgaverne med henblik på at skabe større nærhed, sammenhæng og lighed for deres population. Der er derfor også en udviklingsopgave forbundet med de nye regionale sundhedsopgaver for regionerne og de enkelte sundhedsråd. Sundhedsrådenes særlige konstruktion med både kommunale og regionale repræsentanter skal i den forbindelse understøtte et fælles perspektiv på udviklingen af opgaverne, herunder fx fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser. Sundhedsrådene skal også udvikle og tilrettelægge de enkelte sundhedstilbud, så de passer til de lokale behov og muligheder inden for de enkelte sundhedsråds område og population.



7 ud af 10 borgere på pladserne anvender mindst fem forskellige lægemidler.

Kilde: DTU m.fl. "Det kommunale midlertidige døgnoophold – MIDO". 2025.

De nye regionale opgaver

Sundheds- og omsorgspladser

Regionerne overtager myndigheds- og finansieringsansvaret for målgruppen for en stor del af de nuværende midlertidige pladser fra kommunerne, herunder alle akutpladser. Disse betegnes pr. 1. januar 2027 som sundheds- og omsorgspladser og er fremover vederlagsfrie. Det forudsættes, at der på landsplan samlet set skal være mindst 2.627 sundheds- og omsorgspladser fra 2027. De resterende midlertidige pladser vil være kommunale aflastnings- og ventepladser.

Ambitionen er, at sundheds- og omsorgspladserne skal spille en central rolle i det nære sundhedsvæsen. De skal bidrage til opbygningen af et stærkt nært sundhedsvæsen ved at sikre tilbud om midlertidige ophold for personer med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem. Sundheds- og omsorgspladserne skal være af høj og ensartet kvalitet på tværs af landet.

Sundhedsrådene har en væsentlig opgave i forhold til udviklingen af de kommende sundheds- og omsorgspladser på baggrund af lokale behov og muligheder. Denne udvikling skal ske inden for de regionalt og nationalt fastlagte rammer, herunder Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, som fastsætter nærmere krav til bl.a. målgruppe, indsatser, kompetencer, lægedækning, samarbejde samt kriterier for tildeling og afslutning af ophold. Regionale sundheds- og omsorgspladser skal desuden omfattes af frit valg i kommende lovforslag.

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladser

Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne er borgere med behov for en rehabiliterende sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men heller ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem.

Borgere i målgruppen har forskellige behov for sundhedsfaglige indsatser. Det forventes primært at omfatte ældre og borgere med multisygdom med nedsat funktionsevne samt somatiske og kognitive udfordringer. Det kan fx være borgere med akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller tilstande med komplekse behov for pleje, behandling og medicinhåndtering. Målgruppen kan desuden omfatte borgere med samtidige psykosociale problematikker mv.

Kilde: Sundhedsstyrelsen. "Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser". 2026.

Udviklingsperspektiver for sundheds- og omsorgspladser



Sikre geografisk tilgængelighed inden for sundhedsrådenes geografi

Regioner og sundhedsråd skal sikre geografisk nærhed og tilgængelighed. Dette gælder også sundheds- og omsorgspladser, der som udgangspunkt skal være i alle kommuner, medmindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet. Kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladser beskriver rammer for geografisk tilgængelighed og kapacitet.

Det bliver sundhedsrådenes rolle at tilrettelægge dette efter lokale behov og muligheder samt følge op på udviklingen af sundheds- og omsorgspladser inden for eget geografiske område.



Fast lægedækning

Sundhedsrådene har en rolle i at udmønte kravet om fast tilknytning af lægefaglig kompetence på sundheds- og omsorgspladserne inden for eget område, fx af læger med speciale i almen medicin eller geriatri.

Ved fasttilknyttede læger forstås en funktion, som dels varetager behandlingsansvaret, og dels er tilgængelig for personalet telefonisk eller virtuelt og ved løbende fysisk tilstedeværelse.

Fast lægedækning skal sikre, at der kan ageres rettidigt på ændringer i patienternes tilstand samt sikre løbende justering af indsatser og behandlingsplan. Det skal også sikre let adgang til lægefaglig sparring og rådgivning for det sundhedsfaglige personale. Fasttilknyttede læger på pladserne skal blandt andet bidrage til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Sundhedsrådene kan fx drøfte, hvordan den konkrete organisering af kravet om fast lægedækning skal se ud i deres sundhedsråd.

Udviklingsperspektiver for sundheds- og omsorgspladser



Fokus på kvalitet

Sundheds- og omsorgspladserne skal styrke kvalitet og kontinuitet for borgerne og sikre, at langt flere oplever en nær og sammenhængende indsats. Det er samtidig afgørende at skabe tilbud med ensartet kvalitet, så alle borgere har adgang til nære tilbud med samme høje kvalitet på tværs af landet. Dertil vil sundheds- og omsorgspladserne være vederlagsfrie, hvilket er med til at sikre mere lighed i adgang til tilbuddet.

Der er i kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladserne et fokus på personalesammensætningen samt personalets kompetencer. Indsatserne, der leveres på sundheds- og omsorgspladserne, forudsætter et tæt tværfagligt samarbejde, og der skal sikres kontinuitet og sammenhæng i borgerens forløb fra regional plads til eget hjem. Sundhedsrådene får en central rolle i at understøtte dette arbejde.



Sammenhæng til de kommunale tilbud

For langt de fleste borgere vil der efter afslutningen af et ophold på en sundheds- og omsorgsplads være et videre forløb med kommunale ældre- og sundhedsindsatser.

Sundhedsrådene skal sikre sammenhængende forløb og kan i den forbindelse fx drøfte samarbejde og sammenhæng mellem de regionale og kommunale tilbud og udpege relevante områder, hvor der kan indgås konkrete samarbejdsaftaler mv. mellem sundhedsråd og kommuner for at understøtte gode forløb på tværs af sektorer.

Sundhedsrådene kan ligeledes drøfte, hvordan der sikres samarbejde i forbindelse med patienternes overgang fra sundheds- og omsorgspladserne til patienternes videre genoptræningsforløb i kommunen.

Cases relateret til sundheds- og omsorgspladser



Tværfaglig styrkelse af døgnophold skal understøtte sammenhængende patientforløb

Gladsaxe Kommune har styrket indsatsen på midlertidige døgnophold ved at fasttilknytte en kommunalt ansat læge samt udvide det øvrige sundhedsfaglige team til at bestå af farmakonom, social- og sundhedsassistenter, ergo- og fysioterapeuter, diætist og aktivitetsmedarbejder.

En fast lægefaglig kapacitet gør det muligt at afholde regelmæssige konferencer, gennemgå behandlingsplaner systematisk og foretage hurtigere kliniske vurderinger. Det bidrager bl.a. til at forebygge akut forværring og unødige indlæggelser. Det tværfaglige team skaber en helhedsorienteret indsats, hvor behandling, pleje, genoptræning og hverdagsrehabilitering tænkes sammen.

[Læs mere om den tværfaglige styrkelse af døgnophold i Gladsaxe Kommunes pressemeddelelse her.](#)



En tryk hjemkomst for sårbare borgere

En tryk og sammenhængende hjemkomst er afgørende for borgere, der udskrives efter behandling af et hoftenært lårbensbrud. Projektet "Kom Trygt Hjem" er udviklet med det formål at understøtte denne overgang og sikre tryk i borgernes forløb efter udskrivelse fra hospitalet. I 14 dage efter udskrivelse følges borgeren tæt, systematisk og efter en fast manual i kommunalt regi, mens regionen fortsat har behandlingsansvaret og står til rådighed for sparring og rådgivning.

