

## Fagområdevejledning for Palliativ Medicin

14. april 2026

Fagområdevejledningen er udarbejdet af Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM) efter model for Sundhedsstyrelsens specialevejledninger. Specialevejledningerne er led i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, jf. Sundhedslovens §208, som omhandler organiseringen og varetagelsen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse.

### Fagområdebeskrivelse

Palliativ medicin omfatter forebyggelse, diagnostik, pleje og behandling af palliative problemstillinger hos patienter med livstruende sygdom uanset diagnose. Hovedfokus er understøttelse af patienternes livskvalitet, funktionsniveau og autonomi. Der tilbydes i overensstemmelse med patienternes præferencer behovsbestemt indsats med funktionsbevarende og lindrende sigte. Patienterne og deres pårørende er omfattet af indsatsen under hele sygdomsforløbet.

Den palliative indsats på specialistniveau er karakteriseret ved tværfagligt samarbejde om planer for pleje og behandling, som indeholder koordinerede bidrag fra flere faggrupper. Fagområdespecialister i palliativ medicin har ansvar for den medicinske lindring og et særligt ansvar for at kvalitetssikre og koordinere den samlede tværfaglige behandlingsplan.

Palliativ medicin varetager desuden rådgivning, forskning, udvikling og uddannelse inden for fagområdet.

### Kerneopgaver

Opgaverne omfatter akut og elektiv diagnostik af palliative symptomer og problemstillinger, behandling og pleje af patienter.

I palliativ medicin er der følgende kerneopgaver:

- Systematisk vurdering af symptomer og palliative behov som grundlag for fastholdelse eller forbedring af livskvalitet hos patienter med livstruende sygdom
- Medicinsk symptomlindring
- Forebyggelse af symptomforværring og forudsigelige komplikationer hos patienter med livstruende sygdom
- Rådgivning om farmakologisk og non-farmakologisk symptomlindring, håndtering af palliative problemstillinger og koordinering af palliative forløb

- Koordinering af tværfaglig plan for pleje og behandling
- Kommunikation
- Patientinddragende og personcentreret tilgang
- Systematisk arbejde med Advance Care Planning (ACP) / Samtaler om ønsker til Fremtidig Pleje og Behandling (FPB)
- Fælles beslutningstagning
- Behandling og omsorg ved livets afslutning, herunder understøttelse af ønske om hjemmedød
- Støtte til pårørende og efterlevende
- Tværfagligt samarbejde om palliativ indsats
- Intra- og tværsektorielt samarbejde om palliativ indsats
- Uddannelse i palliativ indsats
- Udvikling, kvalitetssikring og forskning til understøttelse af en evidensbaseret, klinisk praksis.

## Forhold af betydning for fagområdeplanlægning

Dansk Palliativ Database (DPD) indsamler data vedrørende patienter henvist til specialiseret palliativ indsats (SPI). Ifølge DPD's seneste årsrapport blev 11.004 patienter henvist til SPI i 2024. Af de henviste patienter opfyldte 9.627 (87%) de nationale kriterier for oprettelse af et specialiseret palliativt forløb. Af de henviste patienter blev 8.198 (74%) modtaget til SPI. Modtagelsesdato regnes fra første lægekontakt i det specialiserede, palliative forløb. Størstedelen af de 1.429 (13%) henviste patienter, som opfyldte kriterierne, men som ikke modtog SPI, døde på venteliste til SPI.

Rigsrevisionen har i to på hinanden følgende rapporter dokumenteret mangelfuld adgang til SPI. I Rigsrevisionens beretning fra 2020 er det dokumenteret:

- at patienter med livstruende sygdomme ikke systematisk får identificeret deres behov for palliation, og at der dermed er risiko for, at patienter med behov for specialiseret indsats ikke henvises til dette
- at der er uhensigtsmæssig ventetid til SPI, idet
  - mange henviste patienter ikke når at blive modtaget til behandling, inden de dør
  - ventetiden for mange af de patienter, der når at blive modtaget, ikke lever op til gældende kvalitetsstandard (behandlingsstart inden 10 dage fra henvisningsdato).

