

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

reHPA.dk

Palliation i reformernes tid

Ane Bonnerup Vind, Videncenterchef
12. marts 2026

REHPA

- Nationalt videncenter for rehabilitering og palliation



VIDEN SOM KAN ANVENDES I PRAKSIS
VIDEN SOM KAN PRÆGE BESLUTNINGER

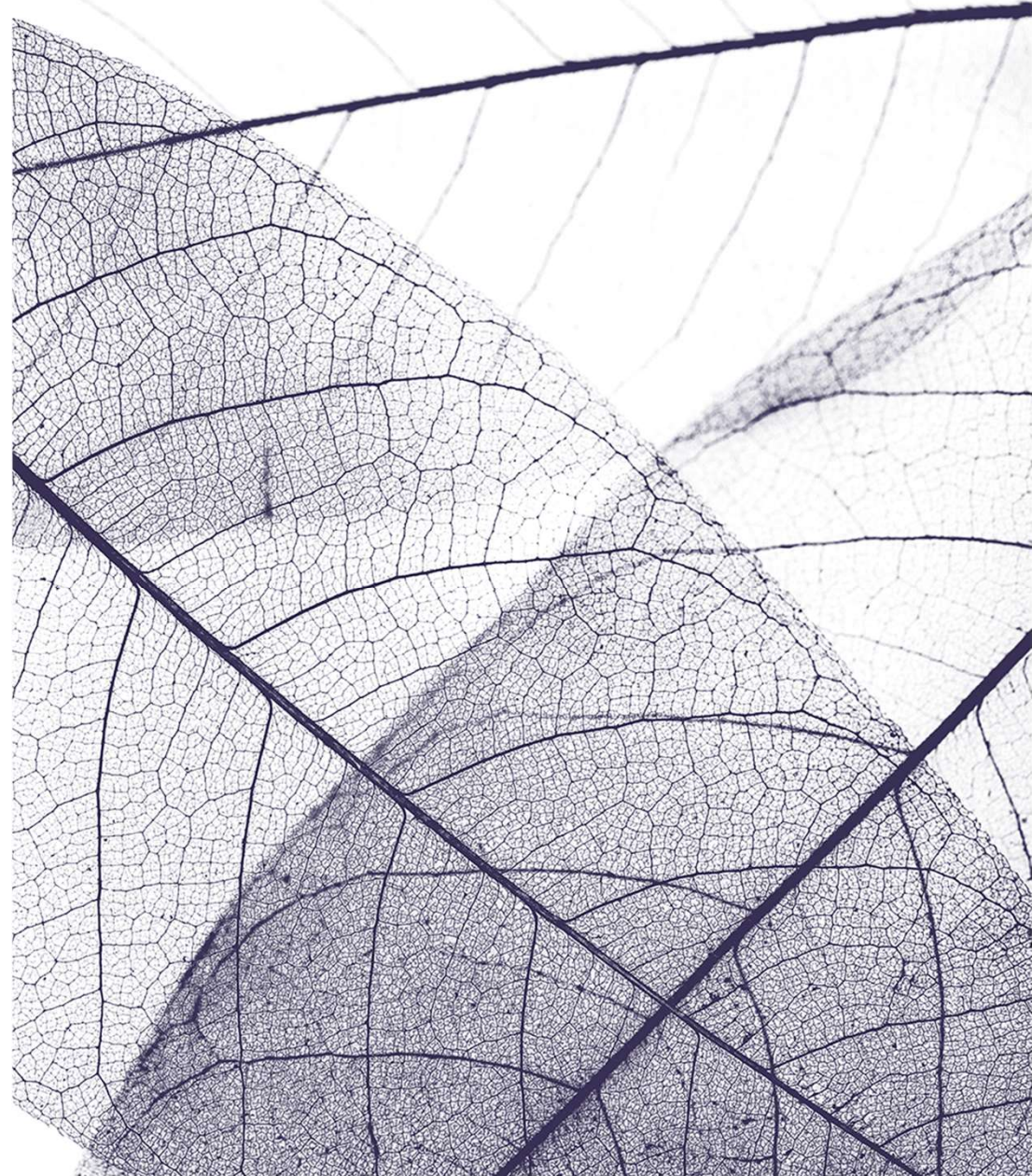
- > at beslutningstagere kan træffe oplyste og kvalificerede beslutninger om rammer for og organisering af rehabilitering, palliation og koordinering heraf.

Program

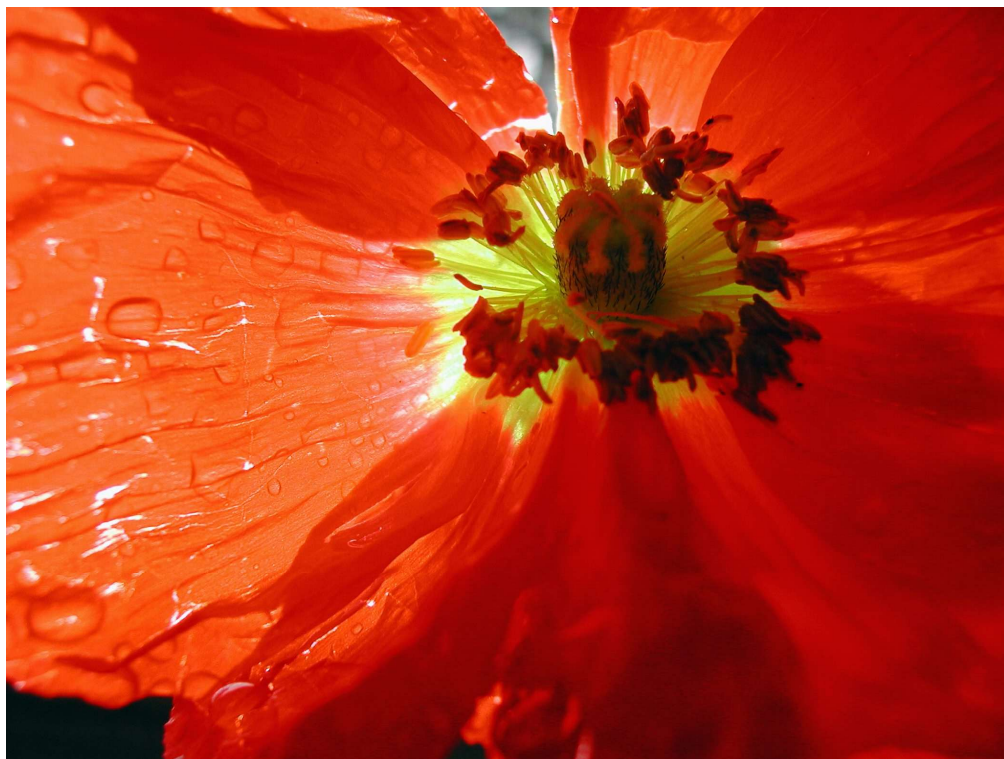
Palliation i relation til

- Robusthedskommission
- Sundhedsstrukturkommission
- Sundhedsreform – de enkelte elementer
- Kræftplan V – de enkelte elementer
- Ældrereformen

