

Ansatte Tandlægers Organisation (ATO) _____	4
Cystisk Fibrose Foreningen _____	5
Danmarks Apotekerforening _____	7
Dansk Cardiologisk Selskab _____	12
Dansk Endokrinologisk Selskab _____	17
Dansk Erhverv _____	18
Dansk Erhverv _____	25
Dansk Firmaidræt _____	29
Dansk Industri (DI) _____	31
Dansk Industri (DI) _____	34
Dansk Psykolog Forening (DP) _____	37
Dansk Selskab for Almen medicin (DSAM) _____	38
Dansk Selskab for Folkesundhed _____	41
Dansk Selskab for Infektionsmedicin _____	43
Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR) _____	45
Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM) _____	49
Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!) _____	53
Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!) _____	55
Dansk Sygeplejeråd (DSR) _____	57
Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (FSSK) _____	60
Dansk Sygeplejeråd (DSR) _____	62
Danske Bioanalytikere - dbio _____	65
Danske Fysioterapeuter _____	68
Danske Handicaporganisationer (DH) _____	72
Danske Osteopater _____	75
Danske Patienter _____	78
Danske Patienter _____	85
Danske Regioner _____	88
Danske Regioner _____	110
Danske Seniorer _____	117

Danske Tandplejere	119
Danske Tandplejere	121
Danske Ældreråd	123
Datatilsynet	125
Diabetesforeningen	134
Ergoterapeutforeningen (Etf)	136
Femern Belt Development, Greater Copenhagen, Region Sønderjy- lland-Schleswig og STRING	138
FGU Danmark	139
FOA	140
FOA	143
Forenede Care	145
Foreningen af danske sundhedsvirksomheder - Sundhed Danmark	147
Hjernesagen	150
Hjernesagen	155
Hjerteforeningen	160
Hjerteforeningen	163
HK Kommunal	164
HØPA	165
Kirkens Korshær	167
KL	169
KL	184
Kommunale Velfærdschefer	188
Kost og Ernæringsforbundet og Foreningen af Kliniske Diætister ..	189
Kræftens Bekæmpelse	191
LAP - Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere ..	201
Lev - Livet med udviklingshandicap	202
Lungeforeningen	204
Lægeforeningen, FAS, YL og PLO	206

Reddernes Fagforening	208
Reddernes Fagforening	209
Region Sønderjylland - Schleswig	210
Røde Kors	212
Rådet for Socialt Udsatte	216
Selveje Danmark	220
SIND - Landsforeningen for psykisk sundhed	221
Sjældne Diagnoser	222
Socialpædagogernes Landsforbund (SL)	224
Tandlægeforeningen	226
Tandlægeforeningen	228
Varde Kommune	230
Ældre Sagen	235
Aarhus Universitet	241

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Flemming Frandsen (FLF@SUM.DK), Sarah Storm Egeskov (SSE@SUM.DK)
Fra: Ole Højbo Andersen (oha@ato.dk)
Titel: Sagsnr. 2025 - 3023
Sendt: 25-06-2025 13:36
Bilag: Signature-20250625113831.txt;

ATO har ingen bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen

Ole Højbo Andersen
Juridisk konsulent

Mobil: +45 28 11 09 00
Hovednr: +45 33 14 00 65

Web: www.ato.dk

Peter Bangs Vej 30, 4 sal
DK 2000 Frederiksberg

Sekretariatets åbningstider:
Mandag-fredag KL.9-15



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Fremsendt til sum@sum.dk med kopi til flf@sum.dk og sse@sum.dk

1. juli 2025

Høringssvar til udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Cystisk Fibrose Foreningen indgiver hermed høringssvar til ovenstående lovforslag. Vi ser positivt på ambitionerne i Sundhedsreform 2024 om at styrke og modernisere det danske sundhedsvæsen samt lovforslagets initiativer for at fremme mere sammenhængende patientforløb.

Med dette høringssvar ønsker vi at fremhæve vigtigheden af fortsat højt specialiseret sygehusbehandling for borgere med sjældne, alvorlige og behandlingskrævende sygdomme som bl.a. cystisk fibrose. Herunder også behovet for effektiv koordinering mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen for sådanne patientgrupper.

Adgang til højt specialiseret sygehusbehandling

Vi finder det positivt, at lovforslaget understreger, at borgere skal henvises til sygehusbehandling, *når en problemstilling er alvorlig og tidskritisk, og hvor der er behov for kontinuerlig sundhedsfaglig observation, adgang til multidisciplinære lægefaglige kompetencer døgnet rundt samt specialiseret udstyr* (lovforslag s. 96). Sådant behandling er afgørende for borgere med sjældne, alvorlige og komplekse sygdomme som cystisk fibrose. Vi anerkender, at patienters behov for sådan sygehusbehandling kan ændre sig over tid pga. teknologiske fremskridt og nye behandlingsmetoder, men udvikling og ibrugtagning af nye og mere effektive behandlingstiltag forudsætter, at der er sundhedsfaglig viden og kapacitet hertil. Derfor er det centralt at fortsat bevare og fremme de fremskridt og resultater, der er opnået med mange års specialisering af det danske sygehusvæsen.

I Danmark behandles alle patienter med cystisk fibrose på to højt specialiserede Cystisk Fibrose Centre på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital. Den højt specialiserede og multidisciplinære centerbehandling for patienter med cystisk fibrose i hele landet har medført betydelige forbedringer i patienternes helbred, livskvalitet og overlevelse. Fra at være en sygdom, som kun få overlevede barndommen med, lever mange nu et aktivt voksenliv med både karriere, familie og fremtidsdrømme. Et geografisk nært sundhedstilbud er derfor alene ikke garanti for bedre sundhed. Den nødvendige ekspertise indenfor sjældne sygdomme er netop sjælden og derfor bedst samlet nationalt ud fra et ressourceoptimerende og fagligt hensyn, jf. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning.

Vi ser det derfor som vigtigt, at der i lovforslaget og implementeringen heraf, herunder for national sundhedsplan og sundhedsråd, også tages hensyn til de borgere, hvis livsvigtige sygdomsbehandling primært sker uden for deres kommune eller region. Dette er så børn, unge og voksne fortsat får gavn af højt specialiseret sygehusbehandling og støtte til tilværelsen med en alvorlig sygdom.

Koordinering mellem primært og sekundært sundhedsvæsen

For at sikre sammenhængende patientforløb er tæt koordinering mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen nødvendig. Særligt almen praksis spiller en central rolle i opsporing, forebyggelse og behandling af andre sygdomme, som patienter med sjældne sygdomme også kan pådrage sig, særligt som patienten bliver ældre. I sådanne tilfælde er det vigtigt, at almen praksis og andre aktører i det primære sundhedsvæsen har adgang til den nødvendige viden og rådgivning fra de højt specialiserede sygehusafdelinger.

Vi anbefaler, at implementeringen af lovforslaget indeholder rådgivningsforpligtelser og klare retningslinjer for samarbejdet mellem højt specialiserede sygehusafdelinger og det nære sundhedsvæsen. Det inkluderer ressourcer til kompetenceudvikling og vidensdeling, så multisyge patienter med sjældne, alvorlige kroniske sygdomme samtidigt modtager en helhedsorienteret behandling, der tager højde for deres komplekse og individuelle behov på sikker og forsvarlig vis.

Speciallæger for fremtiden

Det er afgørende for fremtidens behandling, at lovforslaget, særligt vedrørende dimensioneringsplanen for speciallæger, understøtter behovet for at opretholde og styrke de specialfaglige kompetencer, også i det højt specialiserede sygehusvæsen. Kompetence, erfaring og viden inden for alvorlige, sjældne sygdomme er allerede i dag samlet hos få læger og sundhedsfagligt personale, hvilket er sårbart over for generationsskifte og andre driftsforstyrrelser. Endnu færre ressourcer her ville kunne betyde, at læge- og sundhedsfaglige kompetencer spredtes over flere subspecialer, hvilket strider mod formålet med den højt specialiserede sygehusbehandling.

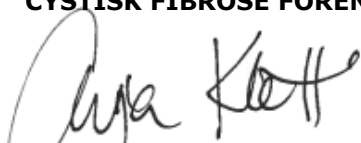
Speciallæger spiller derfor en central rolle i at sikre høj kvalitet og sikkerhed i behandlingen af patienter med komplekse og sjældne sygdomme, også for fremtiden. Dimensioneringsplanen bør derfor nøje overveje og tilpasse antallet af uddannelsesforløb, så det afspejler de aktuelle og fremtidige behov for specialiseret viden og ekspertise, også inden for de mere sjældne sygdomme. Det vil bidrage til, at det danske sundhedsvæsen fortsat kan levere behandling af højeste standard og imødekomme de muligheder, som udviklingen inden for medicin og teknologi medfører for nogle af de mest behandlingskrævende og sårbare borgere, børn, unge som voksne.

Afslutning

Cystisk Fibrose Foreningen støtter intentionerne i lovforslaget om at skabe et mere sammenhængende og nærværende sundhedsvæsen. Vi ser frem til at samarbejde om implementeringen af lovforslaget og sikre, at patienter får den bedst mulige behandling og støtte på tværs af sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen

CYSTISK FIBROSE FORENINGEN



Anja Nordstrøm Klett
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Mail til sum@sum.dk med kopi til flf@sum.dk og sse@sum.dk

02-07-2025
BNW/412/00104

Apotekerforeningens svar på høring om udkast til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 4. juni 2025 sendt forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love i offentlig høring. Lovforslaget omhandler flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver mv.

Lovforslaget er en del af implementeringen af sundhedsreformen og implementerer væsentlige dele af omstillingen af sundhedsvæsenet, hvor flere opgaver fremover skal løses i det nære sundhedsvæsen.

Apotekerne er en del af det nære sundhedsvæsen

Det fremgår af bemærkningerne til §1 nr. 1, at der med det nære sundhedsvæsen forstås en samlet betegnelse for sundhedsydelse, der varetages uden for sygehuse af f.eks. kommuner og regioner og eventuelt i samarbejde med de almenmedicinske tilbud og øvrige privatpraktiserende sundhedsprofessionelle.

Apotekerne er som privatpraktiserende sundhedsprofessionelle en del af det nære sundhedsvæsen. Med over 500 apoteker og mere end 4.000 farmaceuter og farmakonomer er apotekerne til stede i hele landet med kompetencer, der skal bringes i spil, når flere sundhedsopgaver skal løses lokalt.

Danmarks Apotekerforening takker derfor for muligheden for at afgive høringssvar. Foreningen forholder sig i høringssvaret fortrinsvis til elementer, der vedrører levering af og rådgivning om medicin samt om forebyggelse.

Apotekerforeningen mener, at:

- apotekernes nuværende samarbejder med kommuner om at styrke medicinsikkerhed fremover også skal forankres hos regionerne.
- forebyggelse og samtaler om bedre brug af medicin skal udbredes og være et tilbud i kronikerpakker.
- kvalitetsstandarder skal indeholde krav om regelmæssig kompetenceopbygning i medicin håndtering.
- personale i kommuner og regioner kan søge medicinfaglig rådgivning på apotek.
- apotekerne kan levere både patientspecifik medicin og medicin til medicinske på sundheds- og omsorgspladser. Dog bør mængden af medicin i medicinske holdes på et minimum.

- apotekerne kan udlevere vederlagsfri sygehusmedicin.
- det vil sikre hurtigst levering af medicin til borgeren, hvis apoteket får besked om placering af borger og sikring af, at alle recepter er klar.
- der skal oprettes praksisforum eller fagudvalg i tilknytning til sundhedsrådene med lokale sundhedsprofessionelle, herunder apotekerne.

Ovenstående uddybes nedenfor.

