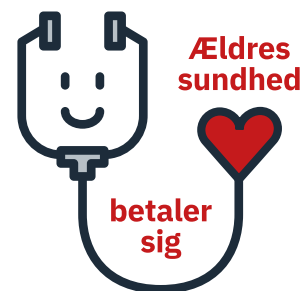


Fakta om de 17 sundhedsråd



Formål

Det overordnede formål med den nye sundhedslov er at skabe et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen, der sætter ældre i centrum.

I overgangsåret 2026 etableres 17 forberedende sundhedsråd, som skal forberede sundhedsrådenes opgaver og virke. Disse bliver formelt til de nye sundhedsråd pr. 1. januar 2027.

Hvad er et Sundhedsråd?

Sundhedsrådene skal indfri sundhedsreformens mål om 'stærke sundhedsindsatser tættere på borgerne, bedre sammenhæng og mere lighed'.

Medlemmer i sundhedsrådene

Sundhedsrådene består af folkevalgte medlemmer, dels fra regionsrådet og dels fra de kommunalbestyrelser, der indgår i sundhedsrådenes geografiske område. Antallet af kommunale medlemmer afhænger af kommunens størrelse. Antallet af regionsrådsmedlemmer i det enkelte sundhedsråd er det samme som antallet af kommunale medlemmer +1. Det er op til det enkelte sundhedsråd, hvordan de aftaler mødefrekvens- og form. Men vi kan forvente, at de vil mødes ca. en gang om måneden.

Centrale opgaver

Sundhedsrådene får mange vigtige opgaver. Det er blandt andet:

- Politisk og forvaltningsmæssigt ansvar for drift og udvikling af de regionale sundhedsopgaver, drift og udvikling af sygehuse, lokal planlægning af de praktiserende lægers opgaver og tilbud i deres geografiske område. Det handler blandt andet om at sikre bedre geografisk fordeling af de praktiserende læger.
- De sundhedsopgaver, der flyttes fra kommunen. Det gælder akutsygepleje, patientrettet forebyggelse, specialiseret rehabilitering og dele af genoptræningen på avanceret niveau samt midlertidige ophold på de nye regionale sundheds- og omsorgspladser.

Regionale sundhedsplaner

Regionsrådet i hver region skal vedtage regionale sundhedsplaner, som vil sætte den overordnede ramme for de enkelte sundhedsråds arbejde. De regionale sundhedsplaner skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan, som aftales mellem regeringen, regionerne og kommunerne i foråret 2026.

Nærsundhedsplan som ramme

De nye sundhedsråd skal hver især udarbejde en nærsundhedsplan for deres eget geografiske område. Den første nærsundhedsplan skal være vedtaget den 1. april 2027.

Nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan og være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplanlægning.