Dette skaber rammerne for at give den ældre en god overgang til enten eget hjem eller plejecenter. Samtidig understøtter indsatsen en forbedret funktionsevne og øget livskvalitet på længere sigt. Der har i alle regioner kørt en proces med at sikre opbakning til projektet.

[Læs mere på Sygehus Sønderjyllands hjemmeside her.](#)



Der er cirka 72.000 forebyggelige indlæggelser blandt borgere over 65 år i Danmark.

Kilde: Dansk Industri. "Mange indlæggelser kunne være undgået". 2024.
Baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen

De nye regionale opgaver

Akutsygepleje

Regionerne overtager den 1. januar 2027 myndigheds- og finansieringsansvaret for den vederlagsfri akutsygepleje, som i dag er organiseret i de kommunale akutfunktioner. Intentionen er at give regionerne mulighed for at flytte sygeplejefaglige kompetencer tættere på borgerne og udvikle et samlet og bæredygtigt akuttilbud, herunder fx robust døgndækning tæt på eller i borgerens eget hjem. Samtidig forpligtes regionerne til at rådgive og sparre med kommunerne og understøtte den kommunale sygepleje.

Akutsygeplejen skal ses i sammenhæng med hjemmebehandlingen, som regionerne har ansvaret for at udbygge og understøtte, blandt andet med flere sundhedsfaglige medarbejdere. Rammerne herfor skal aftales mellem parterne i efteråret 2026.

Udviklingen af akutsygeplejen rammesættes både regionalt og nationalt, herunder fx gennem kvalitetsstandards, som Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2026.

Målgruppen for akutsygepleje

Målgruppen for akutsygepleje vil overordnet set være patienter med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse, hvor der er akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse.

Udviklingsperspektiver for akutsygepleje



Fagligt bæredygtigt, ensartet og døgndækkende akutsygepleje

Regionerne vil få et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling helt ud i borgerens eget hjem. Regionerne vil skulle levere ensartet, fagligt robust og døgndækket akutsygepleje.

Sundhedsrådene skal bl.a. drøfte, hvordan der lokalt kan udvikles og tilrettelægges funktioner, som kan udføre akutsygepleje i borgerens eget hjem, eller fx på botilbud, plejehjem og på ydertidspunkter. Et muligt fokus i drøftelserne kan fx være, hvordan tilbuddene kan bidrage til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser.



Sammenhængende akutindsats

Det er centralt for organiseringen af akutsygeplejen, at indsatserne leveres i alle dele af landet med geografisk nærhed, stor tilgængelighed og i nogle tilfælde i samarbejde med akutberedskab, fx ambulancetjeneste, lægevagt/akuttelefoner mv., almenmedicinske tilbud samt den kommunale sygepleje. Sparring og rådgivning af den kommunale sygepleje bliver en forpligtelse for den regionale akutsygepleje, hvilket forudsætter et tæt samarbejde.

Sundhedsrådenes drøftelser kan bl.a. fokusere på, hvordan der kan skabes et stærkt samarbejde mellem akutsygeplejen og de øvrige aktører, som er involverede i et samlet og styrket akutområde ud fra de behov og muligheder, som er i sundhedsrådets geografiske område.

Sundhedsrådene kan ligeledes drøfte og understøtte implementering af kommende kvalitetsstandards for akutsygepleje.

Cases relateret til akutsygepleje



Behandling i eget hjem forebygger indlæggelser

”Bliv Trygt Hjemme” er et samarbejdsprojekt mellem akutsygeplejersker, praktiserende læger og regionale akutmodtagelser i Middelfart. Projektet har til formål at behandle flere syge borgere i eget hjem og på den måde forebygge indlæggelser på sygehuset.

Akutsygeplejerskerne har mulighed for at medbringe POCT-udstyr (Point of Care Testing) til borgerens hjem. Udstyret gør det muligt hurtigt at vurdere borgerens tilstand, idet analyseresultater foreligger inden for få minutter, frem for at prøver skal sendes til et laboratorium. På den baggrund kan der laves en kvalificeret vurdering af, om der er behov for indlæggelse, mens akutsygeplejersken er til stede i hjemmet. Indsatsen bidrager således både til at reducere behovet for akutte indlæggelser og samtidig skabe et mere sammenhængende sundhedsforløb tæt på borgerens hverdag.

[Læs mere om projektet på Danske Regioners hjemmeside.](#)



Døgndækkende fælles geriatrisk kommunalt akutteam

Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune har skabt et døgndækket akutteam i et samarbejde mellem sygeplejersker fra geriatrisk afdeling og kommunale sygeplejersker. Sygeplejerskerne fra kommunen og hospitalet har hver deres base, men mødes dagligt for at koordinere arbejdet og følge op på akutte opgaver.

Gennem samarbejdet bringes specialiserede kompetencer ud fra sygehusene til borgerens eget hjem og bidrager med et fagligt løft af akutsygeplejen. Indsatsen har medført en halvering (48%) af antallet af genindlæggelser og en forkortelse af den gennemsnitlige indlæggelsestid til to dage.

[Læs mere på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside.](#)



1,8 mio. danskere har mindst én ud af 15 udvalgte kroniske sygdomme.

Kilde: KL. "Forekomst af kroniske sygdomme i befolkningen". 2024.

De nye regionale opgaver

Patientrettet forebyggelse

Regionerne får den 1. januar 2027 også ansvar for patientrettede forebyggelsesindsatser, som rækker uden for sygehusene, og som hidtil har ligget i kommunerne.

Formålet er bl.a. at give borgeren indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med sygdom, fx forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd. Tilbuddene inkluderer sygdomsmestring, fysisk aktivitet, ernæringsindsats, forebyggende samtale om alkohol og nikotinafvænning, jf. kvalitetsstandard for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, der revideres af Sundhedsstyrelsen i 2026, og som skal forebygge, at sygdom udvikler sig og bliver mere behandlingskrævende.

Ansvar for patientrettet forebyggelse flyttes fra kommuner til regioner for at give bedre grundlag for, at den enkelte region kan skabe mere sammenhængende løsninger for borgere med kronisk eller langvarig sygdom og større incitament for investeringer i tidlige forebyggende indsatser.

Den patientrettede forebyggelse skal udvikles i overensstemmelse med sundhedsreformens intentioner og fx kommende kronikerpakker og har blandt andet snitflader til den borgerrettede forebyggelse, som kommunerne fortsat har ansvar for.

Målgruppen for patientrettet forebyggelse

Patientrettet forebyggelse er tilbud målrettet en patientgruppe med kronisk eller langvarig sygdom, der kan have behov for regelmæssig og tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet.

Dette adskiller sig fra borgerrettet forebyggelse, der omfatter både strukturelle indsatser, der har til formål at skabe sunde rammer i borgernes liv, og individrettede indsatser til borgere, der har brug for særlig støtte til at leve sundere, fx borgere, der er i risiko for eller har symptomer på kronisk sygdom.

Målgruppen for borgerrettede forebyggelsesindsatser er således alle kommunens borgere, hvorimod patientrettet forebyggelse omfatter sundhedsindsatser rettet mod personer med en kronisk eller langvarig sygdom.