Apotekernes nuværende samarbejder med kommuner om at styrke medicinsikkerhed skal fremover også forankres hos regionerne

I bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser til §1 nr. 3 om §118 står, at *det ikke alene er kommunerne, men fremadrettet også regionerne, der vil have ansvaret for at sikre de i afsnittet nævnte sundhedsydelser.* I de almindelige bemærkninger til lovforslaget under afsnit 3.1.2.1 står, at *opgaveflytningerne vedrører følgende kommunale indsatser i det nære sundhedsvæsen: patientrettet forebyggelse, akutsygeplejen, dele af genoptræningsindsatserne efter udskrivning fra sygehus, samt hovedparten af målgruppen for de midlertidige pladser i kommunerne.*

Apotekerforeningen gør opmærksom på, at apotekerne i flere år har haft samarbejde med kommuner om levering af medicin og ydelser på midlertidige pladser, akutpladser og i forbindelse med patientrettet forebyggelse. Samarbejder handler om:

- Bestilling og levering af medicin
- Undervisning fra apotekspersonale om medicinshåndtering og lægemiddelfaglige emner
- Hjælp til etablering af kvalitetssikre medicinarbejdsgange
- Medicinennemgange i samarbejde med læger.

Apotekerne finder det hensigtsmæssigt fremadrettet at kunne indgå aftaler med regionerne om lignende samarbejder og fortsætte samarbejdet med kommunerne. Samarbejdet vil udover medicinsikkerhed for patienterne også bidrage til den ønskede faglige bæredygtighed i fremtidens sundhedsvæsen.

Forebyggelse og samtaler om bedre brug af medicin skal udbredes og være en del af kronikerpakker

Apotekerne er i kontakt med 95% af alle voksne danskere hvert år. Dermed ser apotekerne patienter, som kan være svære for kommuner eller regioner at nå. Det giver et stort potentiale for at varetage forebyggelsesopgaver, borgerne er glade for nærheden og tilgængeligheden til lokale apoteker. Samarbejde om patientrettet forebyggelse handler fx om:

- Kommunernes henvisning til apotekernes rådgivning om fx nikotinstop eller apotekernes henvisning til kommunens tilbud for borgere
- Vaccinationer mod fx influenza, pneumokok, COVID-19, HPV og helvedesild
- Rejsevaccinationer.

Apotekerne tilbyder i dag også samtaler med patienter om brug af medicin for at understøtte patientens behandling, så uhensigtsmæssig brug og indlæggelser undgås¹.

For at understøtte, at flere patienter kommer godt i gang med at bruge den medicin, lægen har ordineret, og at mestre egen sygdom, foreslår Apotekerforeningen, at samtaleydelserne også tilbydes som en del af de fremtidige kronikerpakker.

¹ Samtalerne fremgår af bekendtgørelse nr. 1563 af 9. december 2024 om medicinsamtale på apotek og bekendtgørelse nr. 1562 af 9. december 2024 om compliance-samtale på apotek.

Kvalitetsstandarder skal indeholde krav om regelmæssig kompetenceopbygning i medicinhåndtering

I bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser til §1 nr. 4 om §118 b står det beskrevet, at der skal udvikles kvalitetsstandarder. Der står, at *kvalitetsstandarderne kan f.eks. vedrøre krav og anbefalinger til den omfattede målgruppe, indsatser og tilrettelæggelsen heraf, kompetencer og uddannelse, udstyr, kvalitetssikring og registrering/monitorering, samarbejde med andre aktører, herunder rådgivning m.v.*

Mht. kompetencekrav foreslår Apotekerforeningen, at der i kvalitetsstandarderne indføres krav om, at alle relevante medarbejdere på sundheds- og omsorgspladser, plejehjem, bosteder og i hjemmeplejen regelmæssigt deltager i undervisning om sikker håndtering af medicin.

Personalet disse steder har et stort ansvar, når de skal håndtere patienternes medicin. Kompetencerne til at løfte opgaverne er imidlertid ikke altid til stede, og der kan opstå fejl og utilsigtede hændelser. Op mod 40 procent af alle indlæggelser af ældre på medicinske afdelinger er fx medicinrelaterede.² De seneste erfaringsopsamlinger fra Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn i 2024 på plejeområdet viser, at mange plejeenheder har problemer med at leve op til krav om medicinhåndtering. På bosteder er der også fortsat problemer med medicinhåndtering flere steder.^{3,4}

Samarbejde mellem apoteker og kommuner om undervisning af plejepersonale og pædagogisk personale, indsatser om kvalitetssikring af medicineringsprocesser samt medicingennemgang har eksisteret i flere år - det har vist sig at øge kompetencerne, forbedre arbejds gange omkring medicin og øge medicinsikkerheden for patienterne.^{5,6}

Apotekerne skal fortsat have mulighed og rammer for at tilbyde disse ydelser til både kommunale og regionale institutioner og personale. Ligesom der findes fasttilknyttede læger på plejehjem og fremover på bosteder, kan der også indgås lokale aftaler med apoteker om fasttilknyttede farmaceuter og/eller farmakonomer.

Personale i kommuner og regioner kan også søge medicinfaglig rådgivning på apotek

I bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser til §1 nr. 4 om §118 b står, at *regionerne skal yde rådgivning i forbindelse med udførelsen af opgaver, som der er udstedt kvalitetsstandarder om. Dette vil kunne være rådgivning fra læger i almenmedicinske tilbud såvel som lægefaglig rådgivning eller rådgivning fra andre faggrupper med særlige kompetencer fra sygehusene.*

Apotekerforeningen gør opmærksom på, at personale i kommuner og regioner også kan søge medicinfaglig rådgivning og sparring på de lokale apoteker. Det foregår også i dag, hvor personale får rådgivning fra apoteket om fx praktisk brug af medicin. I apotekernes økonomiaftale med staten er der afsat midler til udvikling af en te-

² [Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen.](#)

³ [Tilsyn på plejeområdet viser fortsat udfordringer med medicinhåndteringen | Styrelsen for Patientsikkerhed](#)

⁴ [Tilsyn: God udvikling af patientsikkerheden på bosteder | Styrelsen for Patientsikkerhed](#)

⁵ [Pharmaceutical care services available in Danish community pharmacies | International Journal of Clinical Pharmacy](#)

⁶ [Mange behandlingssteder har udfordringer med medicinhåndtering - Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet](#)

lefonisk rådgivningsshotline, som sundheds- og plejepersonale kan ringe til for at få svar på spørgsmål om medicin.

Apotekerne kan levere både patientspecifik medicin og medicin til medicinske på sundheds- og omsorgspladser

§ 118 d beskriver, at *Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser*. I bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser til §1 nr. 6 om §118 d står: *rammerne for medicinbehandling på sundheds- og omsorgspladserne vil som udgangspunkt blive de samme som på de nuværende midlertidige pladser*.

I lovforslagets afsnit 3.1.1.5. Midlertidige pladser står: *patienter, der behandles på midlertidige pladser, køber som udgangspunkt den nødvendige medicin på et apotek og modtager tilskud til medicinen efter sundhedslovens regler. Der er mulighed for, at bl.a. læger og sygeplejersker kan udlevere lægemidler til en patient fra et fælles medicinskab, indtil patienten f.eks. kan komme på apoteket og hente et receptpligtig lægemiddel*.

Apotekerforeningen lægger derfor til grund, at personer på sundheds- og omsorgspladser nævnt i forslaget § 118 d skal købe deres medicin fra et apotek, idet foreningen også lægger til grund, at der ikke er tale om "tilknyttede behandlingsinstitutioner" jf. apotekerlovens § 55, hvorfor regionernes sygehusapoteker ikke kan levere lægemidler til disse pladser. Apotekerforeningen gør i den forbindelse opmærksom på, at de fleste apoteker og vagtapoteker tilbyder levering af medicin til patienter på institutioner, som ikke selv kan hente medicinen eller har pårørende, der kan.

Med hensyn til medicinske mener Apotekerforeningen, at mængden af medicin i medicinskabene skal holdes på et minimum, og at der kun rekvireres lægemidler til medicinske, som vil kunne have afgørende betydning for den enkelte patients opstart af behandling - både for at sikre korrekt opbevaring og for at undgå spild af lægemidler grundet udløb. Ved receptekspedition på apotek sikres det også, at lægemidlerne leveres med navn, dosering mv., hvilket vil være med til at sikre, at lægemidlerne udleveres til den rette patient i rette mængde.

Helt generelt bør det inden for apotekets normale åbningstid være førstevalg at bestille lægemidlerne til den konkrete patient via en recept. Lægemiddelmarkedet er plaget af restordre, og af hensyn til forsyningssikkerheden, patientsikkerheden og medicinspild bør der fastsættes rammer for mængden af lægemidler, der kan rekvireres til et medicinskab for at sikre mod unødigt lageropbygning.

Med hensyn til kvalitetssikringen af medicinske opfordres der til at gøre brug af de lægemiddeluddannede farmakonomer og farmaceuter på apotekerne til at gennemføre tilsyn med medicinske, hvor der fx tjekkes udløb af medicin og korrekt opbevaring samt til at bistå instrukser på området.

Apotekerne kan udlevere vederlagsfri sygehusmedicin

I forlængelse af bemærkninger om levering af medicin til sundheds- og omsorgspladser, gør Apotekerforeningen opmærksom på, at apotekerne med ændringen af apotekerloven fra 2024 også kan udlevere vederlagsfri sygehusmedicin til patienterne, så de selv, pårørende eller personale på sundheds- og omsorgspladser ikke skal køre langt til et sygehus eller en medicinboks for at hente vederlagsfri medicin.

Lokale samarbejder mellem sygehusapoteker og private apoteker om udlevering af vederlagsfri sygehusmedicin lokalt udvikles og udbredes i disse år. Det er et godt ek-

sempel på, hvordan apotekerne kan bidrage til omstilling af aktivitet fra sygehusene til sundhedsvæsenet tæt på patienterne.

Information til apoteket, så borgeren får sin medicin hurtigst muligt

I bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser til §1 nr. 6 om §118 d står, at regionen har ansvaret for, at kommunen får rettidig og relevant information om borgerens behov inden afslutning af opholdet. Herunder er regionen ansvarlig for at sikre, at oplysninger om borgerens fortsatte behandling, herunder medicinske behandling, er til rådighed for kommunen.

Apotekerforeningen gør opmærksom på, at det vil være optimalt for borgerens medicinske behandling, hvis regionen giver apoteket besked om, hvor borgeren skal opholde sig efter udskrivelse, og at regionen sørger for recepter til medicin, der ikke er recept på. Apotekerne oplever i dag, at det typisk er manglende recepter og manglende viden om, hvor borgeren skal hen, der forsinker levering af medicin. Apotekerne har gode erfaringer med at bruge korrespondancemeddelelser som kommunikationskanal med kommunerne og i mere akutte situationer benyttes telefonisk kontakt.

Der skal oprettes praksisforum eller fagudvalg i tilknytning til sundhedsrådene med lokale sundhedsprofessionelle, herunder apotekerne

Lovforslaget gennemfører som nummer 16, jf. ny § 206 c, at Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan, som sætter strategisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet, samt at de nye sundhedsråd, jf. ny § 206 d, udarbejder nærsundhedsplaner, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsrådene består af regionale og kommunale folkevalgte repræsentanter, og regionsrådene skal behandle nærsundhedsplanen efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.

Apotekerforeningen ser behov for, at også sundhedsprofessionelle inddrages i arbejdet i sundhedsrådene herunder udarbejdelse af nærsundhedsplaner. Det bør ikke udelukkende være repræsentanter fra stat, regioner og kommuner, der indgår i samarbejdet for at skabe et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Apotekerforeningen opfordrer derfor til, at der oprettes praksisforum eller fagudvalg i tilknytning til sundhedsrådene med repræsentanter for de lokale sundhedsprofessionelle. Her kan aktørerne bidrage med erfaringer fra hverdagen og give input til sundhedsrådet om bl.a. indholdet i nærsundhedsplaner.

Medicin er en del af de fleste behandlingsforløb, og apotekerne er dermed en central aktør for patienterne. Repræsentanter fra apotekernes kredsforeninger vil være relevante deltagere i praksisfora eller fagudvalg.