I et opfølgende notat fra 2025 konkluderer Rigsrevisionen, at der fortsat ikke er sikret kort og ensartet ventetid til SPI. Ifølge notatet er der ikke sket nævneværdige forbedringer siden beretningen fra 2020, hverken hvad angår ventetid eller lighed i adgangen til SPI.

Den palliative indsats skal være tilgængelig, når patienternes behov for palliation opstår. Rettidighed betyder at:

- Ventetiderne skal nedbringes, og indsatsen skal indledes tidligere i sygdomsforløbene. I dag leveres SPI overvejende i patienternes sidste levetid (median overlevelse fra henvisningstidspunkt er 33 dage).
- Der er behov for en mere fleksibel og akut orienteret SPI, som kan aktiveres hurtigt til gavn for utilstrækkeligt lindrede patienter. Det gælder ikke mindst patienter, som er uafvendeligt døende og som opholder sig i eget hjem.

Indsatsen skal også være tilgængelig set fra et lighedsperspektiv. Indsatsen skal leveres uafhængigt af diagnose, bopæl, alder, køn og øvrige socioøkonomiske faktorer. I dag er der en dokumenteret ulighed i adgangen til SPI, som i særlig grad varierer med:

- **Diagnose:** 45% af de patienter, som dør af kræft i Danmark, modtager SPI, mens det kun gælder 3% af patienter, der dør af andre sygdomme som f.eks. hjertesvigt, KOL, nyresvigt og neurologisk sygdom.
- **Bopæl:** Der er store inter- og intraregionale forskelle i henvisningsmønstre, ventetider og ressourcer i SPI. Adgang til palliativ indsats varierer med patienternes opholdssted på en måde, som ikke er begrundet i patienternes behov.
- **Organiseringen af den specialiserede palliative indsats** er uensartet på tværs af landet, særligt i forhold til placering og antal af hospitalsbaserede specialiserede sengepladser.
- **Alder:** Der er store interregionale forskelle i tilbud om palliativ indsats til børn og unge med livstruende sygdom. Der er derudover behov for en styrket palliativ indsats til mange ældre patienter. Patienter med demens-tilstande og deres pårørende er i særlig risiko for ikke at få den palliative indsats, de har behov for.

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens rapport fra 2024 over Dødsårsagsregistret var der i 2023 i alt 57.991 dødsfald i Danmark. De fem hyppigste dødsårsager er 1) kræft, 2) hjertesygdomme, 3) sygdomme i åndedrætsorganerne, 4) andre kredsløbssygdomme samt 5) psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. De fleste patienter, som dør en naturlig død, har behov for en grad af palliativ indsats under deres sygdomsforløb. Langt hovedparten af patienterne har med stor sandsynlighed palliative behov, som kan dækkes tilstrækkeligt af sundhedsfaglige aktører på basalt palliativt niveau. Da der ikke sker en systematisk indsamling af data vedrørende den basale palliative indsats i Danmark, er det dog uklart hvor mange patienter der lever og dør med udækkede behov for palliation.

Den palliative indsats synes underdimensioneret generelt, og behovet for specialister i palliativ medicin er en særligt kritisk faktor:

- En opgørelse foretaget i 2025 viser, at i alt 118 læger er godkendt af DSPaM som fagområdespecialister i palliativ medicin. Af disse arbejder kun 66 (56%) i SPI, mens 14 (12%) er erhvervsaktive andre steder i sundhedsvæsenet.
- Specialister i palliativ medicin har vigtige rådgivningsmæssige, konsultative og uddannelsesmæssige forpligtelser over for samarbejdspartnere på basalt palliativt niveau, hvor størstedelen af den palliative indsats leveres i dag og hvor en endnu større andel af den palliative indsats forventes at skulle leveres fremover.
- Der er behov for flere specialiserede palliative sengepladser i Danmark. European Association for Palliative Care (EAPC) estimerer behovet til 550 specialiserede sengepladser, hvilket skal ses i forhold til de aktuelt 347 eksisterende pladser. En fremtidig udbygning af kapaciteten vil samtidig forudsætte flere specialister i palliativ medicin til at varetage behandlingen. Det konkrete behov for yderligere sengepladser vil imidlertid afhænge af, hvilke øvrige tiltag der iværksættes, og hvordan kommende reformer på området udfoldes. Der er derfor behov for en samlet og langsigtet planlægning, som kan sikre, at kapaciteten udvikles i takt med det reelle behov

Den demografiske udvikling betyder, at der bliver stadig flere ældre borgere i Danmark i de kommende år. Den medicinske og teknologiske udvikling betyder, at en stadig større del af disse ældre vil leve med livstruende sygdom. Dette vil forstærke behovet for en styrket og tidssvarende palliativ indsats generelt og behovet for et styrket og adækvat dimensioneret antal specialister i palliativ medicin i særdeleshed.