- Men først lidt om udfordringer og viden vi står på



Udvalgte udfordringer



- Tilgængelighed for forskellige målgrupper
- Systematik – redskaber og samtaler
- Kompetencer og adgang til kompetenceudvikling
- Rådgivning
- Adgang til udstyr og medicin i hjemmet
- Palliation går på tværs – rammer for samarbejde
- Kapacitet og rettidighed
- Data om aktivitet og kvalitet på basalt niveau

- Og sikkert meget andet..

Kommunal palliation (2019)



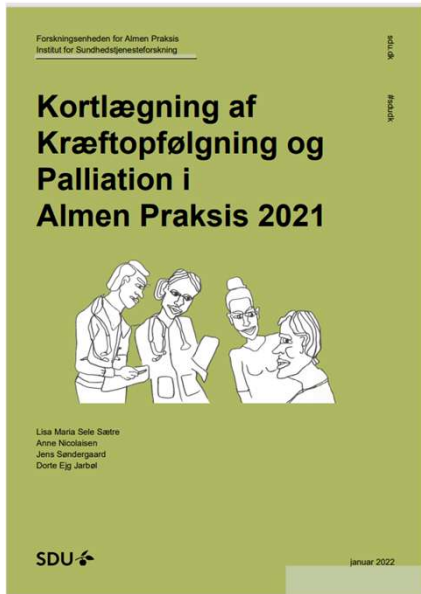
- **Målgruppe:** Bred målgruppe – ekstra indsatser hos særligt sårbare
Halvdelen anvender metoder og redskaber – men ønsker og behov afdækkes ift genoplivning, indlæggelse mv
- **Kompetencer:** Halvdelen af enheder har personale med palliativ efter-/videreuddannelse – et flertal af enheder tilbyder kompetenceudvikling
- **Samarbejde:** Samarbejde (bredt) med almen praksis/plejehjemslæge, primært skriftligt og telefonisk med sygehus, og primært med teams ift SPI
- **Rådgivning:** Mindre end halvdelen har mulighed for palliativ rådgivning – de som har primært fra teams og andet; kommunale palliative sygeplejersker, kommunale akutteam og akutsygeplejersker

Basal palliation på sygehus (2023)



- Målgruppe:** Kræft, men også øvrige, >80 % til døende, kun 40 % tidligere i forløb. Der tages stilling til beh.niveau. Varierende brug af redskaber, obs systematik
- Kompetencer:** Blandt afdelinger, som har prioriteret ressourcer til palliation (50 %) har 82 % givet kompetenceløft; undervisning, sparring og supervision, primært til læger og sygeplejersker
- Samarbejde:** Beh. niveau kommunikeres ikke konsekvent. Kontakt som for øvrige patienter.
- Rådgivning:** Varierende mulighed for sparring med SPI over døgnet

Palliation (kræft) i almen praksis (2021)



- Palliative forløb:

Meget ofte/ofte dialog om mulighed for hjælp og fast kontaktperson

Meget ofte/ofte hjemmebesøg og involvering af pårørende

- Terminale forløb:

Meget høj/høj oplevelse af at være kvalificeret til behandling af smerter

Ikke så høj forekomst af udlevering af privat telefonnr – bliver ikke misbrugt

Ikke så høj forekomst af opfølgning med pårørende – særligt hvis ikke i egen praksis

Ofte kontakt til hjemmesygeplejerske, jævnligt til palliativt team

(Sætre, L. M. S., Nicolaisen, A., Søndergaard, J., & Jarbøl, D. E. (2022). Kræftopfølgning og Palliation i Almen Praksis 2021.)

Specialiseret palliativ indsats (2019)



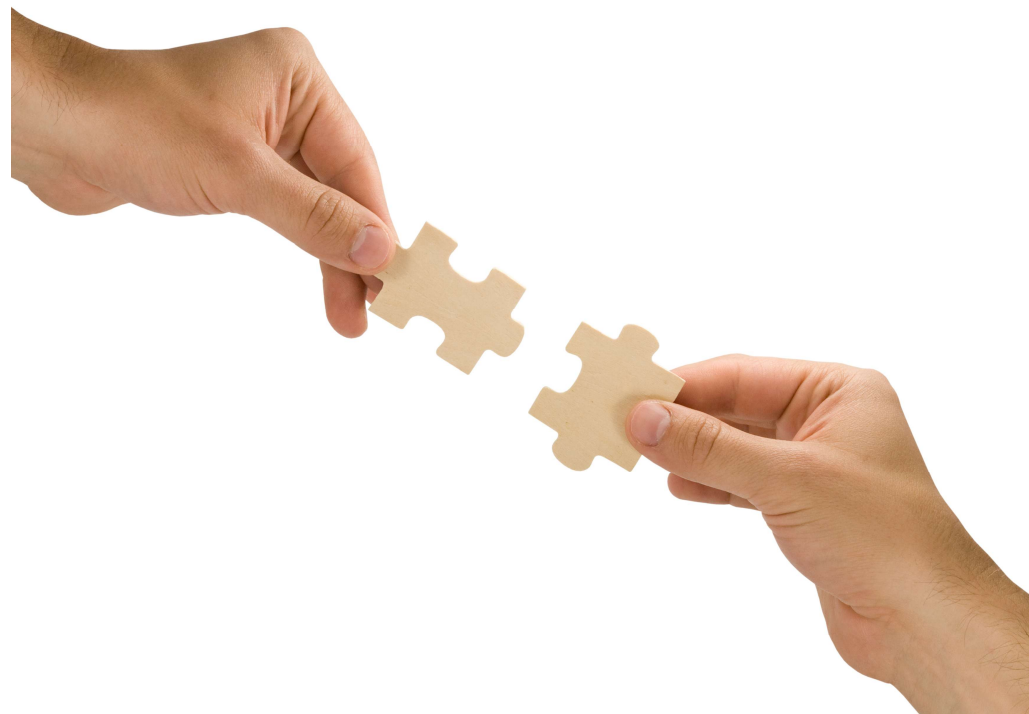
- Målgruppe: Kompleksitet som ultimativt krav hos ca. halvdelen af enheder, ovevejende komplekse behov hos øvrige
SPI-databasen 2024: 45 % kræft, 3% øvrige sygdomme
- Rådgivning/sparring: Mulig i de fleste enheder til læger/sygeplejersker, dagtid/døgn
- Kompetencer: Alle eller flertallet af sygeplejersker i SPI har efter/videreuddannelse i palliation, 40 % af læger har fagområdeuddannelse