En forpligtende inddragelse af sundhedsprofessionelle kan ses som en parallel til kravet om, at patienters og pårørendes viden og perspektiver skal inddrages gennem høring af patient- og pårørendeudvalg.

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard



DANSK CARDIOLOGISK SELSKAB DANISH SOCIETY OF CARDIOLOGY

Rehabilitering og palliation er central for indfrielse af ambitionerne i sundhedsreformen, men terminologien er uklar i lovteksten

Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. *"Høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v."*

DCS deler ambitionen i sundhedsreformen (1) om at sikre ensartet og høj kvalitet i sundhedsindsatserne tæt på borgeren, hvor der er faglig evidens for at indsatserne kan flyttes fra sygehuset til det nære sundhedsvæsen. Vi bakker op om at regionerne sammen med sundhedsrådene får et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling tættere på eller helt ud i borgerens eget hjem, så flere borgere vil opleve en tidlig, nær og sammenhængende indsats med ambitionen om blandt andet at undgå unødige genindlæggelser.

På det kardiologiske område er vi lykkedes med at udbygge samarbejde med det nære sundhedsvæsen i forhold til udflytning af hjerterehabilitering (2) for de store hjertesygdomsgrupper (iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt). Vi er klar til at fortsætte denne udvikling, i takt med at der skabes mere viden om udflytning af indsatserne for de voksende antal ældre patienter med atrieflimmer og andre hjertetilstande. Vi er i flere regioner lykkedes med at opbygge bæredygtige modeller for styrket samarbejde omkring den nære indsats, med placering af ansvar på hospitalet og levering af indsatser tæt på borgeren (3). Kvaliteten af de tværsektorielle indsatser monitoreres i Dansk Hjerterehabileringsdatabase (4).

Uklar terminologi for rehabilitering

Vi har desværre også erfaret de udfordringer, der ligger i at den danske sundhedslovgivning anvender uklar terminologi i forhold til rehabilitering. Terminologien i lovgivningen lever ikke op til den danske definition af rehabilitering (2,5). Evidensbaseret rehabilitering er en kompleks intervention, som tager afsæt i patientens behov, er typisk sammensat af fysisk træning, patientundervisning, livsstilsinterventioner og psykosociale indsatser.

I den nuværende lovgivning spredt rehabilitering sig over flere paragraffer og bekendtgørelser (§84, §119, §140 og tilhørende paragraffer). Dette er videreført uændret i det nye lovudkast. Videreførelse af den uklare terminologi efterlader en høj risiko for at ambitionen om ensartet og høj kvalitet i indsatserne kompromitteres. Uklarheden bidrager desuden til at spænde ben for indfrielse af ambitionerne om at forebygge unødige indlæggelser. Loven tildeler herudover alene patienter ret til vurdering af genoptræningsbehov og udarbejdelse af genoptræningsplaner (§84), mens patienter ikke har ret til de forebyggende indsatser som er helt centrale dele af evidensbaseret

Bestyrelse Board

Formand President

Jens Flensted Lassen
Hjertemedicinsk Afdeling B
Odense Universitetshospital
J. B. Winsløvs Vej 4
DK-5000 Odense C

E: jens.flensted.lassen@rsyd.dk

Lægelig sekretær Secretary

Gro Egholm
Hjertemedicinsk Afdeling B
Odense Universitetshospital
J. B. Winsløvs Vej 4
DK-5000 Odense C

E: gro.egholm@rsyd.dk

Medlemmer Members

Christian Gerdes
Aarhus Universitetshospital

Claus Kjær Pedersen
Horsens sygehus

Ashkan Eftekhari
Aalborg Universitetshospital

Jacob Moesgaard Larsen
Aalborg Universitetshospital

Adam Blyme
Holbæk Sygehus

Ole Ahlehoff
Rigshospitalet

Emil Lind Flensborg
Kolding sygehus

Nanna Louise Junker Udesen
Odense Universitetshospital

Sekretariat Secretariat

Vognmagergade 7, 3. sal
1120 København K

T: 31 37 88 54
E: dcs@cardio.dk

rehabilitering, og som danner grundlaget for de forventede effekter af rehabiliteringsindsatserne. DCS er af den overbevisning at uklarheden kan minimeres ved at benytte ordet rehabilitering frem for genoptræning i lovgivningen.

DCS indstiller derfor, at lovteksten §84, §139 og §140 tilpasses så ordet genoptræning erstattes af rehabilitering. Der er herudover behov for at tilpasse bekendtgørelsen om genoptræning, så den rummer alle rehabiliteringsdelelementer indlejret i den nye lovgivnings §119, §139 og §140.

Palliation er ikke en del af lovteksten

Lovforslaget introducerer regionale sundheds- og omsorgspladser. Lovteksten i §118 fokuserer dog primært på det rehabiliterende sigte mens palliation ikke er nævnt eksplicit. Data publiceret fra Syddansk Universitet om de eksisterende kommunale midlertidige døgnpladser viser, at 16% dør inden for 30 dage efter udskrivelse og at 38% dør inden for det første år. Herudover indlægges 7% af patienterne akut fra pladserne (6). Tallene vidner om, at en betydelig andel af patienterne på disse pladser er særdeles skrøbelige og har komplekse behov. Disse patienter vil ofte have en eller flere kardiologiske problemstillinger hvoraf stabil kronisk koronar sygdom, kronisk atrieflimmer og kronisk hjertesvigt vil være dominerende. For disse patienter er indsats med palliativt sigte afgørende – herunder afklaring af ønsker til fremtidig pleje og behandling samt stillingtagen til udrednings- og behandlingsniveau, ikke mindst for at kunne respektere den enkelte patients ønsker, men også for at undgå unødige indlæggelser og udsigtsløs behandling (7,8). Det vil styrke fokus på palliation i fremtiden at få ordet indført eksplicit i lovteksten.

Det indstilles derfor at palliation bliver indført i lovteksten §118 i forhold til sundheds- og omsorgspladser.

Konkrete ændringer til lovteksten

Paragraf	Lovtekst (tilføjelser indsat med rødt)
§84	Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan rehabiliteringsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning rehabilitering efter udskrivning fra sygehus.
§118d. s.2.	Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende og/eller pallierende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.
§118d. stk. 2. s.2.	Regionsrådet er ansvarlig for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende og/eller pallierende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.
§ 139 a.	Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri almen genoptræning rehabilitering til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning rehabilitering , jf. § 84 om genoptræning rehabiliterings planer, jf. dog § 118 d, stk. 2.
§ 139 b.	Regionsrådet tilbyder vederlagsfri genoptræning rehabilitering på specialiseret niveau og rehabilitering på højt specialiseret niveau til

	<p>personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning rehabilitering, jf. § 84 om genoptræning rehabiliteringsplaner</p>
§ 140	<p>Kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139 a og 139 b tilrettelægges i sammenhæng med andre relaterede kommunale og regionale træningsindsatser m.v. efter denne lov og anden lovgivning.</p> <p><i>Stk. 2.</i> Kommunalbestyrelsen henholdsvis regionsrådet kan tilvejebringe tilbud om genoptræning rehabilitering efter §§ 139 a og 139 b ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.</p> <p><i>Stk. 3.</i> En person, der udskrives fra sygehus med en genoptræning rehabiliteringsplan, jf. § 84, kan, medmindre genoptræning rehabilitering skal foregå på sygehus eller på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 d, stk. 2, vælge at modtage genoptræning rehabilitering hos en privat leverandør, som KL henholdsvis Danske Regioner har indgået aftale med efter stk. 4, hvis kommunalbestyrelsen eller regionsrådet ikke inden for 7 dage efter udskrivning fra sygehus kan tilbyde opstart af genoptræningen, jf. stk. 2. For borgere med ophold på en sundheds- og omsorgsplads efter § 118 d, stk. 2, med fortsat genoptræning rehabiliteringsbehov efter §§ 139 a, vil fristen regnes fra endt ophold på sundheds- og omsorgspladsen. Angiver genoptræning rehabilitering planen, at genoptræning rehabilitering af sundhedsfaglige grunde først bør opstartes på et senere tidspunkt end udskrivningstidspunktet, regnes fristen dog fra dette tidspunkt.</p> <p><i>Stk. 4.</i> KL indgår på kommunernes vegne aftale efter stk. 3 med private leverandører om levering af genoptræning rehabilitering efter § 139 a. Danske Regioner indgår på regionernes vegne aftale efter stk. 3 med private leverandører om levering af genoptræning efter § 139 b.</p> <p><i>Stk. 5.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om borgerens mulighed for at vælge mellem genoptræning rehabiliteringstilbud som følge af stk. 2 og 3.</p> <p><i>Stk. 6.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelser i forhold til udmøntningen af stk. 3, herunder om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at informere borgerne om frit valg og vilkårene herfor, og om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelse til at føre tilsyn med leverandørerne, der indgår aftale efter stk. 4.</p> <p><i>Stk. 7.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om leverandørernes forpligtelser i forhold til modtagelse af borgere i ordningen, om deklaration af oplysninger til brug for borgerens frie valg og dokumentation af faglige kvalifikationer og leveret genoptræning og om information om ændringer i borgerens behov.</p>

	<p><i>Stk. 8.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om betingelser for borgerens valg af leverandør efter stk. 3.</p> <p><i>Stk. 9.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om KLs og Danske Regioners aftaleindgåelse med leverandører, herunder om brug af underleverandører og tilsyn med leverandører.</p> <p><i>Stk. 10.</i> Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om løsningen af tvister mellem KL og Danske Regioner og private leverandører af genoptræning rehabilitering om vilkårene for aftaler efter stk. 4.«</p> <p>[Endelig udformning af denne bestemmelse, særligt stk. 2 og 3, udestår nær-mere afklaring i forhold til udbudsreglerne]</p>
§206d.	<p>Tilføjelse til lovteksten:</p> <p>Regionsrådet har ansvar for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder f.eks. hvordan sygehusene understøtter behandling, forebyggelse, rehabilitering og palliation tæt på borgerne, og i eget hjem</p>

Det er DCS overbevisning, at der med disse ændringer skabes klarhed i initiering af rehabilitering, og tilrettelæggelse af indsatser baseret på den enkelte patients behov.

Mvh

Formand for DCS Jens Flensted Lassen,

Formand for arbejdsgruppen for præventiv kardiologi Ann-Dorthe Zwisler

Lægelig sekretær Gro Egholm

Referencer

- 1) [AFTALE OM SUNDHEDSREFORM 2024](https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf)
https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf
- 2) DCS. Nationale behandlingsvejledning. Kapitel 29. Hjerterehabilitering. 2025. <https://www.cardio.dk/hjerterehabilitering>
- 3) HjerterFyn. Tværsektoriel Sparring. Evaluering af en tværsektoriel hjerterehabiliteringsindsats.
https://ouh.dk/media/oqsmbpwq/2023_evalueringsrapport-tv%C3%A6rsektoriel-sparring-ouh_odense_assens_nordfyn_endelig.pdf

- 4) Dansk Hjerterehabileringsdatabase (DHRD).
<https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-hjerterehabileringsdatabase-dhrd/>
- 5) Hvidbog om rehabilitering. Version 2. 2022.
https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/publikationer/publikationerliteratur/hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf
- 6) Harbi, H., Lundby, C., Jensen, P.B. et al. Characteristics and care trajectories of older patients in temporary stays in Denmark. Eur Geriatr Med (2025) <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-025-01209-9>
- 7) DCS. Palliation ved fremskreden hjertesygdom. DCS Holdningspapir 2024.
https://www.cardio.dk/media/com_reditem/files/customfield/item/8160/c83d52084295c501906467fdf9a730792785f57c.pdf
- 8) Lægeforeningens holdningspapir til styrket palliation
https://laeger.dk/media/nxpow5e5/laegeforeningens-holdningspapir-forslag-til-styrket-palliation.pdf?fbclid=IwY2xjawltGRRleHRuA2FibQlxMAABHRXvpDYw9HhWebyirDG23cjclfa7Y9Gi7ecL3dBfm5KylVCyLz2vsFrQGA_aem_H7bT9tf8-aOMgO5QX2bzqA

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Flemming Frandsen (FLF@SUM.DK), Sarah Storm Egeskov (SSE@SUM.DK)
Fra: Fredrik Drews Mellbye (FREMEL@rm.dk)
Titel: Høringssvar fra Dansk Endokrinologisk Selskab
Sendt: 02-07-2025 14:11
Bilag: Signature-20250702121200.txt;

Høringssvar fra Dansk Endokrinologisk Selskab. Beklager 2 timers forsinkelse.