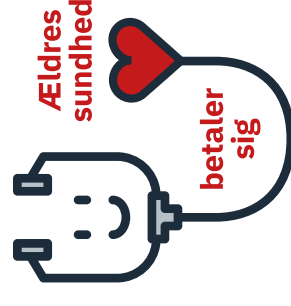
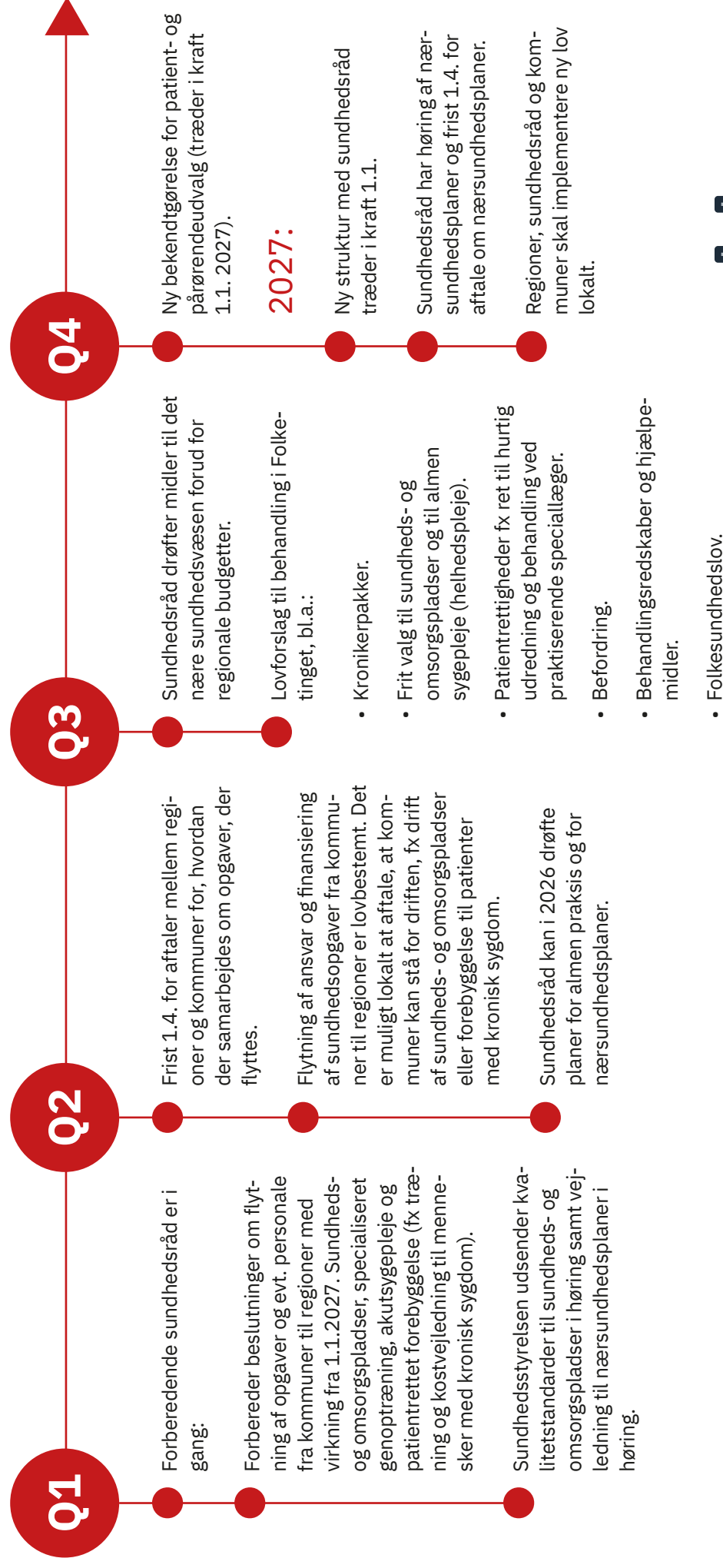
Vil du vide mere?

Læs mere om sundhedsrådenes opgaver i:

Håndbog om sundhedsråd, Indenrigs- og sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner/2025.

Den kan downloades på ovenstående organisationers hjemmeside.

Tidsplan 2026 Sundhedsreform og sundhedsråd



Fundamentet for vores arbejde

Ældres særlige behov i sundhedsvæsenet

Ældres særlige behov:

- Omsorg og helhedsblik
- Kontinuitet og sammenhæng i behandling
- Tryghed i mødet med flere behandlere
- Inddragelse i planlægning af pleje og behandling
- Anerkendelse af individuelle behov og ønsker
- Sammenhæng i behandlingen, pleje og genoptræning er altafgørende

Ældre Sagen mener:

- Nærsundhedsplaner og regionale planer skal målrettes, så patienter oplever sammenhæng og er trygge og oplever at blive set og lyttet til
- Ældre patienter skal ved sygehusophold have en helhedsvurdering, som har fokus på bl.a. mad, medicin, multisygdom, mobilitet og mestring.
- Egen læge skal være tovholder for, at den ældre patient får en individuel og helhedsorienteret behandlingsplan ud fra livssituation og sociale forhold.
- Ældre patienter må ikke udskrives eller hjemsendes om natten.
- Uddannelse, kompetenceudvikling og forskning skal styrkes inden for geriatri.