[dansk-palliativ-database-dpd-aarsrapport-2024-offentliggjort-version-20250630.pdf](#)

Reformerne rammer – løsning på udfordringerne?

Palliation i relation til

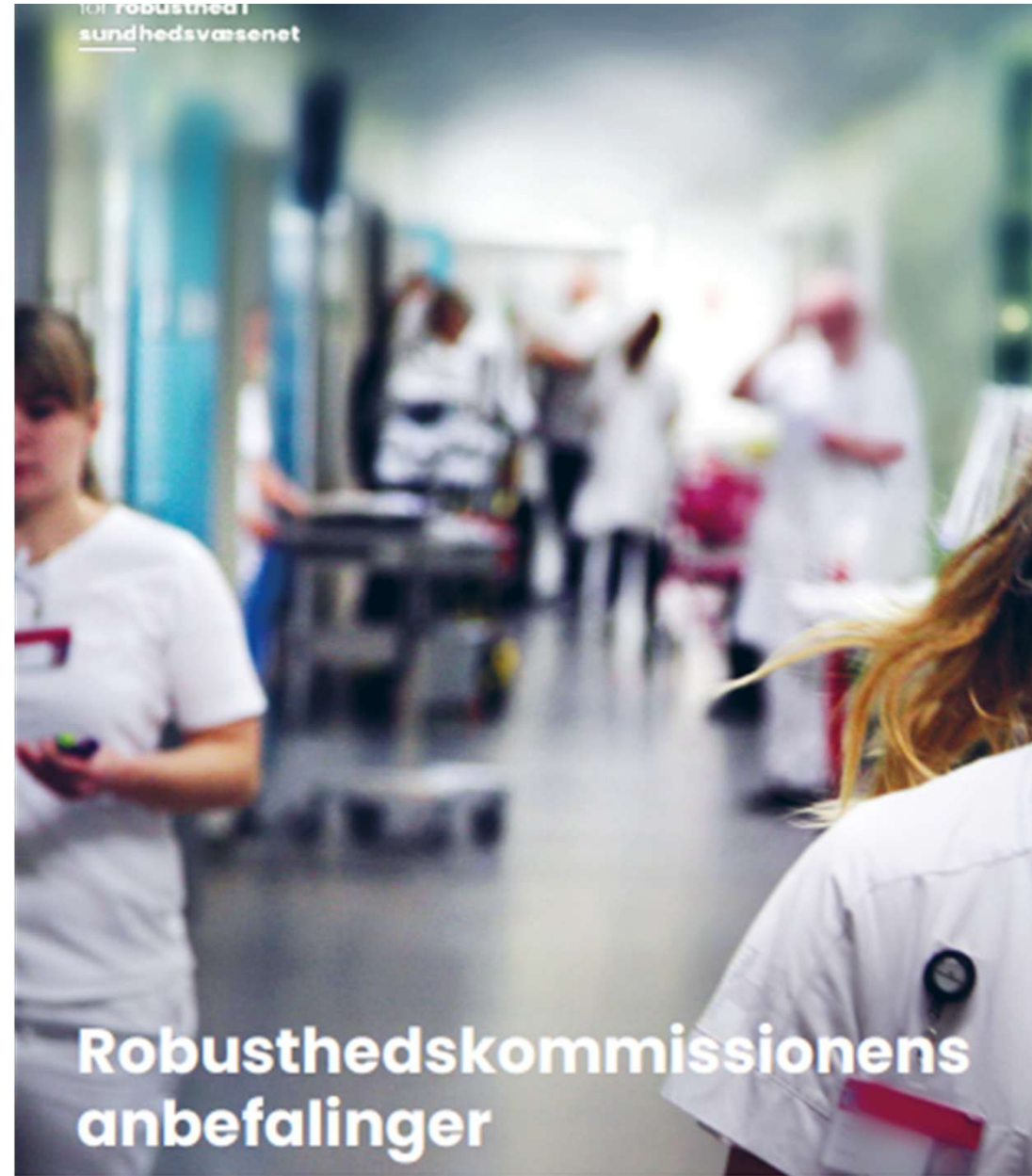
- Robusthedskommission
- Sundhedsstrukturkommission
- Sundhedsreform – de enkelte elementer
- Kræftplan V – de enkelte elementer
- Ældreformen



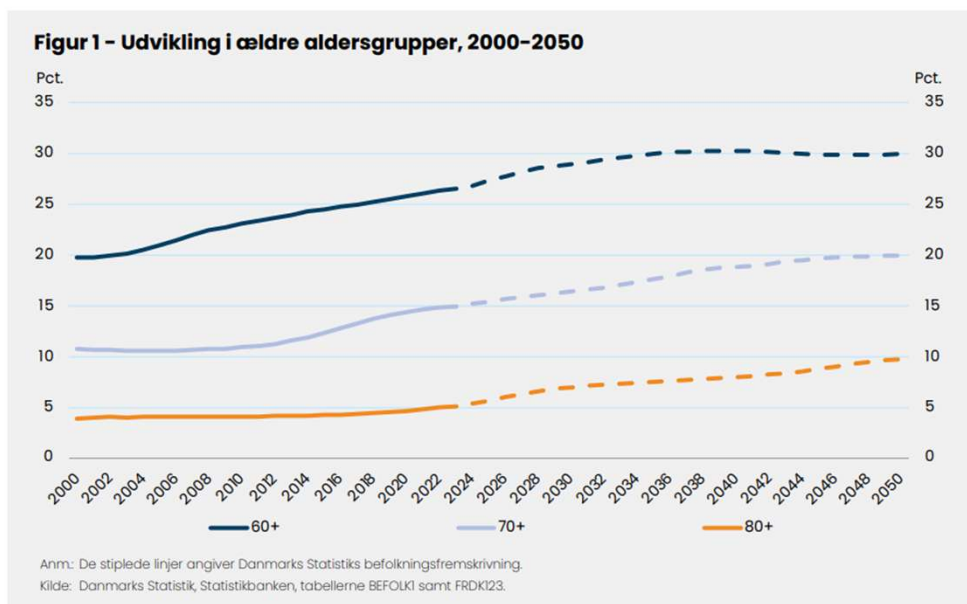
Robusthed

- September 2023
- Temaer:
 - Stærkere prioritering og klogere opgaveløsning
 - Attraktive arbejdspladser og tid til kerneopgaven
 - Rette kompetencer og faglig fleksibilitet