Dansk Endokrinologisk Selskab takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi er generelt positive over for intentionen om at sikre behandling tættere på – eller helt ud i – borgerens eget hjem, såfremt en sådan organisering kan bidrage til, at flere borgere oplever en tidlig, nær og sammenhængende indsats. Vi støtter også ambitionen om at forebygge unødige sygehusindlæggelser ved at sammentænke indsatser på tværs af sektorer og modvirke kassetækning.

Vi har dog følgende bemærkninger til lovudkastet:

På side 5, § 206, fremgår det, at de lokale sundhedsråd skal udarbejde nærsundhedsplaner. Det fremgår imidlertid ikke, hvordan universitetshospitaler og højt specialiserede afdelinger, der har behandlingsansvar for borgere uden for nærområdet, skal indgå i planlægningen. Vi foreslår, at det tydeliggøres, hvordan dette skal effektueres.

Derudover fremgår det af høringsbrevet, at visse opgaver, som kræver en vis specialisering og volumen – og som derfor kan være vanskelige for nogle kommuner at løfte med tilstrækkelig faglig og økonomisk bæredygtighed – overføres til regionerne. For endokrinologiske patienter er det vigtigt, at der fortsat er tilgængelig sårbehandlingskompetence til behandling af diabetiske fodsår samt kompetencer til genoptræning efter osteoporotisk sammenfald tæt på borgerne.

Med venlig hilsen
Dansk Endokrinologisk Selskab

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 2. juli 2025

Høringssvar fra Dansk Erhverv vedr. lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høringen til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (*Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.*).

Dansk Erhverv noterer sig, at lovforslaget skal indgå i første del af den anden lovpakke sammen med et forslag til lov om Digital Sundhed Danmark samt forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (National planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, nye regler for fælles digital infrastruktur, ændringer som følge af lov om Digital Sundhed Danmark og Statens Serum Instituts infrastrukturer, databaser m.v.). Dansk Erhverv noterer sig desuden, at lovforslagene, der er en del af den anden lovpakke, forventes at blive fremsat umiddelbart efter Folketingets åbning i oktober.

Dansk Erhverv repræsenterer en bred vifte af virksomheder og organisationer inden for sundheds- og velfærdsområdet. Herunder virksomheder, som enten producerer eller leverer sundhedsprodukter inden for life science, biotek og velfærdsteknologi, virksomheder og organisationer, der leverer sundhedsydelser til det offentlige (f.eks. privathospitaler, klinikker og leverandører af forskellige velfærdsydelser og tilbud inden for genoptrænings- og præhospitalsområdet) samt en række patientorganisationer. Ligeledes tæller Dansk Erhvervs medlemmer en række private og selvejende virksomheder på ældreområdet og leverandører af socialpsykiatriske botilbud.

Dansk Erhverv har i forlængelse af den politiske proces omkring nærværende lovforslag haft plads i følgegruppen til sundhedsstrukturkommissionen og har plads i følgegruppen for implementering af sundhedsreformen.

Dansk Erhverv arbejder for et velfærdssamfund og et sundhedsvæsen, hvor borgerne møder kvalitet, tillid og effektiv udnyttelse af ressourcer, uanset om indsatsen eller behandlingen foregår i offentligt eller privat regi. Dansk Erhverv ønsker som ansvarlig samfundsaktør at bidrage til løsninger og være med til at gøre de nye tiltag som udmønter sundhedsreformen til en succes.

Opgaveflytning (kvalitetsstandarder, patientrettet forebyggelse, sygepleje, genoptræning, etablering af sundheds- og omsorgspladser)

Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv stiller sig positivt overfor, at man i den nye sundhedsstruktur har fokus på at forankre en stærkere indsats tættere på borgeren. Dansk Erhverv anerkender, at der ses et udforingsbillede præget af flere patienter med kroniske sygdomme, multisyge patienter og ældre patienter, som lever længere. Her er en del af løsningen en styrkelse af indsatsen tættere på borgerne, som man ønsker at forankre blandt andet i de nye sundhedsråd og med den nye opgaveportefølje til regionerne.

I forlængelse af, de af Dansk Erhverv afgivende høringssvar til lovpakke 1, bemærkes, at man *blandt andet* bør være opmærksomhed på, at der med sundhedsreformen er åbnet op for **1)** at regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive regionale sundheds- og omsorgspladser, **2)** at private leverandører af helhedsplejen også skal have mulighed for at levere almene sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen, og **3)** at muligheden for offentlig-privat samarbejde tænkes med i arbejdet med hjemmebehandlingsteams, akutsygepleje samt genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Hermed peger aftalen i retningen af et politisk ønske om et styrket offentlig-privat samarbejde om sundhed.

Dansk Erhverv bemærker overordnet, at det foreliggende lovforslag har givet anledning til en vis forvirring om, hvordan de fremtidige beslutningsgange konkret vil blive på de områder, hvor opgaver flytter myndighedsansvar, og hvor der i dag, er private og ikke-offentlige leverandører i dag.

Dansk Erhverv har forståelse for, at noget af uklarheden skyldes, at der fortsat skal udarbejdes mere detaljeret lovgivning på flere områder, hvilket også fremgår af lovbemærkningerne. Derudover skal visse forhold fastsættes på bekendtgørelsesniveau mv.

Dansk Erhverv opfordrer derfor til, at beslutningsgangene bliver tydeliggjort, samt at informationsniveauet og dialogen med virksomheder og organisationer på området styrkes.

Dansk Erhverv noterer sig desuden, at i alle lovforslagets elementer, der vedrører opgaveflytninger, er Indenrigs og Sundhedsministeriet ved at afklare de nærmere rammer i forhold til udbudsreglerne. I den forbindelse opfordrer Dansk Erhverv til, at der sker en fuld ligestilling mellem offentlige og ikke-offentlige leverandører og at relevante aktører inddrages. Dansk Erhverv stiller sig naturligvis gerne til rådighed og bidrager med ekspertviden og indsigt i forhold til udbudsregler og udbudsmodeller.

Specifikke bemærkninger

Kvalitetsstandarder (§ 118 b).

Dansk Erhverv er positive overfor bibeholdelsen af kvalitetsstandarder i den nye lovgivning.

Dansk Erhverv støtter en ambitiøs implementering, så kvalitetsstandarderne får karakter af egentlige krav. Dansk Erhverv bemærker i forhold til paragraf 118b, at den ændring man har lavet i formuleringen af lovgivningen, ved at skrive ”kan” ind flere steder, som vist nedenfor, er umiddelbart unødvendige hvis ikke man ønsker en *mindre* omfattende tilgang. Eksempelvis fra starten af lovgivningen her:

- Uddrag af foreslåede lovgivning: »§ 118 b. Indenrigs- og sundhedsministeren *kan fastsætte* nærmere regler i kvalitetsstandarder for kommunalbestyrelser og regionsråd, herunder kvalitetskrav...
- Uddrag af tidligere lovgivning: »§ 118 b. Indenrigs- og sundhedsministeren *fastsætter* nærmere regler for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser, herunder om kvalitetskrav....

Dansk Erhverv hæfter sig dog i forlængelse heraf også ved indførslen af bl.a. paragraf 118c og 206c samt at det i lovgivningsbemærkningerne er fremskrevet, at man forsat ser behovet for at kunne lave kvalitetsstander/krav.

Dansk Erhverv anbefaler, at relevante private- og ikke-offentlige aktører inddrages ved udarbejdelse og opdatering af kvalitetsstandarder og tilsynsmodeller, på områder, der også omfatter dem - på lige fod med inddragelse af offentlige aktører. Krav til dokumentation og opfølgning bør være proportionale og ensartede på tværs af driftsformer. Således at krav ikke må stilles alene til private leverandører, og at tilsyn baseres på ensartede indikatorer og tilgange for offentlige og ikke-offentlige aktører.

Patientrettet og borgerrettede forebyggelse (§ 246 c, se også §119 stk. 3)

Dansk Erhverv bemærker, at det er en forudsætning, at patientrettet- og borgerrettet forebyggelse ikke kun er en udgift, men også en nødvendig investering. På arbejdsmarkedsområdet gør det sig for eksempel *alt andet lige* gældende, at en mere sund arbejdsstyrke er en mere produktiv arbejdsstyrke. Dansk Erhverv har blandt andet i vores analyser tidligere belyst, at syv kroniske sygdomme trækker op mod 70.000 fuldtidsbeskæftigede personer ud af arbejdsstyrken ([Dansk Erhverv, 2023](#)).

Dansk Erhverv konstaterer, at man i implementeringen af sundhedsreformen flytter den patientrettede forebyggelse fra kommunerne til regionerne. Dansk Erhverv anerkender behovet for at regionerne får ansvar for den patientrettede forebyggelse.

Dansk Erhverv hæfter sig ved, at hvis man skal i mål med ambitionerne om styrket forebyggelse, er der behov for en mere holistisk tilgang. Der er i lovgivningsarbejdet lagt op til en høj grad af myndighedsdrevet tilgang, hvilket Dansk Erhverv ikke finder kan stå alene, hvis man vil i mål med ambitionerne med sundhedsreformen. Dansk Erhverv opfordrer derfor til en styrket, systematisk inddragelse af samfundets aktører på området i forbindelse med forebyggelsesarbejdet - herunder bl.a. civilsamfundsorganisationer og virksomheder.

Afslutningsvis bemærker Dansk Erhverv, at kommunerne siden 2007 har haft ansvaret for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Men den uklare lovgivning – ofte kaldt '[gummiparagrafen](#)' – har resulteret i varierende forebyggelsesindsatser. Dansk Erhverv konstaterer, at man med den foreslåede lovgivning ændrer i strukturerne omkring det, men for nuværende ikke i hjemmelsgrundlaget for den borgerrettede forebyggelse (side 1-2).

Sundheds- og omsorgspladser (§ 118 d)

Dansk Erhverv kvitterer særdeles positivt for, at 'private' er fremskrevet i den foreslåede lovgivning § 118 d stk. 3, som også følger af aftale om Sundhedsreform 2024 mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre, Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre.

Dansk Erhverv har følgende forslag til forbedringer, der enten kan imødekommes i forbindelse med den nuværende lovgivning. Eller i forbindelse med bekendtgørelser eller som det fremgår af lovgivningens bemærkninger, at der i kommende lovforslag kan fastsætte nærmere regler om en række forhold angående sundheds- og omsorgspladser. Disse forbedringer kan både implementeres enkeltvis, eller sammentænkes i en fælles model:

- **Forbedringsforslag: Opstil ambitiøse mål, der sikrer inddragelse af privat og ikke-offentlig kapacitet i opgaveløsningen.** Et sådant mål kan med fordel forankres i lovgivningen. Nedenfor uddybes forslag til, hvordan der sikres reelt offentlig-privat samarbejde og konkurrence på området.
- **Forbedringsforslag: Sikre udbud, der giver mulighed for at private og ikke-offentlige aktører kan byde ind på opgaven.** Dansk Erhverv opfordrer til, at man sikrer udbud, så ikke-offentlige aktører sikres lige muligheder for at byde ind på opgaven. Ligeledes opfordre Dansk Erhverv til en klar og gennemsigtig i prisstruktur, blandt andet belært af erfaringerne med den pågående implementering af ældreformen/helhedsplejen.
- **Forbedringsforslag: Frit valg af leverandør.** Dansk Erhverv anerkender, at der med lovforslaget og den efterfølgende lovgivning på området indføres et geografisk "frit valg" på området for sundheds- og omsorgspladser, således at der åbnes op for, at borgerne skal have mulighed for at vælge, hvor i landet de ønsker at benytte en regional sundheds- og omsorgsplads. I den forbindelse mener Dansk Erhverv, at der med fordel bør åbnes op for en model, der sikrer borgerne et reelt frit valg, således at de også får ret og værdighed til selv at kunne vælge mellem et offentligt og ikke-offentligt tilbud.