Fakta:

- Næsten alle 65+ årige har kontakt til egen læge årligt
- Ca. 70 procent 65+ årige har kontakt til sygehus
- 80 procent 80+ årige kan kontakt til sygehus
- 30 procent 65+ årige har kontakt til den kommunale sundhedsindsats (hjemmesygepleje, rehabilitering, genoptræning, vedligeholdelsestræning, hjemmehjælp)
- 79 procent 80+ årige har kontakt til den kommunale sundhedsindsats
- 23 procent 65+ årige har både kontakt til sygehus, egen læge og den kommunale sundhedsindsats
- 49 procent 80+ årige har kontakt til sygehus, egen læge og kommunal sundhedsindsats.
- (Sundhedsdatastyrelsen 2026)
- 65 procent mænd +65 år har to eller flere sygdomme på samme tid (multisygdom)
- 69 procent kvinder +65 har to eller flere sygdomme på samme tid.
- (Ældres sundhed og trivsel (2024) baseret på tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021)
- Knap hver femte +80-årige oplevede kun i 'ringe grad' eller 'slet ikke' at være med til at træffe beslutninger om deres undersøgelse/behandling i 2024.
- Mere end hver femte oplevede det i 'nogen grad'.

(Kilde: Særudtræk fra Center for Patientinddragelse. Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser, 2024)

Forebyg indlæggelser

Indlæggelser tærer på kræfterne hos ældre mennesker, der efterfølgende kan blive dårligere til selv at klare dagligdagen. Derfor er det godt for både den ældre og for samfundsøkonomien at undgå unødige indlæggelser.

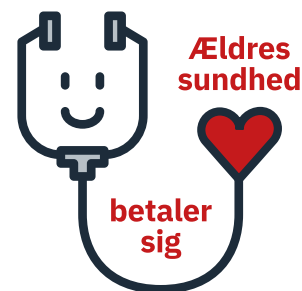
Ældre patienter med flere sygdomme har ofte komplekse forløb, som kræver høj faglighed, samarbejde på tværs af sektorer og fokus på hele mennesket.

Ældre patienters behandling er over en årrække flyttet fra sygehus til kommuner – uden at kompetencer, lovgivning, kvalitetskrav, økonomi samt adgang til udrednings- og behandlingsmuligheder er fulgt med.

Men nu kan sundhedsrådene indgå lokale aftaler om, hvordan samarbejdet ml. sygehus, kommune og egen læge skal foregå. Det er helt nødvendigt for at forebygge unødvendige indlæggelser af ældre. Der er i dag store forskelle kommunerne imellem, men alt for mange ældre bliver indlagt med dehydrering, banale infektioner og tryksår, der kunne være undgået. Alene blærebetændelse hos ældre fører hvert år til mange tusinde hospitalsindlæggelser, hvor mange kunne være taget i opløbet.

Ældre Sagen mener:

- Regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplaner i de kommende sundhedsråd bør indeholde retningslinjer for det gode samarbejde og stille krav til at implementere og udbrede de gode eksempler, der reducerer genindlæggelser og forebygger sygehusophold.
- Ældrepleje og sundhedsvæsen skal tænkes endnu mere som en helhed og ikke hver for sig. Ældreplejen rummer et uudnyttet potentiale til at forebygge unødvendige indlæggelser og til at styrke ældres helbred og trivsel.
- Ved udskrivning eller hjemsendelse fra sygehus skal der som udgangspunkt afholdes en fælles konference med deltagelse af patient og relevant personale fra sygehus, kommune og evt. egen læge samt pårørende.
- Der er behov for ensartet og kompetent behandling af høj faglig kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Sygehuset skal understøtte behandling og pleje til svækkede ældre patienter i det nære sundhedsvæsen i tæt samarbejde med det nære sundhedsvæsens sundhedsfaglige personale.
- Behov for mere fokus på forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen.



Gode eksempler på samarbejde:

Ældrelæger (geriater) på sundheds- og omsorgspladser

På sundheds- og omsorgspladser skal der være læger fast tilknyttet. En velkendt og god model er, at ældrelæger fra sygehus kommer ugentligt på midlertidige pladser. Det er fysisk fremmøde på faste ugedage og/eller virtuelle møder med personale og patienter. Samarbejdet giver øgede kompetencer hos plejepersonalet og forebygger indlæggelser for ældre med høj skrøbelighed.

"Kom trygt hjem" sikrer tæt samarbejde med kommunen om pleje og behandling for ældre patienter, der udskrives fra sygehus efter operation for hoftebrud. Genindlæggelser og dødelighed blev halveret, reduktion i 30 dages dødeligheden fra 13 til 6 pct. og en reduktion i genindlæggelser fra 30 til 14 pct.

Fakta

Genindlæggelser blandt ældre

På landsplan i jan.-okt. 2025 var der ca. 40.000 somatiske genindlæggelser af 65+ årige.