Udviklingsperspektiver for patientrettet forebyggelse



Geografisk nærhed og let tilgængelighed

Nærhed er centralt for borgernes tilslutning til forebyggelsesinitiativer. Forebyggelsestilbud skal som udgangspunkt forefindes i alle kommuner, medmindre hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed tilsiger andet.

Sundhedsrådene kan fx drøfte, hvordan der sikres et geografisk nært og let tilgængeligt forebyggelsestilbud, fx gennem tilbud integreret i borgerens nærmiljø og i tæt samarbejde med lokale aktører. Der skal samtidig tages højde for faglig og organisatorisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene.



Samarbejde på tværs af aktører

Mange kommuner, civilsamfundsaktører og boligforeninger har velfungerende forebyggelsestilbud i dag.

Sundhedsrådene kan fx drøfte, hvordan der kan etableres nye samarbejder med de aktører, som bidrager til den samlede forebyggelsesindsats i sundhedsrådets geografiske område, eller hvordan eksisterende samarbejder kan styrkes.



Styrket kvalitet

Der skal arbejdes med at højne kvaliteten i de patientrettede forebyggelsestilbud. Den kommende revidering af kvalitetsstandarderne skal blandt andet tage højde for kronikerpakkerne.

Sundhedsrådene kan fx drøfte, hvordan der sikres tilstrækkelig kvalitet og bæredygtighed i de patientrettede forebyggelsestilbud, bl.a. på områder, hvor der kræves særlige kompetencer, ekspertise eller patientgrundlag.

Case: Natur og civilsamfund som centrale elementer i kræftrehabiliteringsforløb

Silkeborg Kommune har inden for de senere år arbejdet med at udvikle patientrettede forebyggelsesforløb med fokus på inddragelse af naturen og samarbejde med civilsamfundet.

De har blandt andet omlagt størstedelen af kræftrehabiliteringsforløb til at foregå i naturen. Naturen er med til at dæmpe angst og stressniveau hos deltagerne, der ofte er psykisk påvirkede af deres sygdom. Desuden har omlægningen været med til at øge deltagelsen af mænd med kræftsygdom i rehabiliteringsforløbene, hvor deltagelsen er steget fra 20 pct. til 45 pct. over de senere år.

Kommunen samarbejder desuden aktivt med det lokale foreningsliv og civilsamfundet, blandt andet Naturstyrelsen, Aqua Akvarium & Dyrepark, det lokale foreningsliv og sygehuspræst. Dette styrker tilbuddet og understøtter borgerne i deres videre forløb.

[Læs mere på Sundhedshuset Silkeborgs hjemmeside her.](#)



Der blev i 2025 udarbejdet 749 genoptræningsplaner på specialiseret niveau, dog med store forskelle mellem regionerne.

Kilde: Sundhedsdatabanken. 2026.

De nye regionale opgaver

Rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau

Den 1. januar 2027 får regionerne myndigheds- og finansieringsansvar for rehabilitering på specialiseret niveau, som udvides til også at omfatte en lille del af den mest specialiserede genoptræning på avanceret niveau. Regionerne får desuden myndigheds- og finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau, som allerede foregår på sygehusene i dag.

De eksisterende rammer for genoptræning videreføres, herunder også muligheden for brug af private og ansvaret for at sikre frit valg til genoptræning. Ansvar for almen genoptræning, herunder genoptræning på basalt og avanceret niveau, forbliver en kommunal opgave. Regionerne varetager dog almen genoptræning for de borgere, som opholder sig på sygehuse og sundheds- og omsorgspladser.

Målgruppen for rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau

Rehabilitering på specialiseret niveau vedrører mindre patientgrupper med komplekse behov, som kræver en særlig og specialiseret indsats med de rette faglige kompetencer hos medarbejderne. Det er eksempelvis borgere med hjerneskade efter blodprop, trafikuheld, tumorer, iltmangel mv.

Udviklingsperspektiver for rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau



Forløb med kvalitet og sammenhæng

Når borgere ikke længere har behov eller potentiale for et rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau, forventes det, at borgeren overgår til enten træning eller videre genoptræning og rehabilitering i kommunen. Der er behov for tæt koordination mellem region og kommune for at sikre en god overgang, kvalitet i den videre opgaveløsning og et sammenhængende forløb. Det samme gælder også, hvis borgeren modtager rehabilitering på specialiseret niveau i et ambulant eller matrikelløst tilbud. Dette gælder både mennesker med somatisk og psykisk sygdom.

Det kan i den forbindelse være relevant for sundhedsrådene at drøfte, hvordan der sikres samarbejde og koordination ift. at sikre sammenhængende genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

Case: Styrket koordinering skaber sammenhængende rehabiliteringsforløb for mennesker med erhvervet hjerneskade

Sammenhængende forløb er afgørende for borgere med komplekse rehabiliteringsbehov, hvor indsatser ofte strækker sig på tværs af hospital, kommune og hverdagsliv. For at styrke netop dette har Allerød Kommune etableret tværfaglige team og koordinerende funktioner, herunder hjerneskadekoordinatore. Disse fungerer som borgerens primære kontakt i kommunen og sikrer kontinuitet i både rehabilitering, beskæftigelse og sociale tilbud.

Dette skaber en samlet plan for borgerens forløb, der understøtter progression i funktionsevne, deltagelse i hverdagsliv og målrettet genoptræning.

[Læs KL's udspil til en styrket rehabilitering af borgere med hjerneskade her.](#)



Tema 2

Omstilling på sygehusområdet

Omstilling på sygehusområdet

Den demografiske udvikling med flere ældre borgere vil føre til en markant stigning i alders- og livsstilsbetingede sygdomme. Med sundhedsreformen skal hospitalerne omstille sig til en ny virkelighed. Mere behandling skal foregå tættere på eller i borgerens eget hjem. Det giver hospitalerne en ny rolle, hvor patienterne skal behandles mere behovsstyret. Aktiviteten skal omstilles, så vi sikrer den rette kapacitet til dem, der har brug for specialiseret hjælp.

Flere opgaver skal løses uden for sygehusene i det nære sundhedsvæsen og leveres på nye måder. En omstilling af sundhedsvæsenet, hvor mere udredning, behandling og pleje forankres i det nære sundhedsvæsen, rummer et stort potentiale for en lang række patienter, fx ældre medicinske patienter, mennesker med psykiske lidelser og patienter med kroniske lidelser, som har hyppig kontakt med sundhedsvæsenet, og for hvem sygehusindlæggelser kan være til stor gene og behæftet med væsentlige risici.

Det udadvendte sygehus

Sundhedsrådene skal understøtte, at sygehusene i højere grad stiller deres kompetencer til rådighed for de nære tilbud, herunder de almenmedicinske tilbud, og tager et større ansvar før og efter sygehusophold, bl.a. i form af et udvidet behandlingsansvar på 96 timer. Ved at vende sygehusene udad kan behandling og opfølgning i højere grad ske tæt på borgeren, samtidig med at sygehusenes specialiserede ressourcer anvendes bedst muligt.

Udadvendte sygehusfunktioner er en central forudsætning for at styrke det primære sundhedsvæsen og skabe mere sammenhængende patientforløb. Omstillingen forudsætter dog en aktiv prioritering og omlægning af sygehusenes aktivitet, herunder reduktion af forebyggelig ambulant aktivitet, og en målretning af indsatser til de patientgrupper, hvor der er størst sundhedsmæssig gevinst – særligt borgere med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter.