Dansk Erhverv opfordrer desuden til, at man udnytter kapaciteten i de eksisterende pladser som er placeret på kommunale, selvejende og private plejehjem, der kan sammentænkes med den nye model for sundheds- og omsorgspladser.

Dansk Erhverv opfordrer desuden til at sker en systematisk dialog med private og ikke-offentlige aktører samt med civilsamfundet om bl.a. klare retningslinjer for en ligestillet adgang til data og datainfrastruktur mellem leverandører, henvisningsregler så bl.a. udsatte borgere ikke falder imellem stole og ikke udsættes for usammenhængende behandling mv.

Genoptræning (§ 140)

Dansk Erhverv kvitterer positivt for bibeholdelsen af rettigheden på syv dage på genoptræning efter paragraf 140.

Dansk Erhverv opfordrer kraftigt til, at man er opmærksom på at bruge eksisterende privat kapacitet og den mangeårige viden, der er opbygget på området. Det er afgørende i forbindelse med opgaveflytningen, at der ikke sker en "afspecialisering" af området, således som der skete i 2007, hvor viden og ekspertise gik tabt i den daværende reform på området.

Dansk Erhvervs medlemmer på området giver udtryk for, at der er uklarheder i forhold til dele af beslutningsgrundlaget, herunder i lovforslagets bemærkninger samt notater fra Sundhedsstyrelsen. Dette giver anledning til følgende to bemærkninger:

1. Når det vurderes, at cirka 5 % af de patienter, der i dag modtager avanceret genoptræning, fremover skal visiteres til specialiseret rehabilitering, sker det uden et solidt datagrundlag. Det skaber usikkerhed om opgavens reelle omfang – og dermed også om, hvorvidt de nødvendige ressourcer følger med. Hvis finansieringen ikke matcher behovet, risikeres en forringelse af kvaliteten i den specialiserede rehabilitering, hvilket vil ramme nogle af de mest sårbare patienter.
2. Dansk Erhverv konstaterer, at der forud for lovforslagets tilblivelse er forsøgt at tilvejebringe data om brug af private leverandører på avanceret og specialiseret niveau, udelukkende ved at række ud til kommunerne. Dansk Erhverv mener ikke, at den data kommunerne har på området har været fyldestgørende. Dansk Erhverv finder det problematisk at man ikke har forsøgt at række ud til de større leverandører på området i forbindelse med tilblivelsen af beslutningsgrundlaget. Dansk Erhverv opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen tager kontakt direkte til leverandørerne forud for at det endelige lovgivningsarbejde, så lovgivningen tilvejebringes på et oplyst grundlag.

Dansk Erhverv gør opmærksom på, at kompleksiteten i patientgrupperne indenfor den avancerede genoptræning og specialiserede rehabilitering betyder, at de fleste patienter henvises direkte til et genoptræningstilbud fra sygehus og ikke kan vente i 7 dage. Dansk Erhverv opfordrer til at lovgivningen implementeres med blik for, at der sker en direkte adgang til de private og ikke-offentlige tilbud for patienterne, der leverer avanceret genoptræning og specialiserede rehabilitering.

Dansk Erhverv bemærker, at kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139a og 139b ifølge § 140 skal tilrettelægges i sammenhæng med øvrige kommunale og regionale træningsindsatser efter både Sundhedsloven og anden lovgivning, herunder Serviceloven. Bestemmelsen er en videreførelse af gældende ret.

Det er imidlertid væsentligt at være opmærksom på, at når ansvaret for specialiseret rehabilitering og dele af den avancerede genoptræning overgår til regionerne, kan der opstå nye uklarheder i forhold til, hvordan indsatser efter Sundhedsloven skal koordineres med indsatser efter Serviceloven – eksempelvis for borgere, der har ophold i et botilbud efter § 107.

I sådanne tilfælde kan det blive uklart, hvem der har betalingsansvaret for de forskellige dele af indsatsen, og hvordan den tværfaglige indsats skal koordineres i praksis. Der er således risiko for opdeling af forløb, som i dag leveres samlet, hvilket kan svække helheden og kvaliteten i borgernes forløb.

Dansk Erhverv anbefaler derfor, at der udarbejdes en præcisering på bekendtgørelsesniveau, der tydeligt fastlægger rollefordeling, betalingsansvar og samarbejdsforpligtelser mellem kommuner og regioner i disse situationer.

Regional akutsygepleje mv. (§ 138a stk. 1-2)

Dansk Erhverv bemærker, at arbejdet med at flytte ansvaret for akutsygeplejen pågår samtidig med implementeringen af helhedsplejen, og opfordrer til dialog på tværs, så det sikres, at helhedsplejen bliver implementeret hensigtsmæssigt.

Dansk Erhverv anbefaler i forbindelse med implementeringen, at der sikres klare snitflader mellem den almene kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje samt gode samarbejdsmodeller for ikke-offentlige leverandører. Herunder for eksempel med særlig opmærksomhed på at sikre, at datasystemer på tværs af myndigheder og leverandører spiller sammen, så man ikke *de facto* ender med at favorisere nogle leverandørformer fremfor andre.

Regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver og statsligt tilskud til regionerne målrettet løft af kommunale sundhedsindsatser

Dansk Erhverv støtter princippet om, at regioner kan medfinansiere kommunale sundhedsopgaver. Det er afgørende, at denne medfinansiering ikke er konkurrenceforvridende og kan anvendes til at understøtte løsninger, hvor kommuner samarbejder med private leverandører.

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner (206c og 206d)

Dansk Erhverv er positive over for udarbejdelsen af en national sundhedsplan og nærsundhedsplaner og anerkender behovet for at styrke planlægningen og sammenhængen i sundhedsvæsenet. Nærværende lovgivning har til formål at give den lovgivningsmæssige hjemmel, samtidig med at man allerede har igangsat arbejdet med at lave et fagligt oplæg til sundhedsplanen.

Dansk Erhverv bemærker, at det er væsentligt at sikre en systematisk inddragelse på tværs i forbindelse med arbejdet samt en ambitiøs implementering.

Det gælder *for eksempel* i forhold til at sikre, at sundhedsplan og nærsundhedsplaner har mål, der understøtter offentligt-privat samarbejde på tværs af områder, f.eks. i forhold til digitalisering, styrket hjemmebehandling samt sikre mål for produktivitet, kvalitet og ventetid i sundhedsvæsenet. Desuden foreslår Dansk Erhverv også, at der bl.a. opstilles mål der sikrer styrket sammenhæng, bl.a. i forbindelse med arbejdet om at integrere somatikken og psykiatrien; Mål, der sikrer en styrket indsats for ernæring og ernæringsbehandling; Mål, der sikrer styrket forebyggelse, herunder medicinsk forebyggelse og vaccination; Mål, der sikrer at 'Innovation skal være en prioriteret kerneopgave i det danske sundhedsvæsen' – herunder skalering af kloge løsninger; Mål, der sikrer en systematisk og relevant inddragelse af civilsamfundet, herunder f.eks. patientforeninger.

Samt at man i det almenmedicinske tilbud i forlængelse af ovenstående, vil sikre offentligt-privat samarbejde, mulighed for innovative samarbejdsformer og understøtte sundhedsreformens ambition om at sikre flere klinikformer på lige konkurrencevilkår. Endelig at man i høj grad sikrer

nærsundhedsplaner, der giver mulighed for lokale aftaler med et bredt udsnit af klinikformer repræsenteret.

Dansk Erhverv står naturligvis til rådighed for at uddybe og drøfte ovenstående høringssvar.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg

Branchedirektør, Sundhed og Life Science

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 18. september 2025

Høringssvar fra Dansk Erhverv vedr. Supplerende høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høringen til forslag til lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler, som vil indgå i forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.), i supplerende offentlig høring.

Dansk Erhverv repræsenterer en bred vifte af virksomheder og organisationer inden for sundheds- og velfærdsområdet. Herunder virksomheder, som enten producerer eller leverer sundhedsprodukter inden for life science, biotek og velfærdsteknologi, virksomheder og organisationer, der leverer sundhedsydelser til det offentlige (*f.eks. privathospitaler, klinikker og leverandører af forskellige velfærdsydelser og tilbud inden for genoptrænings- og præhospitalsområdet*) samt en række patientorganisationer. Ligeledes tæller Dansk Erhvervs medlemmer en række private og selvejende virksomheder på ældreområdet og leverandører af socialpsykiatriske botilbud.

Generelle bemærkninger

Dansk Erhverv bemærker, at der med sundhedsreformen blandt andet er åbnet op for **1)** at regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive regionale sundheds- og omsorgspladser, **2)** at private leverandører af helhedsplejen også skal have mulighed for at levere almene sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen, og **3)** at muligheden for offentlig-privat samarbejde tænkes med i arbejdet med hjemmebehandlingsteams, akutsygepleje samt genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Hermed peger aftalen i retningen af et politisk ønske om et styrket offentlig-privat samarbejde om sundhed.

Dansk Erhverv er således kritisk over for nærværende forslag til lovgivning. *Dels* stiller det spørgsmål ved centrale punkter med offentlig-privat samarbejde i sundhedsreformen, og der stilles ligeledes overordnet spørgsmålstegn ved den grundlæggende retning i for aftalen, der skal åbne døren for mere offentlig-privat samarbejde. *Dels* berører lovforslaget en række udbudsretlige forhold, der efter Dansk Erhvervs opfattelse bør beskrives mere detaljeret, således at der gives kommunerne og regionerne et mere reelt billede af deres samarbejdsmuligheder inden for rammerne af udbudslovens § 15. Der henvises til de specifikke bemærkninger.

Lovgivningen forholder sig ikke i Dansk Erhvervs læsning særskilt til rammerne for nuværende ikke-offentlige underleverandører til f.eks. kommunerne. Dansk Erhverv opfordrer til, der også på dette område arbejdes med gode og forudsigelige rammer for offentlig-privat samarbejde. Dansk Erhverv bemærker også, at høringsperioden er for kort i forhold til hvor gennemgribende lovgivningen er.

Specifikke bemærkninger

3.6.3 - Horisontale samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner – den foreslåede ordning

Det fremgår af sundhedsreformens aftaletekst, at *“alle dele af sundhedsvæsenet skal tage et større ansvar for at styrke det næresundhedsvæsen og patienternes samlede pleje- og behandlingstilbud.”*¹

Dansk Erhverv forstår aftaleteksten således, at “alle dele af sundhedsvæsenet” omfatter alle aktører, der løser opgaver, med forebyggelse, pleje og behandling af patienter i det danske sundhedsvæsen, og at reformens politiske opdrag er, at sikre et stærkt samarbejde mellem både offentlige og private aktører.

Derfor mener Dansk Erhverv, at lovforslagets afsnit om horisontale samarbejder mellem kommuner og regioner er i strid med reformens intentioner, da det netop baner vejen for, at regioner og kommuner kan isolere sig i konstruktioner, der udelukker sundhedsvæsenets øvrige aktører.