Flest genindlæggelser skyldes KOL, væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, lungebetændelse og blodmangel (ernæring) ¹

Forbyggelige sygehusophold blandt ældre

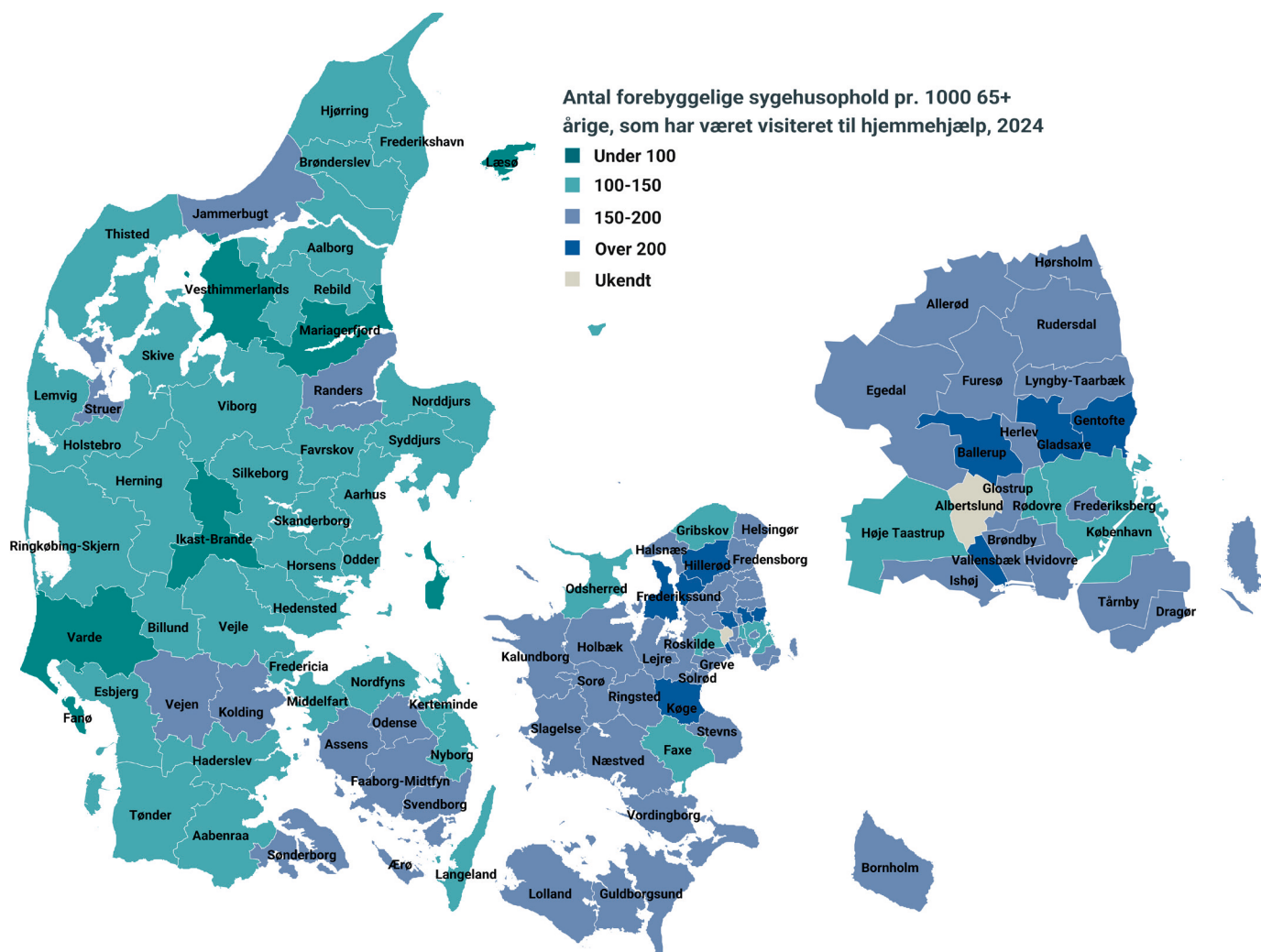
I jan.-okt. 2025 var der i alt ca. 61.000 forebyggelige sygehusophold blandt 65+ årige².