I den regionale psykiatri er der desuden opbygget stor erfaring med forskellige typer af udgående funktioner og samarbejde på tværs af region og kommune – herunder udgående teams, akutteams, botilbudsteams mv., som understøtter intentionen om udadvendte sygehuse. Disse erfaringer kan med fordel udbredes til øvrige områder.

Drøftelser i sundhedsråd

Sundhedsrådene skal drøfte og finde ud af, hvad borgerne i netop deres geografi har bedst gavn af, og hvordan man sammen på tværs af regioner og kommuner bedst kan levere det. Disse drøftelser kan fx tage udgangspunkt i populationsdata.

I drøftelserne vil det være centralt, at sundhedsrådene arbejder med den samlede og tværgående anvendelse af ressourcer, så sundhedsrådene understøtter og tager hensyn til den øvrige sundhedsplanlægning, herunder arbejdsdeling mellem hospitaler i andre sundhedsråd, præhospitaler indsatser, psykiatri mv.

2,8 mio. personer havde i 2023 kontakt med sygehusene. Det er 23 pct.-point flere end i 2007, selvom befolkningen kun er vokset med 9 pct.-point i samme periode.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport". 2024.



Udviklingsperspektiver for omstilling på sygehusområdet

At vende sygehusene mere udad kan gøres på mange forskellige måder. Det er en bevægelse, som allerede er i gang, og som der med reformen og oprettelsen af sundhedsråd bliver yderligere styrket. Samtidigt er det oplagt, at sundhedsrådene arbejder med at udbrede gode erfaringer fra andre sundhedsråd.



Rådgivende funktioner til øvrige sundhedsaktører

Udover regionale funktioner, fx hjemmebehandling og akutsygepleje, kan sygehusene også arbejde med at udvikle indsatser, der stiller specialistkompetencer til rådighed, så disse understøtter behandling i det nære sundhedsvæsen eller i hjemmet. Det kan fx være i form af lettilgængelige hotlines, telekonsultationer og e-supervision.

Specialisttilgængeligheden understøtter almenmedicinske tilbud samt kommunale sundhedspersoner, som allerede kommer i borgerens hjem, og kan gøre det muligt at varetage flere patientforløb i det nære. Der kan være forskellige veje til at understøtte den primære sektor, og der er forskellige erfaringer i regionerne i dag.

Sundhedsrådene kan på baggrund af fx populationsdata og erfaringer fra andre sundhedsråd/regioner arbejde med, hvordan specialistrådgivning bedst kan tilrettelægges for at understøtte sundhedsrådets borgere og geografi.



Udgående funktioner

Det er oplagt, at der bygges videre på udviklingen med at have flere udadgående funktioner fra hospitalerne. Det vil være forskelligt rundt om i landet, hvordan dette kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt, og her har sundhedsrådene en rolle.

Når udgående sygehusfunktioner skal rykke ud til patienten og levere diagnostik og behandling i eller tæt på borgerens eget hjem, skal det ske under forudsætning af klare rammer for behandlingsansvar og samarbejde på tværs af sektorer. Det skal sundhedsrådene være med til at sikre, når der drøftes konkrete modeller for at levere udgående funktioner.

De udgående sygehusfunktioner kan fx ske i tæt samarbejde med patientens egen læge, som ofte vil være den primære lægekontakt og tovholder i patientforløbet, og bør målrettes borgere med størst potentiale for at undgå indlæggelse eller genindlæggelse. Samtidig kan regionernes fremadrettede opgave med akutsygepleje indtænkes i udgående teams til bl.a. at understøtte kommunal sygepleje, og hvor der med fordel kan trækkes på erfaringer fra den regionale psykiatri.

Udviklingsperspektiver for omstilling på sygehusområdet



Ambulante klinikker i nærmiljøet

Sundhedsrådene vil fx kunne drøfte lokale planer for omlægning af ambulant sygehusaktivitet til indsatser i eller tættere på borgerens eget hjem, som udmønter den regionale sundhedsplanlægning.

Som et led i omlægningen af den samlede ambulante aktivitet, kan der etableres satellitambulatorier, nærklinikker og mobile "pop-up"-enheder, som målrettes patienter med hyppig kontakt til sundhedsvæsenet. Disse kan håndtere behandling, opfølgning, diagnostik og kontrol tæt på borgeren, fx KOL-opfølgning, diabeteskontroller, sår vurdering, antikoagulationsklinikker og simple billeddiagnostiske undersøgelser. Dette kan fx ske i samarbejde med de praktiserende speciallæger.

I den forbindelse skal sundhedsrådene tage højde for faglig bæredygtighed, volumen og sammenhæng til øvrige nære sundhedstilbud.



Digitale og telemedicinske løsninger

Teknologi kan gøre livet med kronisk sygdom mere fleksibelt, selvstændigt og trygt. Mange borgere efterspørger teknologi som led i deres behandling. Nogle teknologier kan fx frigøre medarbejdere eller flytte fokus til tidlig indsats frem for akut behandling. Fjernmonitorering og videoopfølgning giver mulighed for klinisk overvågning og hurtig behandling uden for hospitalet, hvorved patienter kan have kontakt med sygehus fra eget hjem og reagere rettidigt på sygdomstegn. Dette kan i sidste ende minimere behovet for sygehusindsatser.

Sundhedsrådene kan drøfte, hvordan digitale og telemedicinske løsninger i højere grad kan anvendes til at understøtte både hjemmebehandling, opfølgning og tidlig indsats.



Fælles data

Fælles brug af data i sundhedsrådene kan være med til at målrette omstillingen af sygehusenes ydelser. Sundhedsrådene kan i deres drøftelser af den lokale tilrettelæggelse af og udvikling af opgaverne gøre brug af sundhedsprofilerne, Sundhedsdata på tværs og PRO.

Samtidig skal sundhedsrådene understøtte tværsektoriel datadeling, der kan bidrage til at skabe mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer og understøtte fælles beslutningstagen.

Cases relateret til omstilling på sygehusområdet



Udkørende geriatrisk team

I Region Hovedstaden (Herlev og Gentofte Hospitals optageområde) modtager fire kommuner et ugentligt besøg fra Udkørende Geriatrisk Team (UGT) på en midlertidig døgnplads. Der udføres 12 besøg i træk i én kommune, hvorefter der skiftes til en anden kommune. Forud for besøget udvælger personalet på den midlertidige døgnplads fire patienter, der skal tilses af UGT. På dagen laver UGT desuden kompetenceudvikling og undervisning af personalet i udvalgte emner, der er relevante for den skrøbelige, ældre patient. Ved besøget gennemgår UGT patientens elektroniske journal, foretager medicingennemgang og laver en samlet geriatrisk vurdering. Der tages højde for akut og kronisk sygdom, fysisk, psykisk og mental funktion samt ernæring og sociale forhold. UGT iværksætter interventioner og behandlinger eller henviser til relevante enheder.

[Læs mere under afsnittet, "Udkørende Geriatrisk Team".](#)



Fælles videokonsultationer bringer specialiseret viden tættere på det nære

Lægecenter Korsør og Slagelse Sygehus har etableret et samarbejde, hvor fælles videokonsultationer mellem patient, almen praksis og sygehusspeciallæger skaber mulighed for, at den specialiserede faglige viden fra sygehusene bringes tættere på borgerne og understøtter øvrige sundhedsaktører. Formålet er at flytte viden - ikke patienter.