## Praksisområdet

Almen praksis er en vigtig aktør i palliative patienters sygdomsforløb.

Den almenmedicinske klinik er den gennemgående sundhedsfaglige kontakt for patienter med livstruende sygdomme og koordinerer indsatser på tværs af sektorer i det palliative forløb. Klinikken varetager den basale palliative indsats i samarbejde med relevante aktører, eksempelvis den kommunale sygepleje og sygehuslæger. Ved komplekse forløb søger speciallægen i almen medicin sparring og rådgivning ved regionens palliative rådgivningsfunktion og henviser til en specialiseret palliativ enhed ved behov.

Den praktiserende læge har til opgave at foretage vurdering af patienternes behov for palliativ indsats via samtale, klinisk undersøgelse, systematisk anvendelse af symptomscreeningsværktøjer samt igangsætte og følge op på lindrende behandling.

Den praktiserende læge bør inddrages, når hospitalslæger påtænker at henvise patienter til SPI. For patienter, som er utilstrækkeligt lindrede på basalt palliativt niveau, kan praktiserende læge søge råd hos specialistaniveau via palliative rådgivningsordninger, som eksisterer i alle regioner og som bør være døgndækkende. Hvis rådgivning ikke resulterer i tilstrækkelig lindring eller hvis en behovsvurdering viser komplekse palliative problemstillinger, bør praktiserende læge med patientens samtykke henvise til SPI.

Almen praksis samarbejder med fagområdespecialister i palliativ medicin efter et shared-care-princip om patienter, som modtager SPI. Samarbejdet kan f.eks. have form af koordinerende samtaler mellem praktiserende læge og fagområdespecialist eller af koordinerende fælles konsultationer, hvor også patient, pårørende og andre faggrupper deltager.

I Danmark findes der aktuelt ikke speciallægepraksis for fagområdespecialister i palliativ medicin.

## Det kommunale sundhedsvæsen

Kommuner og regioner skal i medfør af Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af hospitaler, almen praksis og kommuner, hvilket i høj grad gælder palliative forløb.

Den kommunale sygepleje er central for en god palliativ indsats i eget hjem og plejehjem. Mange kommuner har nøgle- eller ressourcepersoner i den kommunale sygepleje med specialkompetencer inden for palliation. Fagområdespecialister i palliativ medicin arbejder tæt sammen med den kommunale sygepleje om patienter i specialiserede palliative forløb med henblik på sikring af en tilstrækkelig pleje og behandling til patienter, som opholder sig i eget hjem eller i permanent plejebolig.

Mange patienter med livstruende sygdom vil i kortere eller længere perioder af deres sygdomsforløb opholde sig på midlertidige kommunale døgnpladser. Flere steder i landet har disse kommunale afsnit et særligt fokus på palliation, både hvad angår patientselektion til afsnittene og kompetenceudvikling hos medarbejderne. Der findes i dag eksempler på kommunal finansiering af fagområdespecialister i palliativ medicin til varetagelse af det lægelige behandlingsansvar for palliative patienter på midlertidige kommunale døgnophold. Denne model vil muligvis vinde større udbredelse med Sundhedsreformen 2024-2027, hvor ansvaret for akutsygeplejen flyttes fra kommuner til regioner og hvor de lokale sundhedsråd får til

opgave at sikre bedre lokalt samarbejde mellem regioner og kommuner. Det bliver dog essentielt at afklare, hvordan de lægelige opgaver i den palliative indsats til patienter på midlertidige døgnophold mest hensigtsmæssigt understøttes af fagområdespecialister i palliativ medicin.