Dansk Erhverv mener, at lovteksten i høj grad afspejler samme tendens, som ses i reformens lovpakke 2, hvor regionernes egne tilbud i almen praksis favoriseres og kan etableres udenfor udbudssystemet. Tilsvarende er det uklart, om klinikkerne skal leve op til de samme økonomi- og kvalitetskrav som private aktører. De horisontale samarbejdsaftaler fremstår derfor motiveret af et ønske om en hurtigere vej til at sikre offentligt ejerskab af opgaver og baner dermed vejen for, at ideologiske hensyn kan trumfe kvalitet, økonomi, pris og nærhed, når fremtidens nære sundhedstilbud skal etableres. Dansk Erhverv finder dette yderst problematisk, da lovteksten dermed udfordrer intentionen om at sikre de bedste nære sundhedstilbud, da etableringen af horisontale samarbejder, giver mulighed for at udelukke bestemte aktører på forhånd.

Dansk Erhverv noterer sig desuden, at der i lovteksten ønskes klarhed om udgifter i forbindelse med udregning af vederlag til den myndighed, der modtager opgaver i forbindelse med opgaveflytning:

“Vederlaget til den myndighed, der modtager opgaver, skal omfatte alle de direkte udgifter, der er forbundet med opgavevaretagelsen, dvs. de udgifter, der direkte kan henføres til den pågældende aktivitet, som f.eks. løn, køb af materialer og tjenesteydelser, reparations- og vedligeholdelsesudgifter og eventuel husleje mv., og indirekte udgifter herved, dvs. de udgifter, der ikke direkte kan henføres til den pågældende aktivitet, som f.eks. andel af fællesudgifter til lokaler, administration mv.”

¹ Aftale om sundhedsreform 2024 vers. 2-04.02.2025.pdf side 6

Dansk Erhverv betragter afsnittet som et klart udtryk for, at der skal sikres gennemsigthed i beregning af vederlag til offentlige leverandører. Dansk Erhverv opfordrer derfor til, at det specificeres i lovtæksten, at beregningen af vederlag i opgaveoverdragelse mellem offentlige myndigheder tager udgangspunkt i OECD's anbefalinger for prisgennemsigthed, så der er klarhed over de reelle omkostninger i forbindelse med opgaveflytning mellem offentlige myndigheder, og at disse vil kunne danne et reelt og retvisende sammenligningsgrundlag med vederlag til private leverandører i forbindelse med indgåelse af aftaler efter udbud.

Udbudslovens § 15 – horisontale aftaler mellem ordregivere

Efter Dansk Erhvervs opfattelse giver lovforslagets beskrivelse af retstilstanden efter udbudslovens § 15 et misvisende billede af de samarbejdsmuligheder, som kommunerne og regionerne reelt har inden for rammerne af udbudsloven.

Først og fremmest konstateres det generelt i bemærkningerne, at den tredje betingelse i udbudslovens § 15 (om markedsandele) er opfyldt, jf. § 15, nr. 3, hvis *“ordregiverne ikke har leverancer til andre end dem selv”*. Efter Dansk Erhvervs opfattelse er en sådan generel konstatering i strid med det forvaltningsretlige forbud mod *“skøn under regel”*, der kræver, at bedømmelsen af lovligheden af et konkret samarbejde mellem en eller flere kommuner og en region efter udbudslovens § 15 foretages på baggrund af en konkret vurdering af det pågældende samarbejde mv.

Af forarbejderne til udbudslovens § 15, nr. 3 (se lovforslag nr. 19 af 7. oktober 2015), fremgår det bl.a., at:

“Efter nr. 3 skal de deltagende ordregivere samlet udføre mindre end 20 pct. af de aktiviteter, der berøres af samarbejdet på det åbne marked. Denne betingelse har til formål at forhindre konkurrenceforvridning, f.eks. ved at fordelene ved samarbejdet mellem ordregiverne anvendes til at underbygge konkurrenter på det åbne marked igennem krydssubsidiering mellem de aktiviteter, der udgør den offentlige tjeneste og eventuelle relaterede tjenester, der udføres på det åbne marked.”

Hverken ud fra selve ordlyden af § 15, nr. 3, eller forarbejderne hertil kan det generelt konstateres, at betingelsen skulle være opfyldt alene fordi ordregiverne i samarbejdet *“ikke har leverancer til andre end dem selv”*.

Det skyldes, at risikoen for konkurrenceforvridning i form af krydssubsidiering til aktiviteter på *“det åbne marked”* blot er nævnt i forarbejderne som et eksempel på, hvornår der kan foreligge konkurrenceforvridning, hvorved der således også kan forekomme andre tilfælde heraf. En sådan konkurrenceforvridning vil f.eks. kunne finde sted, hvis afregningsprisen for sundhedsydelser mellem en kommune og region blev fastsat kunstigt lavt, således at en privat leverandør af tilsvarende sundhedsydelser ikke kan konkurrere om leveringen af de samme (eller andre) sundhedsydelser i samme kommune eller region.

Derudover finder Dansk Erhverv ikke, at der generelt kan sondres mellem sundhedsydelser, der udføres mellem kommuner og regioner, og sundhedsydelser, der herudover finder sted på *“det åbne marked”*. Henset til karakteren af det danske sundhedsvæsen og de private aktørers rolle heri

er det Dansk Erhvervs opfattelse, at offentlige myndigheders indbyrdes varetagelse af sundhedsydelser finder sted på det samme marked, hvor der også findes private leverandører, som kan levere tilsvarende ydelser. Efter Dansk Erhvervs opfattelse bør der således ved fortolkning af § 15, nr. 3, i denne sammenhæng anlægges en bred fortolkning af, hvad der samlet set udgør *“det åbne marked”*.

En sådan fortolkning af bestemmelsen stemmer navnlig overens med den brede forståelse af erhvervsvirksomhed, der findes i konkurrencelovens § 2, hvorefter enhver form for økonomisk aktivitet - også når den udøves af offentlige myndigheder – der foregår i et marked for varer og tjenester er omfattet af konkurrencelovens regler. Under denne fortolkning er det langt mere væsentligt at sikre sig, at kommunale og regionale samarbejder på sundhedsområdet efter dette lovforslag holder sig inden for rammerne af udbudslovens § 15.

Efter Dansk Erhvervs opfattelse er der således i lovforslaget på forhånd taget stilling til, om betingelsen i § 15, nr. 3, under visse betingelser generelt kan siges at være opfyldt. Dansk Erhverv opfordrer derfor til, at denne konstatering udgår af lovforslaget, og at det fastslås, at lovligheden af konkrete samarbejder mellem en eller flere kommuner og en region sker på baggrund af en konkret vurdering efter reglerne i udbudsloven.

Dernæst er udbudslovens § 16 ikke omtalt nærmere i bemærkningerne til lovforslaget, hvilket ellers er relevant i forhold til fortolkningen af udbudslovens § 15, idet bestemmelsen netop fastslår, hvordan den procentandel, der er nævnt i § 15, nr. 3, skal fastsættes. Efter Dansk Erhvervs opfattelse bør udbudslovens § 16 dermed også omtales nærmere i bemærkningerne til lovforslaget.

I bemærkningerne omtales det endvidere kort, at det efter udbudslovens § 15 er et krav, at der er tale om et reelt samarbejde mellem ordregiverne. Efter Dansk Erhvervs opfattelse er det væsentligt, at det – med inddragelse af relevant retspraksis – beskrives nærmere, hvad der ligger i dette krav, idet kravet navnlig skal sikre, at offentlige myndigheder ikke uden videre kan fungere som *“leverandører”* for hinanden.

Samlet anmoder Dansk Erhverv således Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at tilpasse bemærkningerne til lovforslagets bestemmelser, således at lovforslaget ikke på forhånd tager stillingen til, om betingelserne efter udbudslovens § 15, nr. 3, er opfyldt, og at der i øvrigt gives en langt mere retvisende beskrivelse af de samarbejdsmuligheder, der findes inden for rammerne af udbudslovens § 15.

Dansk Erhverv finder det dog positivt, at der vil blive udarbejdet en vejledning om de nærmere rammer for indgåelsen af horisontale aftaler efter udbudslovens § 15.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg

Branchedirektør, Sundhed og Life Science

Høringsbrev

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Att.: Sarah Storm Egeskov, Maja Sørensen m.fl.

Fra: Dansk Firmaidræt

Dato: 2. juli 2025

Vedrørende: Høringssvar til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

Dansk Firmaidræt takker for muligheden for at afgive høringssvar til ovenstående lovforslag.

Vi anerkender intentionen om at skabe et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen med øget fokus på forebyggelse, lighed og tidlig indsats. Som landsdækkende forbund for idræts- (og sundheds-) fællesskaber på arbejdspladser og i civilsamfundet ønsker vi at bidrage til, at bevægelse og hverdagsnær forebyggelse får en tydeligere rolle i planlægning og opgaveløsning på tværs af sektorer.

Overordnede bemærkninger

Dansk Firmaidræt støtter intentionen om at styrke det nære og forebyggende sundhedsvæsen og anerkender behovet for øget sammenhæng og tydelighed i opgavefordelingen mellem kommuner og regioner. Bevægelse, hverdagsforebyggelse og fællesskab bør efter vores opfattelse være centrale elementer i det fremtidige sundhedsvæsen, og vi ser med interesse på lovforslagets ambitioner i forhold til nærsundhedsplaner og national sundhedsplanlægning.

Patientrettet forebyggelse og bevægelse i hverdagen

Med flytningen af patientrettet forebyggelse til regionerne er det vigtigt at sikre, at hverdagsnære aktører fortsat har adgang til samarbejde og støtte til forebyggende indsatser – særligt dem, der aktiverer borgerne gennem civilsamfund og fællesskaber. Erfaringer viser, at bevægelse på arbejdspladsen og i fritidslivet når bredt – også til dem, der ellers ikke er fysisk aktive.

Vi opfordrer derfor til, at:

- Civilsamfundsaktører og foreninger inddrages i udviklingen og implementeringen af nærsundhedsplaner.
- Bevægelsesfremmende initiativer på arbejdspladser og i hverdagslivet nævnes eksplicit i de nationale og lokale sundhedsplaner som dokumenterede og effektive forebyggelsesgreb.

Nærsundhedsplaner og lokal forankring

Vi støtter op om etableringen af nærsundhedsplaner, hvor både kommunale og regionale aktører skal samarbejde. Her vil det være afgørende, at det frivillige foreningsliv og samarbejdspartnere som Dansk Firmaidræt også kan inddrages som medskabere og bidragsydere. Det kan fx ske via partnerskaber, rådgivningsfora eller decentrale puljer målrettet bevægelsesfremmende sundhedsinitiativer.

Regional medfinansiering og investeringsmotor

Dansk Firmaidræt finder det positivt, at der etableres en investeringsmotor, som gør det muligt for sundhedsrådene at medfinansiere kommunale sundhedsindsatser. Vi opfordrer til, at der i udmøntningen sikres fleksibilitet og mulighed for at støtte brede og innovative tilgange til forebyggelse, herunder samarbejder med civilsamfundsorganisationer og foreninger, der arbejder med bevægelse som sundhedsstrategi.

Afslutning

Dansk Firmaidræt ser frem til at følge den videre proces og stiller gerne op til dialog om, hvordan forebyggelse og bevægelse kan spille en stærkere rolle i fremtidens nære sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Direktør, Mette Mandrup

Tlf.nr. 0045 6114 0928

www.firmaidraet.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1016 København K

Sendt på mail til sum@sum.dk med kopi til
flf@sum.dk og sse@sum.dk.

Høringssvar til udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Dansk Industri (DI) har den 4. juni 2025 modtaget udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

Generelle bemærkninger

DI deler ambitionen og ønsket om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen, og det er derfor afgørende at gøre op med den fragmenterede finansierings- og beslutningsstruktur, der hidtil har kendetegnet sundhedsvæsenet og sundhedsområdet.