Forebyggelige sygehusophold er akutte sygehusophold med en varighed på mindst fire timer, der skyldes sygdomme som kommunerne – sammen med regionerne – har gode muligheder for at forebygge. F.eks.: Dehydrering,

forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis (mave/tarm lidelser), brud (diverse), ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold samt tryksår.

Der var 149 forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 65+ årige hjemmehjælpsmodtagere i 2024.

Der er store forskelle fra kommune til kommune.³



Anm. Indikatoren beregnes som antal forebyggelige sygehusophold blandt 65+ årige, som har været visiteret til personlig pleje før sygehusopholdet, divideret med antallet af 65+ årige, som har været visiteret til hjemmehjælp ganget med 1.000.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen sundhedsdatabanken, kvalitetsindikator for forebyggelige sygehusophold blandt hjemmehjælpsmodtagere på 65 år og derover 2024

1 Sundhedsdatastyrelsen, (sundhedsdatabanken, sundhedsdata på tværs, genindlæggelser på landsplan 2025 opgjort 5. februar 2026)..

2 Sundhedsdatastyrelsen (sundhedsdatabanken, sundhedsdata på tværs, forebyggelige sygehusophold på landsplan i 2025 opgjort 23. januar 2026).

3 Sundhedsdatastyrelsen (sundhedsdatabanken, forebyggelige sygehusophold blandt ældre hjemmehjælpsmodtagere (udgivet 31. oktober 2025))

Fokus på maden

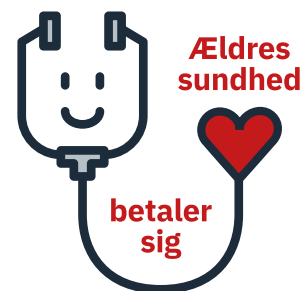
Der er behov for en mere målrettet og forpligtende forebyggende indsats mod underernæring hos ældre mennesker.

Ernæringsindsatser har stor betydning for både den enkelte og for samfundet. En god ernæringstilstand er afgørende for at bevare funktionsevne, selvhjulpenhed og livskvalitet. En god ernæringstilstand er nødvendig for at komme godt gennem behandling og have kræfter til genoptræning og rehabilitering. Korrekt ernæring giver færre indlæggelser og genindlæggelser – og derfor også sparede udgifter i sundhedsvæsenet.

Indsatsen mod underernæring er ofte tilfældig og afhængig af lokale tiltag og prioriteringer. Der er behov for en målrettet og forebyggende indsats mod underernæring hos ældre mennesker.

Ældre Sagen mener:

- Der skal være mål for indsats mod underernæring i nærsundhedsplaner og aftaler med kommuner om forebyggelse.
- Svækkede ældre skal have deres ernæringstilstand undersøgt, når de indlægges eller skal have hjælp fra kommunen. Ret til tidlig opsporing, indsats og målrettede måltider tilpasset individuelle behov, som for eksempel spise- og synkebesvær eller kost til småt spisende.
- Ret til en individuel ernæringsplan og indsats ved behov. Behov for tværsektoriel kommunikation om den enkelte ældres ernæringstilstand og -behov, så vigtig viden ikke går tabt ved sektorovergange.
- Kost og ernæring skal indgå som en fundamental del af helhedsplejen i kommunerne.
- Flere ernæringsfaglige kompetencer, herunder diætister tilknyttet alle kommuner og hospitaler og adgang til tværfaglige ernæringsteams med fx tandpleje, ergoterapeut og klinisk diætist. Hospitaler og kommuner skal på tværs af sektorer og faggrupper i samarbejde sikre ældre menneskers ernæringstilstand.



Fakta

Underernæring blandt svækkede ældre mennesker er et stort samfundsproblem. Tidligere undersøgelser har vist, at op mod 60 pct. af alle hjemmeboende ældre og plejehjemsbeboere er i risiko for at blive underernærede. Det betyder, at de får svært ved at klare sig selv, trækker sig fra fællesskabet, oftere bliver syge og dør tidligere.

Udover de menneskelige konsekvenser har det også betydning for samfundsøkonomien. Ældre underernærede patienter er indlagt i længere tid, og de bliver ofte genindlagt. Desuden har de mere behov for hjælp. Ifølge en rapport fra Menon Economics er mere end 200.000 danskere underernærede i 2024 – langt størstedelen heraf er ældre mennesker. I følge Menon-rapporten betyder det en meromkostning i sundhedsvæsenet på 14,5 milliarder kroner.¹

¹ Kilde: Menon, Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring i Danmark, 2024.