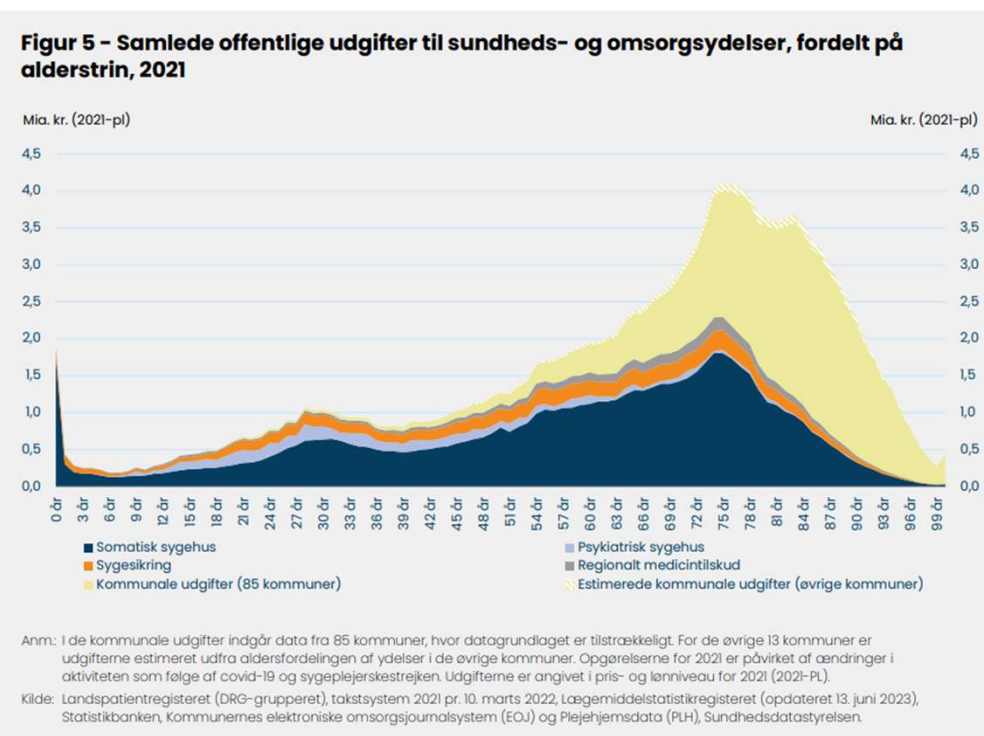
Robusthedskommissionens anbefalinger – September 2023



Den demografiske udfordring

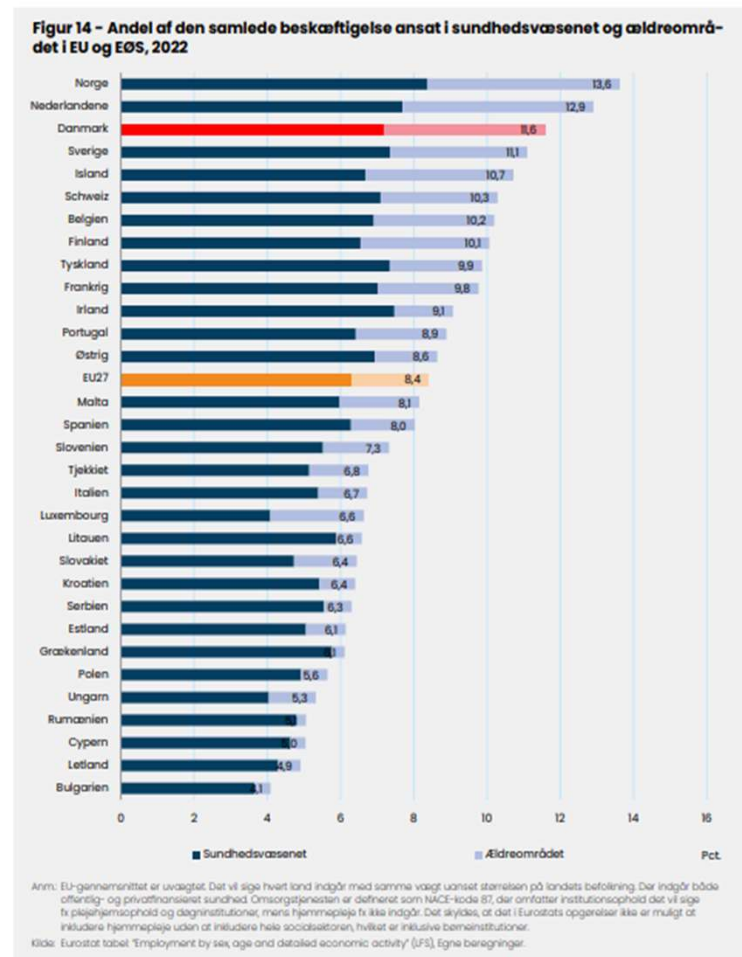
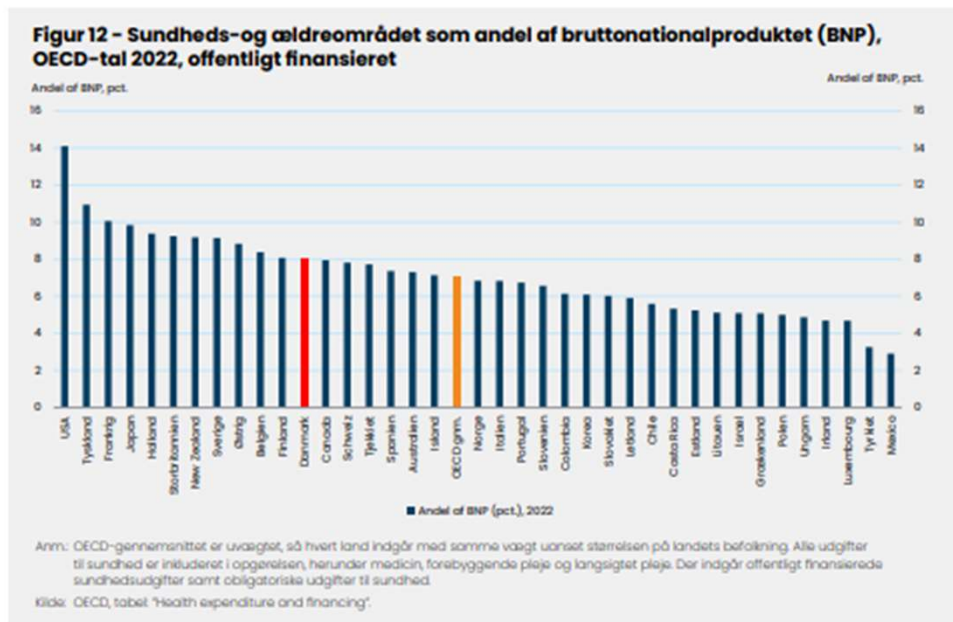