DI bakker derfor op om at give regionerne mere ansvar for et samlet sundhedsvæsen, med sundhedsrådene i en central rolle for transformationen af sundhedsvæsenet. Med denne struktur kan der skabes reelle incitamenter til at investere i forebyggelse samt hjemmebehandling og -monitorering og egenmestring. DI mener grundlæggende, at den politiske aftale og det nærværende lovforslag tager positive skridt imod et nært og sammenhængende sundhedsvæsen med patienterne i centrum.

DI finder det imidlertid afgørende, at de kommende sundhedsråd løbende samarbejder og indgår i dialog med private leverandører og øvrige samarbejdspartnere. DI mener, at offentlig-private samarbejder bør være den primære fremgangsmåde for sundhedsrådenes opgavevaretagelse.

DI mener, at sundhedsrådene bør indgå samarbejder om levering af sundhedsydelser og -løsninger med sygehuse, kommunale (inkl. tværkommunale) og private leverandører, herunder praktiserende læger, speciallæger, apoteker, fysioterapeuter, kiropaktorer, psykologer m.fl. Sundhedsrådenes fokus og den politiske beslutningskraft vil på den måde entydigt være at sikre borgerne sundhedsydelser af høj kvalitet fremfor på driftsrollen.

DI mener desuden, at sundhedsrådene bør afdække mulighederne for at inddrage øvrige aktører, herunder tandlæger, optikere og høreklinikker samt leverandører af sundhedsløsninger i sundhedsindsatsen.

Vedr. national sundhedsplan

DI bakker op om en national sundhedsplan, der skal sikre en strategisk retning for omstillingen af sundhedsvæsenet, herunder at mere diagnostik, behandling og monitorering sker uden for sygehusene i eller tæt på patientens eget hjem. Det er desuden helt centralt, at en national sundhedsplan sikrer sammenhæng med de mange øvrige initiativer i sundhedsreformen, som eksempelvis Digital Sundhed Danmark, Nationalt Center for Sundhedsinnovation og opgavebeskrivelse af det almenmedicinske sundhedstilbud.

DI mener, at en national sundhedsplan bør indeholde retningslinjer og målbare pejlemærker for sundhedsvæsenets omstilling, herunder hvordan sundhedsvæsenet opsporer bl.a. kroniske sygdomme tidligere ud fra en risikobaseret tilgang.

Fremskreden ikke-diagnosticeret sygdom betyder flere symptomer og eventuelle følgesygdomme for den enkelte, og et mere komplekst og dyrt patientforløb for sundhedsvæsenet og samfundsøkonomien. DI anbefaler derfor, at tidlig, effektiv diagnosticering og risikobaseret screening integreres i en national sundhedsplan og ses i sammenhæng med den politiske aftale om kronikerpakker. Sundhedsrådene kan i nærsundhedsplanerne fastlægge mål for, hvordan diagnostik, behandling og monitorering i eller tæt på eget hjem udbredes lokalt.

Vedr. nærsundhedsplaner

DI bakker op om det overordnede formål med nærsundhedsplanerne: At konkretisere og virkeliggøre omstillingsprocessen og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder hvordan sygehusene kan vendes udad ved f.eks. i langt højere grad at stille specialiseret rådgivning til rådighed for nære tilbud og tage et ansvar før og efter sygehusophold.

DI bakker ligeledes op om, at der i nærsundhedsplanerne skal opstilles konkrete og forpligtende mål, der er relevante for at sikre borgerne en mere lige, nær og sammenhængende patientbehandling. Det er helt centralt, at målene bliver forpligtende, særligt når det gælder omstillingen til hjemmebehandling.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at "*Nærsundhedsplanen skal samtidig indeholde en plan for sundhedstilbuddenes geografiske tilgængelighed. Med nærsundhedsplanen kan sundhedsrådene også sætte rammen for et tættere samarbejde mellem sundhedsaktørerne og en fleksibel og effektiv anvendelse af den samlede kapacitet.*" Et afgørende parameter for at lykkes med denne ambition er inddragelse af private og ikke-offentlige ressourcer fremfor at etablere nye regionale driftsorganisationer uden for sygehusene.

Det er derfor DI's anbefaling, at sundhedsrådene benytter og udvikler det nære sundhedsvæsen i samspil med de eksisterende leverandører og aktører, herunder kommunale (inkl. tværkommunale)

og private leverandører, herunder praktiserende læger, speciallæger, apoteker, fysioterapeuter, ki-
ropraktorer, psykologer m.fl.

DI anbefaler desuden, at sundhedsrådene går behovsfokuseret til opgaverne og er åbne for samar-
bejder med ikke-offentlige aktører, der har kompetencer og ressourcer til at bidrage til sundheds-
indsatsen herunder tandlæger, optikere, høreklinikker samt leverandører af sundhedsløsninger.

DI finder det i forlængelse heraf positivt, at det i udkast til lovforslaget generelt er tydeligt og ekspli-
cit, at kommunalbestyrelsen og regionsrådet er forpligtet til at informere borgerne om frit valg og
vilkårene herfor. Det er vigtigt at kende til det frie valg, hvis man skal bruge det, og derfor bakker DI
op om det.

Vedr. regionalmedfinansiering af kommunale sundhedsopgaver

DI bakker op om, at regionerne via sundhedsrådene får mulighed for at medfinansiere kommunale
sundhedsopgaver, jf. kapitel 34-41.

DI anbefaler, at muligheden for medfinansiering gøres bredere, så det også vil være muligt for sund-
hedsrådene at medfinansiere investering i sundhedsløsninger, der f.eks. kan forebygge indlæggelser
og forværring af sygdom for ældre samt udbrede behandling og monitorering i eget hjem og på
plejehjem. En mulighed for medfinansiering vil kunne bidrage til at undgå kassetækning og høste-
så problematikker, der ellers vil bestå mellem ældreområdet i kommunerne og sundhedsområdet,
der er under regionalt ansvar.

Vedr. bortfald af øvrige regionale opgaver

DI kvitterer for, at Region Østdanmark og Region Syddanmark med lovforslaget fortsat har adgang
til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder med nabolande på kul-
turområdet. Det omhandler konkret det regionale samarbejde i den dansk-tyske grænseregion og
mellem Danmark og Sverige i hovedstadsområdet.

DI anbefaler dog, at betegnelsen 'kulturområdet' også indbefatter, at der i regi af de to nævnte
regioner fortsat kan arbejdes med et fælles, integreret arbejdsmarked samt sammenhængende
infrastruktur og mobilitet i grænseregionerne. Derudover er det uklart, hvilket konkret mandat
samt budget de to regioner vil disponere over ift. det grænseoverskridende samarbejde. DI efter-
spørger her mere transparens.

DI står til rådighed for yderligere dialog samt for spørgsmål og uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen

Lars Bech-Jørgensen
Fagleder for Fremtidens Sundhedsvæsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1016 København K

Fremsendt pr. mail til sum@sum.dk med kopi
til sad@sum.dk og sse@sum.dk

Høringssvar vedr. lovændringer horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

DI har d. 5. september 2025 modtaget udkast til lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler, som vil indgå i forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

Generelle bemærkninger

DI deler sundhedsreformens ambition om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen. DI bakker derfor også op om, at regionerne får et større ansvar for det samlede sundhedsvæsen, med sundhedsrådene i en central rolle i udviklingen af de nære tilbud og behandlinger.

DI har i forbindelse med tidligere høringssvar anbefalet, at offentlig-privat samarbejde bliver den primære fremgangsmåde for sundhedsrådenes opgavevaretagelse. Med afsæt i et entydigt mål om at sikre højest mulig kvalitet i sundhedsydelserne bør sundhedsrådene således indgå aftaler med sygehuse, kommunale (inkl. tværkommunale) og private leverandører, herunder speciallæger, fysioterapeuter, psykologer m.fl. Konkurrenceudsættelse kan sikre, at opgaverne varetages af den leverandør – offentlig eller privat – der kan levere de bedste sundhedsløsninger til patienterne.

DI er af samme årsag bekymret for, at de foreslåede lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler uden forudgående udbud vil bidrage til øget hjemtagning af opgaver, skævvridning af konkurrencen mellem offentlige og private leverandører på sundhedsområdet og svække mulighederne for at opnå høj kvalitet og effektivitet i sundhedstilbuddene. DI ser en reel risiko for, at det store potentiale for styrket offentlig-privat samarbejde i sundhedsreformen sættes over styr.

DI foreslår på den baggrund, at de horisontale samarbejdes skal anmeldes til Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen med henblik på vurdering af, om de tre betingelser i udbudslovens § 15 er opfyldt. Forslaget og DI's nærmere overvejelser uddybes i det følgende.

Lovforslaget om horisontale samarbejdsaftaler

Lovforslaget lægger op til, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kan indgå aftale med et andet regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser om at overdrage driften af en sundhedsydelse, som den overdragende myndighed stadig har ansvaret for. Kontrakten skal ifølge lovforslaget opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15.

Samarbejde med henblik på at realisere fælles målsætninger

Det følger af § 15, nr. 1, at kontrakten skal etablere eller gennemføre et *samarbejde* mellem ordregiverne med det formål at sikre, at de offentlige tjenester, som ordregiverne skal udføre, leveres med henblik på at realisere fælles målsætninger.

Klagenævn for Udbud fandt i kendelse af 22. marts 2018, Det Danske Madhus A/S mod Norddjurs Kommune, at Norddjurs Kommune og Randers Kommune i deres aftale om ”produktion af mad til hjemmeboende borgere” havde indgået et gensidigt forpligtende samarbejde i overensstemmelse med §15, nr. 1, da begge parter havde påtaget sig forpligtelser.

Det følger af Kommissionens arbejdsdokument om anvendelse af udbudsreglerne på ”offentligt-offentligt samarbejde”, at forskellen mellem et samarbejde og en kontrakt, skal forstås ved, at *”[...] formålet med samarbejdet (er) at sikre en **fælles udførelse af en offentlig opgave, som alle samarbejdspartnere skal varetage**. En sådan fælles udførelse kendetegnes ved parternes deltagelse og gensidige forpligtelser, som fører til gensidige synergieffekter. Det betyder ikke nødvendigvis, at hver af de samarbejdende parter deltager lige meget i den faktiske udførelse af opgaven – samarbejdet kan være baseret på en opdeling af opgaverne eller på en vis specialisering. Ikke desto mindre skal aftalen tage udgangspunkt i et fælles mål, nemlig den fælles udførelse af den **samme opgave**. [...] En generel læsning af retspraksis antyder også, at aftalens karakter skal være **ægte samarbejde** og ikke blot en almindelig offentlig kontrakt, hvor den ene part udfører en bestemt opgave mod betaling. En sådan ensidig tildeling af en opgave fra én ordregivende myndighed til en anden kan derfor ikke betragtes som samarbejde. (egen understregninger)*

Det følger af ligeledes af bemærkningerne til udbudsloven § 15, nr. 1, at *”for at opfylde disse betingelser skal samarbejdet baseres på reelt samarbejde.”*

Der skal altså være tale om et reelt samarbejde og ikke blot et indkøb af en ydelse. Det er meget tvivlsomt og uklart, hvorvidt en sådan aftale, som lovforslaget lægger op til, kan kategoriseres som et reelt samarbejde og dermed undtages fra udbudspligten. DI finder det således betænkeligt at antage, at alle påtænkte horisontale samarbejdsaftaler om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen vil opfylde de tre kumulative betingelser i udbudslovens §15.

DI anbefaler på den baggrund, at Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen som ressortmyndighed på udbudsloven inddrages i vurderingen af, hvorvidt der er tale om samarbejdsaftaler i

overensstemmelse med § 15 for at undgå, at lovforslagets indhold bliver uden egentlig praktisk virkning.

DI foreslår specifikt, at der tilføjes et nyt stykke i Sundhedslovens §118d med følgende ordlyd:
"Stk. 5. Horisontale samarbejdsaftaler skal på forhånd anmeldes til Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen og aftaler må først træde i kraft, såfremt alle betingelserne i udbudslovens §15 vurderes opfyldt".