## Sygehusvæsenet

Nedenfor beskrives anbefalinger til hovedfunktionsniveauet og krav til varetagelse af regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner.

### Anbefalinger til hovedfunktionsniveau

Hovedfunktioner i palliativ medicin omfatter vurdering og lindring af palliative problemstillinger, som ikke kræver varetagelse på specialfunktionsniveau.

Hospitalslæger på alle kliniske afdelinger både somatiske og psykiatriske har til opgave at varetage den lægelige del af den basale, palliative indsats i sekundærsektor. Opgaven omfatter vurdering af patienternes behov for palliativ indsats via samtale, klinisk undersøgelse og systematisk anvendelse af symptomscreeningsværktøjer samt igangsætte og følge op på lindrende behandling. For patienter, som er utilstrækkeligt lindrede, kan hospitalslægen søge råd hos specialistaniveau fra den lokale specialiserede, palliative enhed eller via palliative rådgivningsordninger, som eksisterer i alle regioner og som bør være døgndækkende. Hvis rådgivning ikke resulterer i tilstrækkelig lindring eller hvis en behovsvurdering viser komplekse palliative problemstillinger, kan hospitalslægen med patientens samtykke henvise til SPI mhp. tilsyn eller et regelret forløb. Hospitalslægen bør før henvisning til et forløb rådføre sig med praktiserende læge for at afklare, om det palliative forløb kan varetages i almen praksis efter udskrivelse.

Det intrasektorielle samarbejde om palliation mellem hospitalslæger og fagområdespecialister i palliativ medicin omfatter på mange af landets hospitaler også drøftelse af udvalgte patienter på regelmæssige MDT-konferencer. Konferencerne vil oftest have tværfaglig repræsentation fra det palliative specialistaniveau.

Der er enkelte eksempler i Danmark på, at fagområdespecialister i palliativ medicin ansættes på hovedfunktionsniveau med palliation som et defineret ansvarsområde. Det er muligt, at denne model vil vinde større udbredelse fremover, dels som led i indsatsen for at styrke den basale palliative indsats i sekundærsektor, dels som led i arbejdet for en bedre integration mellem fagområdet palliativ medicin og de samarbejdende lægevidenskabelige specialer.

### Krav til varetagelse af specialfunktioner

I Sundhedsstyrelsens udgivelse 'Specialeplanlægning – begreber, principper og krav' beskrives en række generelle forudsætninger og krav til bl.a. kapacitet og forskning, som skal opfyldes for at varetage specialfunktioner. Disse krav udgør grundlaget for varetagelse af specialfunktioner, men derudover oplystes der nedenfor specifikke krav, som gælder for palliativ medicin.

## Regionsfunktioner

## Krav til varetagelse af regionsfunktioner

De anbefalinger, som er anført for hovedfunktionsniveauet, gælder som krav på regionsfunktionsniveauet. Derudover stilles der større krav til lægelige kompetencer på regionsfunktionsniveau, hvor det primært er godkendte eller kommende fagområdespecialister, som ansættes.

### **Følgende er regionsfunktioner:**

Specialiserede palliative enheder har palliativ indsats som kerneopgave og dækker over

- 1) Hospitalsbaserede specialiserede palliative teams
- 2) Hospitalsbaserede specialiserede palliative sengeafsnit
- 3) Hospicer

De specialiserede, palliative enheder yder specialiseret, tværfaglig indsats til patienter med livstruende sygdom ledsaget af komplekse palliative problemstillinger af fysisk, psykisk, social og/eller eksistentiel karakter, når disse problemstillinger ikke kan lindres tilstrækkeligt på basalt palliativt niveau. Ved komplekse palliative problemstillinger forstås dels problemstillinger, hvor kompleksitetsgraden af en eller flere problemstillinger er høj eller hvor der forekommer flere sammenhængende problemstillinger. Flere sammenhængende problemstillinger kalder oftest på en palliativ indsats fra et specialiseret, tværfagligt team. Støtte til patientens pårørende er en del af indsatsen.

For patienter, som henvises til indlæggelse på hospice, gælder supplerende kriterier i henhold til eksisterende nationale visitationskriterier:

- Behandling med helbredende sigte skal være ophørt
- Patienten opfylder betingelserne for udfærdigelse af terminalerklæring
- Behandlingsniveauet skal være afklaret.