Figur 2 viser, at der forventes en markant ændring i befolkningens alderssammensætning, så der frem mod 2050 kommer lidt flere børn og markant flere ældre, samtidig med at der kommer færre mellem 25 og 40 år og mellem 55 og 70 år, da den antalsmæssigt store efterkrigstidsgeneration ældes, og deres børn får børn.



Robusthed

- Præmis: vi kan ikke optage en uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken



Udvalgte anbefalinger

- **Nr. 2 Uhensigtsmæssig behandling skal nedbringes gennem stærkere faglig prioritering**

- **Eksempel: Vælg Klogt**



Vælg Klogt anbefaler, at man undgår, at patienter med livstruende sygdom oplever unødigt lidelse ved at sikre tidlig og systematisk vurdering af deres palliative behov.

Nr. 6 Der skal indføres et fælles princip om ”digitalt og teknologisk først”

Nr. 12 Stillinger og karriereveje skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde

Nr. 20 Mere strategisk og langsigtet styring af udbud af de sundhedsfaglige uddannelser skal sikres

Noget har fundet ind i følgende reformer

Sundhedsstrukturkommissionen

- Forarbejde til Sundhedsreformen 2024
- 420 sider – palliation ikke nævnt
- Tre pejlemærker:
 - Sundhed for de mange
 - Lige adgang til sundhed
 - Differentierede indsatser

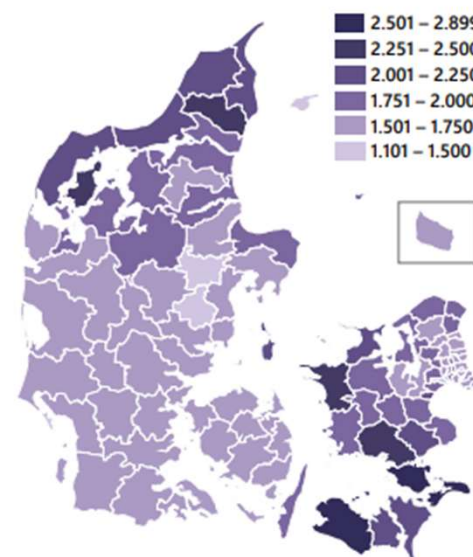


Centrale pointer/anbefalinger

- Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud
 - Nationalt fastsat opgavebeskrivelse
 - Differentierede patientnormer
- Ny organisering af digitalisering og data
- Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet
 - National sundhedsplan – og lokale
 - Omfordeling fra sekundært til primært sundhedsvæsen
 - Kvalitetsstandarder i det nære – på tværs
- Forskellige forslag til opgavesamling....

Figur 9.1

Det gennemsnitlige antal sygdomsvægtede borgere pr. lægekapa-
citet (gennemsnit på tværs af ydernumre i kommunerne), 2023



Sundhedsreform 2024 og forårsaftale 2025

- Den største reform af sundhedsvæsenet siden strukturreformen i 2004
- Bred politisk aftale – og opfølgende aftale om implementering mellem Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner
- Vi ser på forskellige initiativer fra reformen og den efterfølgende aftale

The image shows the cover of a document titled "AFTALE OM SUNDHEDS-REFORM 2024". The cover has a dark blue background with a light blue rectangular area in the upper center containing the title in white and dark blue text. Below the title, there is a white rectangular area containing the text of the agreement. At the bottom left of the cover, there is a logo for the Ministry of Health (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) featuring a crown and the text "INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET".

**AFTALE OM
SUNDHEDS-
REFORM 2024**

Regeringen
Danske Regioner
KL

25. maj 2025

Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreformen

I. Indledning

Aftale om sundhedsreform 2024 af 15. november 2024 lægger fundamentet for, at det danske sundhedsvæsen også i fremtiden skal være blandt de bedste. Reformen indebærer den største og vigtigste ændring af sundhedsvæsenet siden aftalen om kommunalreformen i 2004. Gennem de sidste årtier har især den specialiserede behandling på sygehusene været igennem en positiv udvikling. Mange ting er lykkedes godt, og det skal fastholdes. Men sundhedsvæsenet er samtidig under et stigende pres.

Den demografiske udvikling med flere ældre og færre i den arbejdsdygtige alder betyder, at flere får behov for pleje og behandling, og at der vil mangle medarbejdere i sundhedsvæsenet, hvis vi ikke ændrer måden, vi gør tingene på. Samtidig er forskellene i borgernes adgang til god sundhedsbehandling blevet for store på tværs af landet. Derfor skal sundhedsvæsenet omstilles, så det kan klare fremtidens udfordringer.

Fåere opgaver og mere behandling skal foregå tættere på borgerne og uden for sygehusene. Det akutmædicinske tilbud skal udbygges og i højere grad tage ansvar for patientens samlede forløb. Sygehusene skal have en mere udadvendt rolle og støtte resten af sundhedsvæsenet, og ressourcerne skal fordeles bedre på tværs af landet, så borgerne har bedre adgang til sundhedsvæsenet, tæt på hvor de bor.