Samarbejdet er organiseret som ugentlige videokonsultationer, hvor patienter sammen med egen læge har kontakt til sygeplejersker og speciallæger fra sygehuset for at drøfte patientens aktuelle situation og behandlingsplan. Tiltaget skaber tryghed samt reducerer transporttid for patienter og pårørende. Den praktiserende læge har derudover mulighed for løbende sparring med sygehusets speciallæger i akutte sygdomsforløb.

[Læs Ugeskriftet for Lægers artikel om samarbejdet her.](#)



Tema 3

Udvikling og styrkelse af de almenmedicinske tilbud

Udvikling og styrkelse af de almenmedicinske tilbud

Borgers egen læge er en central aktør i det danske sundhedsvæsen, og langt de fleste patientforløb involverer kontakt til egen læge.

I flere geografiske områder er der mangel på og langt til alment praktiserende læger. Netop i de områder, hvor borgernes behov for sundhedsydelser er størst, er der færrest læger. Samtidig vil antallet af ældre, sårbare borgere, borgere med psykiske lidelser og personer med én eller flere kroniske lidelser stige betydeligt over de næste år.

Det er ambitionen med sundhedsreformen at bringe sundhedsvæsenet tættere på borgerne, så flere får behandling i eller tæt på eget hjem. Der skal samtidig være mere lige adgang til hjælp, uanset hvor i landet man bor. Udvikling og styrkelse af de almenmedicinske tilbud, som er en samlet betegnelse for alle typer af klinikformer, er en af de centrale forudsætninger for omstillingen til et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen.

Sundhedsrådenes ansvar for planlægning og faglig ledelse af almenmedicinske tilbud

Med reformen får regionerne et ansvar for fagligt at lede de almenmedicinske tilbud med udgangspunkt i dialog, understøttelse og vejledning. Regionen har ansvaret for at planlægge, tilrettelægge og udvikle det samlede sundhedsvæsen ud fra befolkningens behov i området og med henblik på at skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer.

Sundhedsrådene har det umiddelbare ansvar for den lokale planlægning, kapacitetsstyring og udvikling af de almenmedicinske tilbud inden for det geografiske område, som sundhedsrådet dækker. Sundhedsrådene vil derfor have et ansvar for at sikre, at de almenmedicinske tilbud afspejler sundhedsvæsenets aktuelle behov og leverer mere ensartet høj kvalitet til borgerne.

Sundhedsrådene skal i den forbindelse tage udgangspunkt i, at den nationale fordeling af læger og ressourcer i sundhedsrådets område skal føre til, at borgerne får den nødvendige adgang til sundhedsydelser.

Sundhedsstyrelsen fastlægger opgaver og krav til almenmedicinske tilbud i en national opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. Inden for rammerne af opgavebeskrivelsen samt den regionale sundhedsplanlægning, får sundhedsrådene ansvar for og kompetence til at lede og udvikle de almenmedicinske tilbud i samarbejde med klinikkerne i de almenmedicinske tilbud.

[Find den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud her.](#)

Samarbejde

Som en del af udviklingen af området skal der etableres et tæt samarbejde mellem de almenmedicinske tilbud og sundhedsrådene. Regionen og sundhedsrådene har ansvaret for at skabe en struktur for samarbejdet, hvor dialogen om udviklingen af de almenmedicinske tilbud er rammesat. Det skal blandt andet understøtte et samarbejde på tværs af almenmedicinske tilbud og øvrige sundhedsaktører om sammenhængende patientforløb.

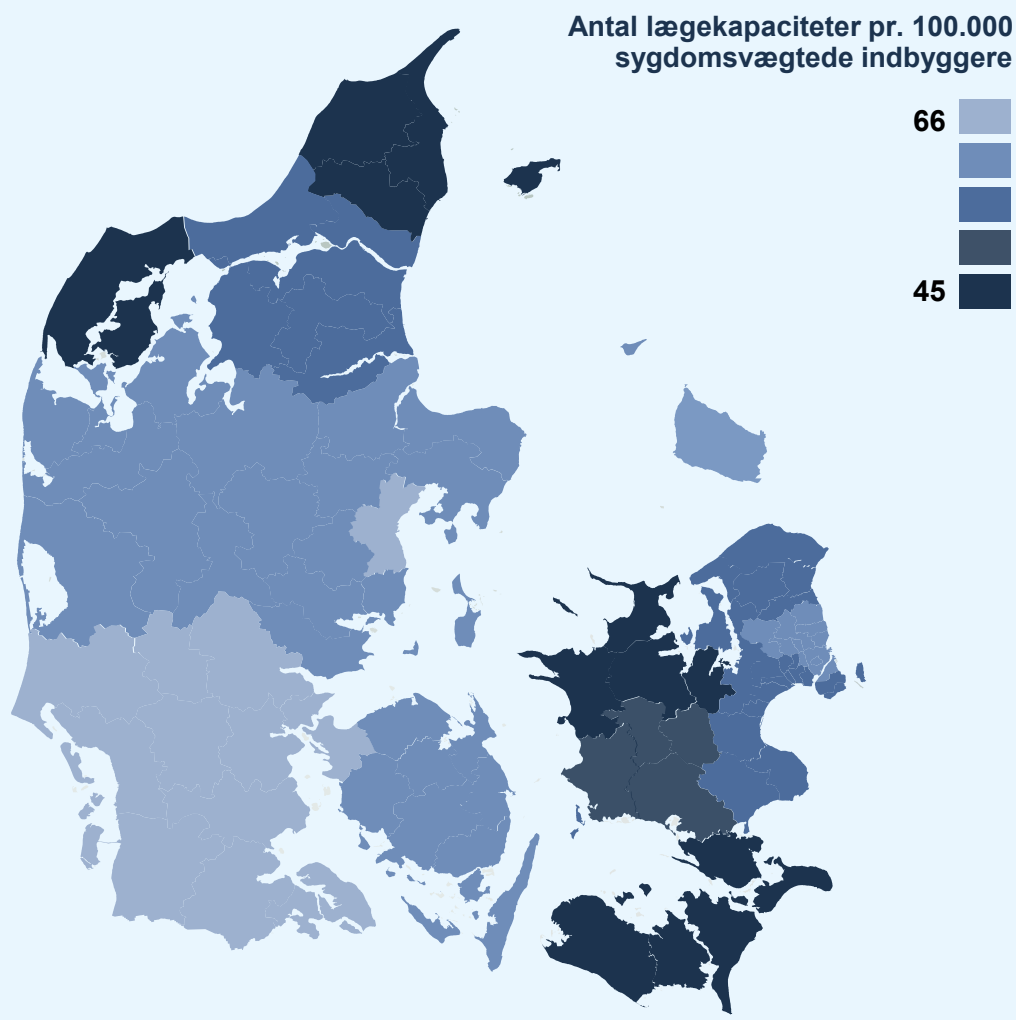
Målsætningen er, at der skal være mindst 5.000 læger i de almenmedicinske tilbud i 2035. Det er en forøgelse på cirka 40 pct.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Aftale om Sundhedsreform". 2024.



Nuværende lægedækning ift. behandlingsbehov

Antallet af lægekapaciteter pr. 100.000 sygdomsvægtede indbyggere er forskelligt på tværs af akuthospitalernes optageområder. Sygdomsvægt er et udtryk for den enkelte indbyggers estimerede behandlingsbehov i almenmedicinske tilbud baseret på køn, alder, kroniske sygdomme og arbejdsmarkedstilknytning. Variation på tværs af kommuner inden for akuthospitalernes optageområder fremgår ikke af figuren.



Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Opgørelsen bygger på data fra 2023".

Borgeres kontakter med sundhedsvæsenets sektorer, 2025

Borgernes kontakt med sundhedsvæsenet illustrerer, hvor borgerne søger eller bliver sendt hen med sundhedsmæssige udfordringer.

For borgere med kontakt til sundhedsvæsenet, angiver boblerne, hvor stor en andel, der har været i kontakt med den eller de specifikke sektorer. Hvis boblerne overlapper, betyder det, at borgerne har haft kontakt med begge eller alle de viste sektorer. Fx ses det i figuren, at det blandt de +80-årige borgere med kontakt til sundhedsvæsenet var 42 pct., der i 2025 havde kontakt til både sygehus, almen praksis og kommune.

Borgere med kronisk sygdom og svære psykiske lidelser med kontakt

Ca. 1,1 mio. borgere



+80-årige borgere med kontakt

Ca. 380.000 borgere



Udviklingsperspektiver for udvikling og styrkelse af de almenmedicinske tilbud



Sikre bedre lægedækning i områder med færre læger

Sundhedsrådene skal planlægge lægekapaciteterne inden for rammerne af den nationale fordelingsmodel og den regionale sundhedsplanlægning. Sundhedsrådene kan i den forbindelse drøfte, hvordan der kan sikres en bedre lægedækning inden for deres geografiske områder med let og lige adgang til almenmedicinske tilbud.

Sundhedsrådene skal desuden fastlægge minimumspatienttallet i klinikkerne med udgangspunkt i patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel og i dialog med klinikkerne.

Hvis en klinik fx har mange behandlingskrævende patienter, så skal lægen have mulighed for et lavere patienttal end læger i klinikker med mange raske patienter med lavt behandlingsbehov.



Understøttelse af egen læges koordinerende funktion

Sundhedsrådene skal tilrettelægge og understøtte rammer, som fremmer udvikling, koordination og samarbejde om patienterne inden for deres myndighedsområde. Rammerne skal understøtte, at de almenmedicinske tilbud, på baggrund af kendskabet til patientens sygdomshistorik, præferencer og samlede situation, skal fungere som koordinatore i komplekse behandlingsforløb.

De almenmedicinske tilbud skal som følge af deres koordinerende rolle for særligt sårbare borgere være tilgængelige for sparring med bl.a. kommuner.



Nye klinikformer

Regionerne - dermed sundhedsrådene - har mulighed for at sammensætte almenmedicinske tilbud med forskellige klinikformer, enten "traditionelle" alment praktiserende læger, udbudsklinikker eller regionsklinikker. Det kan være med til at understøtte nye ansættelsesformer og styrke muligheden for at sikre en bedre lægedækning i områder, hvor det er svært at tiltrække alment praktiserende læger. Nye klinikformer kan endvidere understøtte muligheden for at tilpasse de almenmedicinske tilbud til særlige patientgrupper, hvor målrettede tilbud og indsatser til at sikre lægehjælp til fx sårbare borgere understøttes.



Samarbejde med aktører i de øvrige nære sundhedstilbud

Sundhedsrådene skal understøtte det lokale samarbejde og kan derudover udvikle initiativer, der kan styrke indsatsen for borgere med særlige behov og sikre et sammenhængende behandlingsforløb. Da regionerne har en forpligtelse til at tilvejebringe fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem, sundheds- og omsorgspladser og botilbud, vil det også være en central opgave for sundhedsrådene at sikre fasttilknyttet lægehjælp inden for deres område. Der kan her hentes inspiration fra allerede velfungerende samarbejder med fasttilknyttet lægehjælp på plejehjem og botilbud.

Cases relateret til udvikling og styrkelse af de almenmedicinske tilbud



Almenmedicinske tilbud som bindeled mellem sundhedsaktører

Københavns Kommune har med afsæt i en ambition om at skabe mere sammenhængende og trygge forløb for ældre borgere i eget hjem styrket samarbejdet mellem de almenmedicinske tilbud og kommunalt sundhedspersonale. Kommunen igangsætter i 2026 et pilotprojekt, hvor borgere, der modtager hjemme- eller sygepleje, får mulighed for at blive tilknyttet en fast almenmedicinsk læge, som har en aftale om et tættere samarbejde med kommunens tværfaglige hjemmeplejeteams.

Gennem faste kontaktveje, fælles planlægning og løbende sparring styrkes kontinuiteten i behandlingen omkring borgere, der har komplekse eller langvarige sygdomsforløb. Projektet forventes fx at kunne forebygge indlæggelser og målrette samarbejdet mellem kommune og de almenmedicinske tilbud.

[Læs mere om projektet på Københavns Kommunes hjemmeside her.](#)



Differentierede indsatser i de almenmedicinske tilbud

I Grenaa har en almenmedicinsk klinik med afsæt i en ambition om at reducere social ulighed i sundhed implementeret en tilgang, hvor særligt sårbare patienter identificeres. Lægerne prioriterer flere ressourcer til denne patientgruppe, så der sikres rettidig og tilstrækkelig hjælp til borgere med komplekse, langvarige eller sammensatte problemstillinger, fx psykisk sygdom, multisygdom, handicap eller social udsathed.

Indsatsen understøtter muligheden for differentierede indsatser i det almenmedicinske tilbud, fx ved mulighed for længere konsultationer og i nogle tilfælde hjemmebesøg samt så vidt muligt kontakt til samme læge og sygeplejerske hver gang. Erfaringerne fra Grenaa viser, hvordan en differentieret tilgang i almen praksis kan bruges aktivt som redskab til at reducere ulighed i sundhed.

[Læs mere om indsatsen i denne artikel.](#)



Tema 4

Samspil og potentialer inden for psykiatriområdet

Samspil og potentialer inden for psykiatriområdet

Omkring 80 pct. af befolkningen vil på et tidspunkt i deres liv opleve enten at få udskrevet medicin for psykiske symptomer og/eller at blive behandlet i psykiatrien. Der er stor forskel i forløbenes kompleksitet, og de håndteres af flere forskellige fagligheder og på forskellige måder.

Mange får hjælp ved egen læge eller andre tilbud, men der er også en del, som har behov for mere specialiseret hjælp, og som har forløb på tværs af sektorer. Der er således mennesker med psykiske lidelser, som har behov for hjælp fra både den regionale psykiatri, kommunale forvaltninger og andre instanser, fx almenmedicinske tilbud. Det er mennesker, som ofte er i forløb præget af en høj grad af kompleksitet, og hvor et velfungerende samarbejde mellem forskellige tværsektorielle indsatser er helt centralt. Tilsvarende er der for børn og unge i længerevarende mistrivsel og/eller med psykiske lidelser også et behov for et tæt tværsektorielt samarbejde.

Sundhedsrådene har en central rolle i at sikre bedre, helhedsorienterede og mere sammenhængende indsatser tæt på borgerne samt forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Dette gælder også for mennesker med psykiske lidelser eller i risiko for psykiske lidelser.

Sundhedsrådene skal bl.a. kunne drøfte og udpege relevante samarbejdsområder mv. mellem regionen og kommunerne, som kan danne grundlag for efterfølgende konkrete aftaler mellem sundhedsråd og en eller flere kommuner i et ligeværdigt samarbejde. Ambitionerne fremhæves også i den politiske aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien, hvor sundhedsrådene beskrives som afgørende for at understøtte det tværsektorielle samarbejde.