### **Følgende er inden for rammerne af denne fagområdevejledning de væsentligste organisatoriske og kompetencemæssige anbefalede minimumskrav til en specialiseret palliativ hospitalsbaseret enhed:**

- Enheden har en veldefineret fysisk forankring
- Enheden har selvstændig ledelse
- Enheden har suveræn visitationsret
- Minimum fem forskellige faggrupper er ansat i enheden
- To af de fem faggrupper skal være læge og sygeplejerske, og hovedparten af disse skal være fuldtidsansatte i enheden
- Mindst én læge i enheden er godkendt fagområdespecialist i palliativ medicin
- Af de øvrige faggrupper skal mindst to have en ansættelsesbrøk på  $\geq 50\%$  i enheden.
- Enheden arbejder tværfagligt og teambaseret
- Der afholdes tværfaglig konference med deltagelse af mindst fire faggrupper mindst én gang ugentligt
- Enheden tager ansvar for vedligeholdelse og udvikling af intra- og tværsektorielt samarbejde om palliation og varetager herunder rådgivnings- og tilsynsforpligtelser inden for eget optageområde
- Enheden bidrager til uddannelse i palliation på tværs af faggrupper, hospitalsafdelinger og sektorgrænse
- Enheden indberetter systematisk til DPD
- Enheden arbejder systematisk med kvalitetssikring og udvikling

- Enheden bidrager til forskning i palliation for at understøtte en evidensbaseret klinisk praksis.

## **Anbefalinger for organisering af regionsfunktion**

Sundhedsstyrelsen beskriver i "Oplæg til ny model for specialeplanlægning" fra 2025, at regionsfunktioner i fremtiden bør placeres 4-8 steder i landet. Set i lyset af dette og under hensyntagen til forsyningsforpligtelse og populationsansvar vil det være hensigtsmæssigt at arbejde for en mere centraliseret organisering af den specialiserede palliation fremover.

Det vil også være hensigtsmæssigt at se på organiseringen af fagområdespecialister i palliativ medicin. Hvis specialisterne forankres organisatorisk i større, centraliserede enheder fremover, vil det betyde større robusthed og en bedre sikring af det samlede faglige kompetenceniveau.

Den nuværende organisering, hvor hospitalsbaseret specialiseret palliation ofte er indlejret i andre specialer, indebærer en risiko for, at den specialiserede palliation nedprioriteres, fordi værtsspecialiets egne kerneopgaver naturligt bliver den primære driftsopgave. Der er derfor behov for en selvstændig organisatorisk ramme, hvor palliation er kerneopgaven, og hvor området kan udvikles, prioriteres og ledes som det højt specialiserede fagområde, det er.

En selvstændig organisering vil samtidig skabe større gennemsigtighed i ressourceanvendelsen og give et bedre grundlag for politiske og ledelsesmæssige prioriteringer, idet både indsats og effekt bliver tydeligere.

Endelig vil selvstændige hospitalsbaserede palliative afdelinger sikre direkte adgang til sygehusledelser. Det er afgørende for områdets udvikling, at kvalitet, kapacitet og behov kan formidles direkte og indgå klart i den strategiske beslutningstagning.

Der bør ligeledes sikres ensartet organisering af hospice på tværs af landet.

## **Følgende specialiserede, palliative enheder varetager regionsfunktioner:**

### Region Hovedstaden

- *Afsnit for Lindrende Behandling, Bornholms Hospital*
- *Arresødal Hospice*
- *Diakonissestiftelsens Hospice*
- *Hospice Søndergård*
- *Lindrende Behandling, Herlev og Gentofte Hospital*
- *Lindrende Behandling, Rigshospitalet*
- *Lukashuset*
- *Palliativt Afsnit, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital*
- *Palliativ Enhed, Amager og Hvidovre Hospital*
- *Palliativ Enhed, Nordsjællands Hospital*
- *Palliativt Team for Børn og Unge, Rigshospitalet*
- *Sankt Lukas Hospice*