Regeringen, KL og Danske Regioner ønsker at skabe et stærkt, sammenhængende og balanceret sundhedsvæsen. Vi skal sammen omstille og forandre vores sundhedsvæsen for at gøre det bedre og rykke det tættere på borgerne.

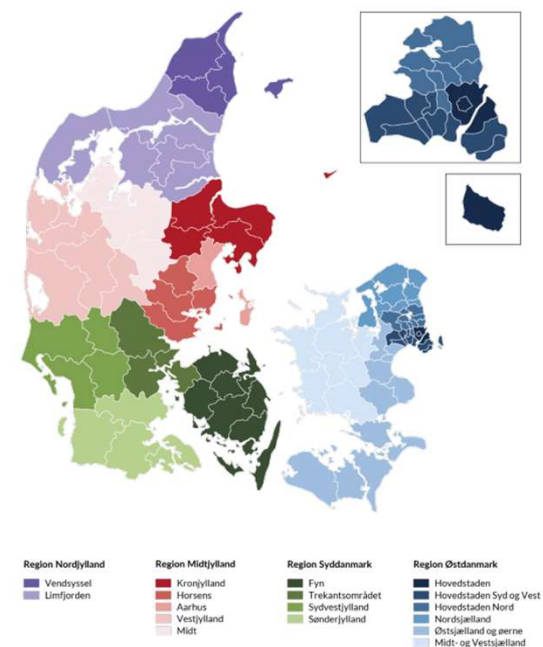
Denne aftale udgør den første aftale mellem regeringen, Danske Regioner og KL om den samlede implementering af sundhedsreformen samt udmøntningen af en række konkrete initiativer. Regioner og kommuner spiller en afgørende rolle i udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Med reformen skabes en stærk opgavefordeling og grundlaget for et godt samarbejde mellem kommuner, regioner og stat om udviklingen af et stærkere sundhedsvæsen. Regeringen, Danske Regioner og KL ser frem til de kommende års tætte samarbejde om at omsætte reformens visioner til konkrete resultater til gavn for borgere og patienter.

1

Generelle nyheder – (af relevans her)

- 4 regioner og 17 sundhedsråd
- National sundhedsplan
- Regional sundhedsplan og **nærsundhedsplan**
- **Akutsygepleje**, specialiseret rehabilitering, **sundheds- og omsorgspladser** og patientrettet forebyggelse til regioner/sundhedsråd
- Opgavebeskrivelse for **almen medicin**
- Forskning i primær sektor, og ikke-læge phd'er (1/3 i 2026)
- Kronikerpakker - **differentiering**

Aftalebilag 2: 17 sundhedsråd



Styrkelse af basal palliation og kommunal sygepleje og specialiseret palliation

- Forbedret (basal) palliativ behandling, pleje og omsorg
 - Styrkelse af den almene sygepleje i kommunerne samt **nye tværgående kvalitetsstandarder** for basale palliative indsatser
- Styrket specialiseret palliativ indsats
 - fx udgående palliative teams eller udgående hospiceteams
 - Konkret udmøntning i Sundhedsråd



Hvad kan og hvad kan en kvalitetsstandard ikke?

Kvalitetsstandarder

- Del af kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen
- Ensartet kvalitet
- Forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger til kommunale og regionale myndigheder
 - 1) Målgruppe
 - 2) Faglige indsatser og tilrettelæggelse, herunder tilgængelighed, kapacitet og organisering
 - 3) Kompetencer og uddannelse samt vedligehold heraf
 - 4) Udstyr
 - 5) Kvalitetssikring og registrering
 - 6) Monitorering
 - 7) Samarbejde mellem sektorer og med andre aktører
 - 8) Myndighedsansvar
 - 9) Rådgivning

Ekstra økonomi går til kravene!



Lovtidende A

2023

Udgivet den 1. juli 2023

21. juni 2023.

Nr. 1015.

Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder

I medfør af § 118 b i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1011 af 17. juni 2023, fastsættes:

Formål og begreber

§ 1. Kvalitetsstandarder skal understøtte en mere ensartet kvalitet i sundhedsindsatser på tværs af landet, som led i den nationale kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen.

Stk. 2. Kvalitetsstandarder skal fastsætte forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger til indsatserne gældende for de kommunale og regionale myndigheder, som varetager indsatserne.

Kvalitetsstandarder og rådgivning

§ 2. Sundhedsstyrelsen udarbejder efter bemyndigelse og

§ 4. Sundhedsstyrelsen udarbejder kvalitetsstandarder med inddragelse af relevante aktører, jf. §§ 2 og 3, der definerer, beskriver og indeholder krav og anbefalinger til den pågældende indsats. Dette kan bl.a. omfatte følgende:

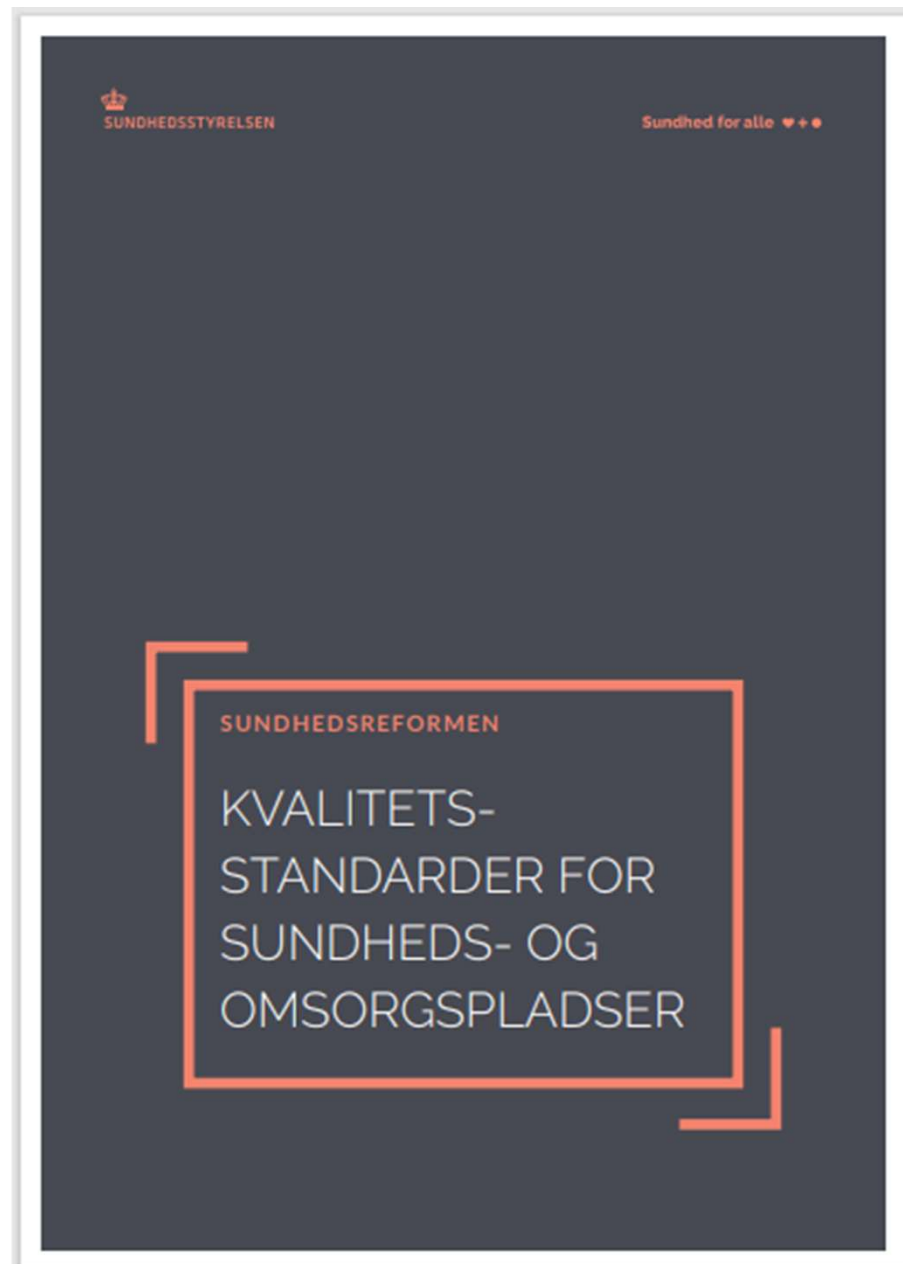
- 1) Målgruppe.
- 2) Faglige indsatser og tilrettelæggelse, herunder tilgængelighed, kapacitet og organisering.
- 3) Kompetencer og uddannelse samt vedligehold heraf.
- 4) Udstyr.
- 5) Kvalitetssikring og registrering.
- 6) Monitorering.
- 7) Samarbejde mellem sektorer og med andre aktører.
- 8) Myndighedsansvar.
- 9) Rådgivning.

Regionale sundheds- og omsorgspladser

- Midlertidigt ophold – kan ikke varetages i hjemmet
- Forebyggende eller efter indlæggelse
- Forbedre, vedligeholde funktionsevne – rehabiliterende sigte

- Alene behov for basale palliative indsatser ikke i målgruppen men –
- Hvis samtidig behov for andre indsatser der tilbydes på pladserne, fx sundhedsfaglig observation og lægefaglige kompetencer kan det være omfattet

- Ca. 75% af nuværende pladser i kommuner flyttes
- Styrket tværfaglighed



Økonomi i Sundhedsreform – mio.kr.

Initiativ	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Kvalitetsstandard – kommunal sygepleje og basal palliation			250	250	250	250
Regionale sundheds- og omsorgspladser*		3	654	789	789	809
Specialiseret palliativ indsats			20	20	20	40
*Ikke til palliation som sådan						

Ramme om midlerne til det nære – og dermed loft over økonomi på sygehuse

Kort drøftelse og spørgsmål

- hvad betyder sundhedsreformen for mig og palliationen?



Kræftplan 5

- Stort fokus på rehabilitering og palliation
- Tryghed og lindring i rette tid:
 - Kapacitet og kompetencer i basal palliativ indsats i kommuner og regioner
 - Midler til SPI – udgående hospice- eller palliative teams, hospicepladser
 - Revision af visitationskriterier til SPI
 - Døgndækket palliativ rådgivning
 - Udbrede brugen af telepalliation

Økonomi

Mio. kr. 2025-PL	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Varigt
Rehabilitering og prærehabilitering	-	-	150	150	170	170	170
Mobile kølehætter mod hårtab	-	9,0	1,0	1,0	-	-	-
Senfølger	60	60	93	90	90	100	100
Heraf regioner	60	60	93	90	90	100	100
Tandproblemer	86,9	98,7	98,7	98,7	98,7	98,7	98,7
Heraf regioner	86,9	98,7	98,7	98,7	98,7	98,7	98,7
Palliation	117	107	49	61	62	52	52
Heraf kommuner	73	63	18	20	20	20	20
Heraf regioner	43	43	23	24	25	25	25

Regeringen

Et bedre liv med og efter kræft

Kræftplan V



Kapacitet og kompetencer i kommuner

- Generel udfordring med viden om og data på palliation i kommuner
 - Palliation er en kerneopgave, som er integreret i andre sundhedsfaglige indsatser – obs definition
 - KL oplæg på temadag om palliation i marts – data fra kommuneundersøgelse
 - 76 % af kommuner har haft øget fokus på mulighed for at dø hjemme – i form af dialog med egen læge og andet som samarbejde, FPB-samtaler og kompetenceudvikling
 - 87 % af kommuner arbejder med kompetenceudvikling
 - Barrierer for det gode plejeforløb: adgang til lægefaglig rådgivning, adgang til medicin, uklar behandlingsplan
 - 36 % af kommuner arbejder med PRO til basal palliation
 - Midler (73,5 mio.kr) er kommet ud til kompetenceudvikling og kapacitet – spændende at følge med i hvordan de anvendes
 - OBS på størrelse af beløb når fordelt på 98 kommuner...
-

Midler til regioner – og stat

- 14,2 mio.kr. til basal palliation
- 20 mio.kr til SPI – til imødegåelse af Rigsrevisionens kritik
- 8 mio.kr til døgndækkende palliativ rådgivning

- 1 mio.kr til Region Midtjylland til foranalyse af telepalliation – mhp at pege på national model, som kan udvikles og udbredes via Digital Sundhed Danmark i 2028-29



Kapacitet og visitation

Rigsrevisionen peger endnu engang på store mangler i den palliative indsats

NYHED 12. maj 2025

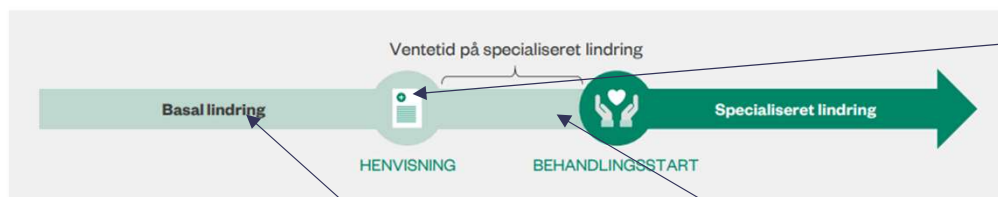
netpage.dk

Nye tal viser igen, at patienterne ikke får den lindring, de har brug for

Hvad kan vi sige om kapacitet - generelt

Kapacitet i forløbet

Figur 1
Et typisk patientforløb med specialiseret lindring



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af dokumenter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne.