Som en del af reformaftalen får sundhedsrådene også en vigtig rolle i at sikre, at der er sammenhæng i indsatser til mennesker, der både har psykiske og fysiske sygdomme.

Samspillet mellem socialpsykiatri og den regionale psykiatri

For mennesker med svær psykisk lidelse er det særligt vigtigt, at kommuner og regioner samarbejder på de områder, hvor der er snitflader. Der er snitflader mellem den kommunale socialpsykiatri og den regionale psykiatri. Socialpsykiatrien kan fx tilbyde bostøtte, opsøgende og forebyggende indsatser og midlertidige og længerevarende botilbud samt dag- og beskæftigelsestilbud. Det er kommunerne, der har ansvaret for socialpsykiatrien, hvor opgaven er at støtte mennesker med både lettere og svære psykiske vanskeligheder i at komme sig.

For børn og unge i udsatte positioner er det vigtigt, at kommuner, sociale tilbud, skoleområdet og børne- og ungdomspsykiatrien samarbejder. Sundhedsrådene har en central rolle i at understøtte dette.



En ud af fem voksne med kontakt til psykiatrien modtager også sociale indsatser i kommunen.

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. "Aftale om en samlet 10-årsplan for psykiatrien". 2025.

9 pct. af de psykiatriske patienter ses også i somatikken. Det svarer til mere end 15.000 patienter.



Kilde: Sundhedsdatabanken. "Nøgletal om sundhedsvæsenet". 2024.

Samspil og potentialer inden for psykiatriområdet

Tilbud til mennesker med psykiske lidelser på tværs af centrale aktører

Indsatser ved egen læge eller praktiserende psykolog, fx:

- Udredning
- Farmakologisk behandling
- Samtaleterapi
- Opfølgning og medicinjustering
- Somatiske undersøgelser
- Psykologbehandling

Indsatser på sygehus eller ved praktiserende speciallæge, fx:

- Udredning
- Farmakologisk og non-farmakologisk behandling (fx psykoedukation, psykoterapi, kropsterapi, miljøterapi m.v.)
- Akut behandling
- Ambulant behandling, herunder udgående teams, telepsykiatriske tilbud og dagbehandling
- Sengeafsnit (åbne og lukkede afsnit)

Indsatser i kommunen, fx:

Indsatser til børn, unge og familier, fx familierådgivning/ behandling, pædagogisk psykologisk rådgivning og indsats (PPR), åben rådgivning, sundhedspleje, lettilgængelige tilbud m.v.

Sundhedsfaglige indsatser, fx mental sundhedsfremme, mestringsforløb, kommunal sygepleje m.v.

Beskæftigelsesrettede indsatser, fx virksomhedspraktik, vejlednings- og opkvalificeringsforløb, tværfaglige indsatser til sygemeldte og ledige m.v.

Sociale indsatser til voksne, herunder socialpsykiatrien, fx aktivitets- og samværstilbud, støttekontaktpersonsordning, døgntilbud (fx botilbud), bostøtte, akuttilbud m.v.

Indsatser i civilsamfundet, fx patientforeninger samt idræts- og foreningsliv

Udviklingsperspektiver for samspil og potentialer inden for psykiatriområdet

Der er flere tiltag i bl.a. 10-årsplanen for psykiatri og i sundhedsreformen, som involverer og kræver et tæt velfungerende samarbejde mellem sektorer, og som sundhedsrådene kan følge og drøfte. Det er indsatser om fx:



Samarbejde omkring udskrivninger fra psykiatrisk indlæggelse og fra retspsykiatrien samt om udvidet 96-timers behandlingsansvar. Sundhedsrådene kan fx drøfte regionens understøttelse af og samspil med personale i socialpsykiatrien.



Udgående teams fra den regionale psykiatri, herunder F-ACT, OPUS og botilbudsteams (i borgerens eget hjem og på bosteder). F-ACT og OPUS er udgående tværfaglige indsatser, der yder støtte og behandling til mennesker med alvorlig psykisk sygdom og unge med debuterende psykoselidelser. Der kan i regi af sundhedsrådene være drøftelser af behov for aftaler mellem sundhedsråd og kommuner, opfølgning mv.



Samspil mellem kommunale og regionale tilbud. Der kan i sundhedsrådene være drøftelser om, hvordan regionerne bedst muligt understøtter de kommunale tilbud, om indgåelse af aftaler med de enkelte kommuner samt behovsafløsning af kompetenceudvikling og supervision fra den regionale psykiatri.



Styrket behandling af voksne, børn og unge med psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik. Her kan fx være drøftelser om det integrerede regionale behandlingstilbud til voksne, samarbejde mellem psykiatri og rusmiddelcentre samt drøftelser om data, samarbejde og udvikling af tilbud til målgruppen.

Cases relateret til samspil og potentialer inden for psykiatriområdet



Bakkehuset - et tværsektorielt samarbejde

Bakkehuset i Roskilde er en tværsektoriel enhed, som er forankret i Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Sjælland. Bakkehuset forebygger akutte indlæggelser hos børn og unge med psykiske vanskeligheder, skaber øget sammenhæng i forløb og koordinerer mellem sektorerne. Der modtages børn og unge fra hele Region Sjælland. Udover medarbejdere fra børne- og ungdomspsykiatrien er der også ansat kommunale socialrådgivere.

I Bakkehuset bliver de børn, unge og deres familier, der har henvendt sig i en psykiatrisk akutmodtagelse, men som ikke har brug for en akut indlæggelse, tilbudt behandling og en koordineret tværsektoriel indsats. Der er desuden et ambulante tilbud til børn og unge, som har forsøgt at begå selvmord eller har selvmordstanker, men som ellers ikke har behov for psykiatrisk behandling.

[Læs mere om Bakkehuset.](#)



Styrket tværsektoriel indsats for børn og unges mentale sundhed

I det lettilgængelige tilbud STIME (Styrket Tværsektoriel Indsats for børn og unges Mentale sundhed) samarbejder kommuner og regioner i en nationalt udbredt indsats. Indsatsen er et af de lettilgængelige behandlingstilbud til børn og unge i mistrivsel, som kommunerne med afsæt i 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed fra 2022 har etableret.

Tilbuddene skal sikre tidlig og ensartet støtte til børn, unge og deres familier og samtidig reducere behovet for henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien.

Det er et centralt element i det lettilgængelige tilbud, at behandlingsansvaret ligger hos kommunerne, og at børn og unge ikke skal visiteres til hjælpen. Dette sikrer, at hjælpen kan gives tæt på hverdagslivet, og at der kan sættes ind, inden den psykiske mistrivsel udvikler sig. Regionerne har til opgave at samarbejde med kommunen mhp. at rådgive, supervisere og tilbyde undervisning og opkvalificering til det kommunale fagpersonale.

[Læs mere på KL's hjemmeside her.](#)



Tema 5

Samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund

Samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund

Det tætte samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund er afgørende

Med sundhedsreformen er der skabt nye organisatoriske rammer, som skal understøtte, at borgere og patienter oplever et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen. For at disse rammer får reel betydning i praksis, er det vigtigt, at sundhedsrådene inddrager patienter og pårørende systematisk og meningsfuldt.

Erfaring viser, at indsatser, der udvikles med inddragelse af og i samarbejde med patienter og pårørende i højere grad opleves relevante, idet brugerperspektivet tilfører viden om behov, lokale forhold og praksisnære løsninger, som kan være vanskelige at udlede alene ud fra data og de fagprofessionelles perspektiver¹.