### Region Sjælland

- *Hospicegården Filadelfia*
- *Hospice Sjælland*
- *Palliativ Enhed, Region Sjælland*
- *Palliativt Team for Børn og Unge, Region Sjælland*
- *Svanevig Hospice*

### Region Syddanmark

- *Børne og Unge Palliativt Team, Region Syddanmark*
- *Enhed for Lindrende Behandling, Sydvestjysk Sygehus*
- *Hospice Fyn*
- *Hospice Sydfyn*
- *Hospice Sydvestjylland*
- *Hospice Sønderjylland*
- *Palliativ Enhed, Odense Universitetshospital*
- *Palliativt Team, Sygehus Lillebælt*
- *Team for Lindrende Behandling, Sønderborg Sygehus*

### Region Midtjylland

- *Ankerfjord Hospice*
- *Børne og Unge Team for Lindrende Behandling, Aarhus Universitetshospital*
- *Enhed for Lindrende Behandling, Aarhus Universitetshospital*
- *Enhed for Lindrende Behandling, Regionshospitalet Gødstrup*
- *Enhed for Lindrende Behandling, Regionshospitalet Horsens*
- *Enhed for Lindrende Behandling, Regionshospitalet Randers*
- *Gudenaå Hospice*
- *Hospice Djursland*
- *Hospice Limfjorden*
- *Hospice Søholm*
- *Klinik for Lindrende Behandling, Hospitalsenhed Midt*
- *Strandbakkehuset*

### Region Nordjylland

- *Hospice Vangen*
- *Hospice Vendsyssel*
- *Palliativt Center, Sygehus Himmerland*
- *Palliativt Team for Børn og Unge, Region Nordjylland*
- *Team for Lindrende Behandling, Aalborg Universitetshospital, Aalborg*
- *Team for Lindrende Behandling, Aalborg Universitetshospital, Thisted*
- *Team for Lindrende Behandling, Regionshospital Nordjylland*

## Højt specialiserede funktioner

Der findes aktuelt ikke højt specialiserede funktioner inden for fagområdet.

### Monitorering af specialfunktioner

DSPaM følger løbende op på, om den gældende beskrivelse af specialfunktioner er tidsvarende, relevant og dækkende. Det sker gennem en årlig statusrapport over opfyldelse af krav til fagområdet i fagområdevejledningen.

Hvis palliativ medicin skifter status fra fagområde til lægevidenskabeligt speciale, vil Sundhedsstyrelsen have ansvar for opfølgning på, om den gældende plan for palliativ medicin er tidssvarende, relevant og dækkende.

## Baggrund for udarbejdelse af fagområdevejledningen

DSPaM har udarbejdet denne fagområdevejledning efter forlæg og inspiration fra Sundhedsstyrelsens udgivelser 'Specialeplanlægning - begreber, principper og krav', 2015, og 'Oplæg til ny model for specialeplanlægning', 2025.

### **Nedenstående udgør supplement til anbefalinger og krav til den faglige tilrettelæggelse og organisering af palliativ medicin:**

Dansk Selskab for Almen Medicin, 2024. Palliation - Klinisk vejledning for almen praksis.

Dansk Selskab for Palliativ Medicin, 2024. National strategi for lindring af patienter med livstruende sygdomme.

Dansk Selskab for Palliativ Medicin, 2025. Anbefalinger for palliativ vagtrådgivning i Danmark.

Danske Regioner, 2020. Positionspapir for udvikling af den palliative indsats.

Lægeforeningen, 2025. Forslag til styrket palliation.

Lærings- og Kvalitetsteams, 2017. Nationale visitationskriterier til specialiserede palliative enheder.

Rigsrevisionen 2020. Beretning om adgangen til specialiseret palliation.

Rigsrevisionen 2025. Notat om adgangen til specialiseret palliation.

Sundhedsstyrelsen, 2015. Specialeplanlægning – begreber, principper og krav.

Sundhedsstyrelsen, 2017. Anbefalinger for den palliative indsats.

Sundhedsstyrelsen, 2018. Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier

Sundhedsstyrelsen, 2025. Oplæg til ny model for specialeplanlægning.

Sundhedsstyrelsen 2026. National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care* 2009; 16(6): 278–289