Basal lindring før henvisning:
Fravær af aktivitetsdata – men stor aktivitet

Dokumentation – men kræver systematik og ensartet tilgang for at data kan bruges

Forudsætning for kvalitetsarbejde på data

12.388 henviste/17.427 henvisninger

~2.500 ikke behov svarende til SPI

~2.500 modtaget i anden enhed

82 % modtages – 92 % i teams, 70 % i hospice
- Lever fra henvisning 44 dage med/158 gnsn

18 % modtages ikke
- Lever fra henvisning 9 dage med/107 gnsn

83 % modtages inden 10 dage – 17 % venter for længe

Rigsrevisionen Maj 2025, Årsrapport Palliativ
Database 2024

Henvisning og visitation til specialiseret palliativ indsats

- SPI yder:
 - specialiseret, tværfaglig indsats til patienter med **livstruende sygdom** ledsaget af **komplekse palliative problemstillinger** af fysisk, psykisk, social og/eller eksistentiel karakter, der **ikke kan lindres tilstrækkeligt på basisniveau**, af egen læge, kommunal døgnpleje eller på almindelig hospitalsafdeling.
- REHPA rapporter om kompleksitet på vej:
- Fire kompleksitetsdomæner:
 - Patientdomænet
 - Det sociale domæne
 - Det sundhedsprofessionelle domæne
 - Det sociokulturelle domæne
- Formål – bidrage til visitationskriterier, som er mere klare for både henvisende og modtagende enheder
- Og øge viden om og forståelsen af "mellemrum"

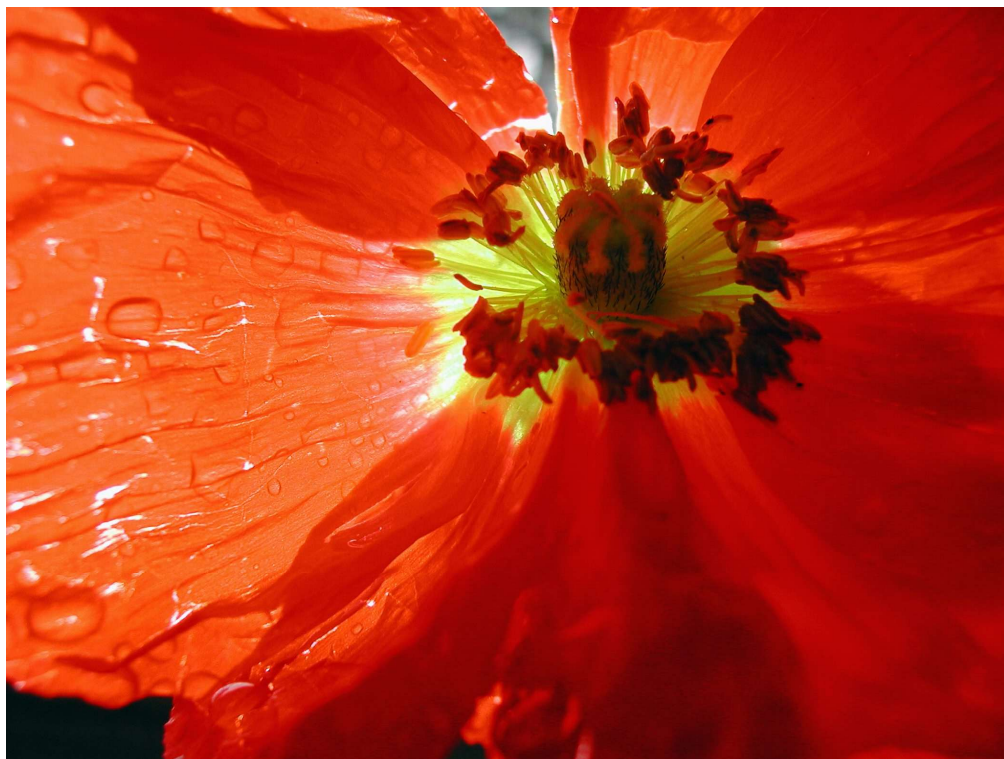
Er kompleksitet et entydigt begreb?

Ældreformen

- Formål: Ældre skal have en værdig alderdom med selvbestemmelse og helhedspleje
- Frisætning – selvledende tværfaglige teams
- Udgangspunkt i den enkelte ældres samlede livssituation og behov

- Palliation ikke eksplicit nævnt – men må kunne anskues som mulig og central i helhedsplejen
- Forudsætninger:
- Rammer, kompetencer, adgang til relevant rådgivning og støtte (kvalitetsstandarder som ramme?)

Udvalgte udfordringer



- Tilgængelighed for forskellige målgrupper
- Systematik – redskaber og samtaler
- Kompetencer og adgang til kompetenceudvikling
- Rådgivning ✓
- Adgang til udstyr og medicin i hjemmet
- Palliation går på tværs – rammer for samarbejde
- Kapacitet og rettidighed
- Data om aktivitet og kvalitet på basalt niveau

- Generelt kan det blive svært at vurdere om vi lykkes – hvad er målet?

Afrundende drøftelse

- Hvad tænker I – styrker de igangværende reformer den palliative indsats?
- Hvis ja – hvordan?
- Hvis nej – hvorfor ikke?

- Hvad er det næste vi har brug for?

- Tal et par minutter med sidemanden



REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

reHPA.dk

Tak for opmærksomheden

Kontakt: ane.bonnerup.vind@rsyd.dk