Civilsamfundet er det fællesskab, der skabes, når mennesker går sammen i foreninger, netværk og organisationer for at gøre en forskel. Det er uden for statens styring og markedets logik, drevet af frivillighed og ønsket om at fremme fælles værdier og interesser.

Civilsamfundet er allerede et vigtigt supplement til sundhedsindsatser og anses som en vigtig samarbejdspart i det etablerede sundhedsvæsen. Gennem tilknytning til det nære miljø og sociale arenaer har civilsamfundsaktører gode forudsætninger for at skabe kontakt til borgere, som det etablerede sundhedsvæsen har udfordringer med at nå. Det gælder særligt borgere i sårbare og udsatte positioner.

Perspektivet er således at skabe indsatser, der er meningsfulde for borgerne i deres omgivelser, samtidig med at civilsamfundet er en vigtig ressource for sundhedsvæsenets udvikling af nære tilbud. Det forudsætter, at sundhedsvæsenets parter rækker hånden ud til civilsamfundet og tilbyder samarbejde om kvalitetsudvikling samt etablerer klare rammer, der kan understøtte et styrket samarbejde mellem civilsamfund og sundhedsvæsen samt øvrige kommunale velfærdsområder.

Nye patient- og pårørendeudvalg

Som led i sundhedsreformen etableres den 1. januar 2027 et patient- og pårørendeudvalg for hvert af de 17 sundhedsråd. Udvalgene skal fungere som en fast ramme for dialog og understøtte en systematisk inddragelse af patienters og pårørendes perspektiver i sundhedsrådenes beslutninger, herunder i udarbejdelsen af nærsundhedsplaner.

Inddragelse af patienter og pårørende bidrager til at udvikle og tilpasse sundhedstilbud og tværsektorielt samarbejde, så de i højere grad imødekommer borgernes behov, erfaringer og forudsætninger.

Sundhedsråd og patient- og pårørendeudvalgene skal derfor sikre, at disse perspektiver inddrages på en struktureret og meningsfuld måde i sundhedsrådenes arbejde.

I 2024 arbejdede 26 pct. af de +75-årige ugentligt frivilligt. Blandt hele den voksne befolkning var det 14 pct., der ugentligt arbejdede frivilligt, og for de 65-74-årige var denne andel 18 pct.

Kilde: Danmarks Statistik. "Hver femte ældre arbejder ugentligt frivilligt". 2025.



Udviklingsperspektiver for samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund



Patient- og pårørendeinddragelse

Sundhedsrådene skal bidrage til at sikre en reel dialog mellem sundhedsrådene og patient- og pårørenderepræsentanterne. Det er en opgave, som "rækker ud over" den formelle høring i beslutningsprocessen. Sundhedsrådene har derfor en opgave med at sikre, at patient- og pårørendeperspektivet inddrages både rettidigt og på en relevant måde i beslutningsprocessen, så perspektiverne reelt kan være med til at forme beslutningerne i sundhedsrådene.

Sundhedsrådene kan i den forbindelse fx drøfte, hvordan patient- og pårørendeperspektivet løbende og systematisk kan bringes ind i relevante undersøgelser, analyser og udviklingsarbejde.



Samarbejde med civilsamfundet

Understøttelse og videreudvikling af samarbejder med civilsamfundsaktører kan både bidrage til at skabe relevante og nære tilbud til borgere og patienter og bidrage til sundhedsvæsenets opgaveløsning. Sundhedsrådene kan i den forbindelse være afsøgende på, om der inden for sundhedsrådets eget område er potentialer ved at indgå nye samarbejder med civilsamfundsaktører. Det kan fx være med boligforeninger, som ofte har en stærk forankring i nogle af de lokalområder, hvor behovene er størst.

I den forbindelse har sundhedsrådene med den kommunale repræsentation gode forudsætninger for at skabe et endnu stærkere samarbejde med kommunerne, som ofte allerede har god og lokal kontakt med civilsamfundsaktører såsom idrætsforeninger samt erfaring med både brobygning til og opdyrkning af civile fællesskaber.

Cases relateret til samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund



Patient- og pårørendepanel

Amager og Hvidovre Hospital har ud fra en ambition om at styrke patient- og pårørendeperspektivet i forandringsarbejdet etableret fast sparring med et patient- og pårørendepanel. Panelet består af 30-40 patienter og pårørende, som repræsenterer forskellige patientforløb på tværs af alder, køn, diagnose og etnicitet.

Repræsentanterne bidrager med brugerperspektiver på udviklingsarbejdet på hospitalet samt om sammenhængen til almenmedicinske tilbud, kommuner og øvrige samarbejdspartnere.

Casen er et eksempel på én type af brugerpanel. Der findes en lang række øvrige organiseringer, som inddrager brugerne, fx ungepaneler.

[Læs mere på Amager og Hvidovre Hospitals hjemmeside.](#)



Sundhedsindsats for mænd med prostatakræft

FC Prostata i Aalborg er et civilsamfundsaseret sundhedstilbud, der anvender motionsfodbold som ramme for rehabilitering og sundhedsfremme blandt mænd med prostatakræft. Initiativet er forankret på Aalborg Universitetshospital og i lokale miljøer og tager udgangspunkt i fællesskab, motivation og meningsfuld aktivitet frem for sygdom og behandling.

Deltagerne mødes til ugentlig fodboldtræning i trygge, uformelle rammer med ligesindede, hvilket mindsker oplevelsen af stigmatisering og øger engagementet sammenlignet med traditionelle rehabiliteringstilbud. Indsatsen er organiseret i samarbejde mellem idrætsforeninger, patientorganisationer og sundhedsaktører og drives af frivillige kræfter.

Initiativet findes også i andre landsdele.

[Læs mere om FC Prostata på DBU's hjemmeside.](#)

Cases relateret til samarbejde med patienter, pårørende og civilsamfund



Civilsamfundet som brobygger mellem patienter og sundhedsvæsenet

Frederiksberg Kommune og Ældre Sagen har etableret et velfærdsteknologikorps for seniorer, hvor civilsamfundets frivillige hjælper ældre til at blive fortrolige med digitale løsninger, velfærdsteknologi og relevante hjælpemidler i hjemmet.

Ud over individuel vejledning tilbyder korpset offentlige informationsevents, hvor myndigheder, private aktører og organisationer præsenterer velfærdsteknologiske løsninger for seniorer.

Indsatsen skal fremme tryghed og sikre adgang til telemedicinske muligheder for ældre borgere, så sundhedsvæsenets nære indsatser når ud til alle borgere. Tilbuddet understøttes af frivillige fra Ældre Sagen.

[Læs mere på Frederiksberg Kommunes hjemmeside.](#)



Tværgående partnerskab til forebyggelse af type 2-diabetes i Tingbjerg

Med det formål at forebygge type 2-diabetes og styrke sundhed blandt borgere i Tingbjerg, har Steno Diabetes Center Copenhagen, lokale partnere og foreninger, Københavns Kommune, civilsamfundsaktører mv. indgået et lokalt, tværgående partnerskab.

Bl.a. indgår lokale boligorganisationer som lokale partnere, der bidrager til at sikre rammerne for fællesskaber og indsatser i lokalområdet.

Efter indsatsen er forekomsten af type 2-diabetes blandt Tingbjergs borgere nu på niveau med resten af Danmark, hvorimod den før indsatsen var dobbelt så høj.

[Læs mere om Tingbjerg Changing Diabetes.](#)