"Kom mæt hjem" Hospitalet sikrer i samarbejde med kommunerne, at ældre borgere får en målrettet og sammenhængende ernæringsbehandling. Patienterne får små energi- og proteinrige retter med hjem til det første døgn efter udskrivelse, og efterfølgende får de individuel vejledning af en hospitalsdiætist indenfor 96 timer og herefter opfølgende besøg. Målet er at forebygge funktionstab og genindlæggelser og skabe tryghed i forbindelse med udskrivelsen blandt skrøbelige ældre.

Vi skal kunne dø trygt og smertelindret

For at få den bedst mulige afslutning på livet er det afgørende, at medarbejderne er rustet til at tale med ældre og deres pårørende om deres ønsker til den sidste tid.

De fleste ældre mennesker ønsker at dø derhjemme. For mange giver det en tryghed at dø i eget hjem eller på plejehjem, hvor man bor.

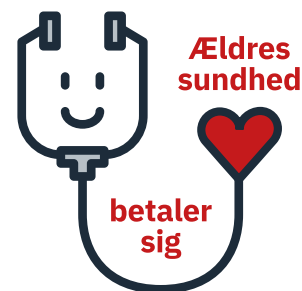
Det kræver et tæt samarbejde og de rette ressourcer at sikre pleje, omsorg og behandling af høj kvalitet i den sidste tid. Der er i dag store forskelle mellem kommuner og regioner i, hvordan opgaven håndteres.

Mange ældre bliver i dag ikke smertelindret korrekt, og der er udbredt ulighed i adgangen til lindrende indsatser, hvor alder, diagnose og post-nummer har indflydelse på, hvilken behandling der bliver tilbudt.

Personalet mangler ofte tid, kompetencer og ressourcer til samtaler, nærvær og kompetent behandling i den sidste tid. Det er helt afgørende, at der er de rette kompetencer i det nære sundhedsvæsen til at smertelindre tilstrækkeligt. Dette bør ske i tæt samarbejde med egen læge, hospital eller akutsygeplejen.

Ældre Sagen mener:

- Der skal være mål for palliation i nærsundhedsplaner med ret til palliativ pleje i hjemmet og støtte til pårørende.
- Der skal være lige adgang til palliation – uanset alder, diagnose, bopæl og socioøkonomisk baggrund.
- Vi skal tale om døden – svækkede ældre skal tilbydes samtaler om den sidste tid.
- Palliative indsatser skal være en integreret del af plejen og omsorgen for alvorligt syge mennesker.
- Udvidelse og nytænkning af hospice skal hjælpe flere til at dø i trygge omgivelser.
- Systematisk samarbejde mellem kommuner og egen læge/hospital/ akut sygepleje om palliation, herunder styrkelse af udkørende palliative teams.
- Kommuner og regioner skal sikre, at pleje- og sundhedspersonale løbende videreuddannes, så de har kvalificeret viden og kompetencer om palliativ indsats.



Fakta

34 pct. af danskerne ønsker at dø derhjemme, 11 pct. på hospice, 2 pct. på hospitalet og 33 pct. har ikke taget stilling.¹

Hver fjerde plejehjemsbeboer dør indenfor 9 måneder eller kortere.²

Ca. 50 pct. af danskerne dør i eget hjem eller på plejehjem.³

Ca. 50 pct. af plejehjemsbeboere lider af en eller flere kroniske og/eller livstruende sygdomme, og mindst to ud af tre plejehjemsbeboere har en demenssygdom. Stort set alle plejehjemsbeboere vil have gavn af palliativ indsats.⁴

Et registerstudie fra 2022 viser, at næsten to tredjedele af de yngste kræftramte mellem 18 og 39 år får specialiseret palliation frem mod døden. I gruppen over 80 år får kun en fjerdedel specialiseret lindring inden døden.⁵

1 Undersøgelse fra Ældre Sagen fra 2018.

2 Analysenotat, Plejehjemsbeboere, KL, januar 2024.

3 REHPA; Dødssted og dødsårsager blandt voksne i Danmark – i perioden 2012-2020, 2024.

4 REHPA; Satspuljen "En værdig død – model-kommuneprojekt" En tværgående slutevaluering, 2019.

5 Adersen et al. Journal of Palliative Medicine 26(1) 2022 <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2022.0087>