Ordregivernes samlede andel af de aktiviteter, der berøres af samarbejdet

Det er desuden værd at være opmærksom på, om ordregiverne på det åbne marked tilsammen udfører mindre end 20 pct. af de aktiviteter, der berøres af samarbejdet, jf. § 15, stk. 1, nr. 3. Der er ikke meget praksis der bidrager til fortolkningen af betingelsen, men det følger af bemærkningerne, at betingelsen har til formål at forhindre konkurrenceforvridning, f.eks. ved at fordelene ved samarbejdet mellem ordregiverne anvendes til at underbyde konkurrenter på det åbne marked igennem krydssubsidiering mellem de aktiviteter, der udgør den offentlige tjeneste og eventuelle relaterede tjenester, der udføres på det åbne marked.

Konsekvenser ved hjemtagning

DI bemærker, at lovforslaget om adgang til at indgå horisontale samarbejdsaftaler omfatter en lang række opgaver i det nære sundhedsvæsen, hvor borgerne i dag har adgang til at få leveret sundhedsydelser fra private aktører, herunder bl.a. kapitel 37 om kommunal tandpleje, § 140 om fysioterapi og genoptræning og § 141 om alkoholbehandling. DI ser på den baggrund en reel risiko for, at balancen mellem offentlig og privat opgavevaretagelse af de skattefinansierede ydelser forrykkes kraftigt som følge af øget offentlig in-house kapacitet, uden at det har været hensigten med sundhedsreformen.

Evaluerings

DI ser afslutningsvist behov for, at der indføres en evalueringsbestemmelse i §118d, således at Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennemfører en evaluering af loven inden for tre år efter lovens ikrafttræden med henblik på at følge op på, om loven har virket efter hensigten. Som led i evalueringen bør der også ske ekstern høring af relevante interessenter, herunder de organisationer m.v., som havde bemærkninger til lovforslaget.

Med venlig hilsen



Jakob Scharff

Branchedirektør, DI

Høringssvar til lov om ændring af sundhedsloven mv.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 4. juni 2025 sendt høring om forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Overordnede bemærkninger

- Psykologer skal inddrages i rådgivningsfunktioner af sundhedsrådene
- Nærsundhedsplaner skal omfatte psykiatrien og det nære mentale sundhedsvæsen
- Nærsundhedsplaner skal sikre sammenhæng og kapacitet i hele behandlingskæden og med blik for anvendelse af sundhedsvæsenets samlede kapacitet

Dansk Psykolog Forening ønsker at bidrage til at mindske ulighed i sundhedsvæsenet, herunder sikre mere social og geografisk lighed. Borgere skal modtage behandling rettidigt og på rette indsatsniveau. Dansk Psykolog Forening håber derfor, at med ændring af sundhedsloven sikres et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor særligt indsatsen i det nære mentale sundhedsvæsen og samarbejdet omkring patienten styrkes.

Sundhedsråd

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at psykologer bør fungere i rådgivningsfunktioner til sundhedsrådene. Særligt for at bidrage til etablering og omstilling til et styrket nært mentalt sundhedsvæsen, men også i opgaver på det somatiske område, fx vedr. ældre og kronikere, hvor mange borgere ofte vil have behov for en indsats målrettet deres samtidige eller afledte psykiske trivsel og/eller lidelse.

I forlængelse af etableringen af sundhedsrådene forventer Dansk Psykolog Forening, at inddragelse af praksissektoren fortsat vil ske som i dag, fx i forbindelse med udarbejdelse af praksisplaner, sundhedssamarbejdsudvalg mv., og som led i Sundhedsrådenes forvaltningsmæssige ansvar.

Nærsundhedsplan

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at nærsundhedsplaner også skal gælde for psykiatrien og dermed sætte en strategisk retning for udviklingen - og omstilling - af nære indsatser for mennesker med psykiske lidelser. Det er derfor relevant at tilføje, at fastlæggelse af rammer vedrørende nærsundhedsplanernes indhold, ikke alene skal afspejle de formål, der er angivet i Aftale om sundhedsreform 2024, men også aftalen om En samlet 10-årsplan for psykiatrien.

Med nærsundhedsplanen kan sundhedsrådene også sætte rammen for et tættere samarbejde mellem sundhedsaktørerne, og en fleksibel og effektiv anvendelse af den samlede kapacitet. Dansk Psykolog Forening vurderer, at potentialet for at øge kapaciteten og styrke den primære sundhedssektor bør ske ved, at sundhedsrådene sikrer, at en udvidelse af kapaciteten i det nære sundhedsvæsen ikke sker på bekostning af kapaciteten i det øvrige sundhedsvæsen, samt at indsatsen løses på det rette specialiseringsniveau.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at psykologer bidrager i hele behandlingskæden og udgør en ledig kapacitet i sundhedsvæsenet. Det betyder, at den psykologfaglige kapacitet kan sættes i spil når vi skal styrke indsatser overfor mennesker med mental mistrivsel og psykisk lidelse.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening

København, den 27. juni 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan og nærsundhedsplaner m.v.

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan og nærsundhedsplaner m.v.

Lovforslaget rummer ambitioner om betydelig investering i det nære sundhedsvæsen for at imødegå den demografiske udvikling. Man ønsker at skabe øget kvalitet, ensartethed og geografisk nærhed samt styrke omsorgen for de patienter, der har det største behov. Det fremgår, at *"det primære sundhedsvæsen skal styrkes"*, herunder det almen medicinske tilbud, og at der skal være et *"mere samlet ansvar for patientforløbet"*.

DSAM anerkender disse målsætninger, men finder, at flere elementer i lovforslaget risikerer at modarbejde intentionerne i sundhedsreformen, hvilket vi vil redegøre for.

Vi savner desuden en tydelig lokal lægefaglig forankring i udarbejdelse af nærsundhedsplaner.

1. Nærhed i ord, men ikke i struktur. Det kan skabe ulighed.

Lovforslaget fremhæver nærhed og lighed i adgang til sundhedsydelser som centrale pejlemærker. Samtidig lægges op til, at flere sundhedsopgaver overføres fra kommuner til regioner. Det fremgår, at små kommuner kan have vanskeligt ved at løfte opgaverne alene, og at fælles kommunale eller regionale løsninger kan være nødvendige.

DSAM vurderer, at der hermed er åbenlys risiko for centralisering, og at det i praksis vil kunne svække netop den nærhed og lighed, der efterlyses. For sårbare patienter kan fysiske afstande have stor betydning. Vi opfordrer til, at der indarbejdes en systematisk vurdering af geografisk afstand og patientens perspektiv. Det kan være nødvendigt at angive en øvre kilometergrænse/tid i offentlig transport for afstand til rehabilitering og ikke bare en ventetidsgaranti.

2. Der er brug for lægefaglig rådgivning af sundhedsråd.

Det fremgår af lovforslaget, at Sundhedsstyrelsen skal bistå med faglig rådgivning til udarbejdelsen af både sundhedsplaner og nærsundhedsplaner. Men det præciseres ikke, hvordan denne rådgivning skal foregå, eller om faglige selskaber – herunder DSAM – reelt skal inddrages.

Vi ved, at Sundhedsstyrelsen aktuelt inddrager relevante lægefaglige kompetencer i udarbejdelse af sundhedsplaner. For at sikre dette også gøres fremover, bør det nævnes i lovgivningen.

Hvad angår nærsundhedsplaner, forekommer det besynderligt, at man angiver, at man vil høre patient- og pårørendeorganisationer, men ikke de relevante lægefaglige kompetencer i området. Vi anbefaler, at der knyttes lokal lægefagligt rådgivning til sundhedsrådene, hvor DSAM og PLO deltager.

DSAM anbefaler, at KAP-enhederne bevares (fx i samme model som i Region Nordjylland = NordKAP) og udbygges til at varetage en strukturel del af planarbejdet i forhold til nærsundhedsplaner, der vedrører almen praksis. Det vil styrke det lægefaglige indhold i planerne, give relevant lokal viden og bygge bro til en vellykket implementering.

3. Risiko for mange skift i opholdssted og ansvar. Samlokation er løsningen.

Lovforslaget introducerer regionale omsorgspladser. Det fremgår ikke, hvordan disse pladser koordineres med eksisterende kommunale omsorgspladser. Vi frygter, at dette vil skabe en ekstra 'silo' i patientforløbene og øge kompleksiteten. Der er nemlig risiko for, at patienten oplever talrige lægeskift og personaleskift i sit behandlingsforløb, og det øger risiko for fejl og fragmentering. Der er behov for langt større tydelighed omkring rolle- og ansvarsfordeling.

For eksempel kan man forestille sig, at en 80-årig patient med demens, der indlægges fra egen bolig, gennemgår følgende forløb, med en lang række skift i både opholdssted og ansvar.

1	Egen bolig/egen læge
2	Sygehus eller akutmodtagelse – patientansvarlig læge
3	Regional omsorgsplads – hvilken tilknyttet læge?
4	Kommunal omsorgsplads – hvilken tilknyttet læge?
5	Permanent plejebolig/fasttilknyttet plejehjemslæge eller egen bolig/egen læge

Ved hver overgang skifter patienten lokation og muligvis læge.

DSAM anbefaler, at man konsekvent arbejder med samlokation af midlertidige regionale og kommunale pladser. På den måde kan man, populært sagt, flytte viden fremfor at flytte patienten. Patienten bliver i samme rum – sundhedspersoner kan skifte og har mulighed for at konferere med hinanden.

4. Der er brug for en tydelig tovholder med generalistviden.

Patienter, der "indlægges" på regionale midlertidige pladser, er meget sårbare. En ny undersøgelse viser, at 40% af de borgere, der i dag indlægges på kommunale akutpladser, dør indenfor et år¹. Mange har behov for vurdering af udrednings- og behandlingsniveau samt stillingtagen til genoplivning og tidlig palliativ indsats.

¹ <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-025-01209-99>

Derfor er en lægefaglig tovholder med generalistkompetencer og kendskab til patienten afgørende.

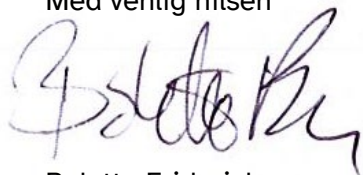
I forslaget om sundheds- og omsorgspladser anerkendes behovet for lægefaglig sparring og behandlingsansvar (side 40), men det fremgår ikke klart, hvem der har tovholderrollen. Det beskrives på side 61, hvordan sygehusene kan vendes udad ved fx i langt højere grad at stille specialiseret rådgivning til rådighed for nære tilbud og tage ansvar før og efter sygehusophold.

DSAM anbefaler, at det tydeligt fremgår, at både kontakter fra plejepersonalet og konferencer med sygehusspecialister skal gå gennem den læge, der har det samlede behandlingsansvar og fungerer som tovholder. Det gælder, uanset om patienten er på en regional eller kommunal midlertidig plads.

Tovholderen kan være patientens egen læge eller en anden læge – men det er afgørende, at én læge har ansvar for patienten som helhed, ikke blot for en enkeltstående problemstilling eller et organsystem.

Dette udelukker ikke, at den behandlingsansvarlige læge konfererer med fx patientens egen læge – men ansvarsplaceringen skal være tydelig og konsekvent.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Patientsikkerhed og Lovkvalitet
Sendt via e-mail til sum@sum.dk
Cc.: flf@sum.dk og sse@sum.dk

2. juli 2025

Høringssvar til lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Dansk Selskab for Folkesundhed takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om opgaveflytning og etablering af nationale og lokale sundhedsplaner samt til det samlede lovforslag om ændring af sundhedsloven og tilhørende love, som led i implementeringen af sundhedsreformen. Vi anerkender reformens overordnede målsætninger om at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, mindske geografisk ulighed og skabe en mere forpligtende planstruktur på tværs af aktører. Vi vurderer dog, at flere dele af lovforslaget med fordel kan styrkes med et tydeligere og mere forpligtende folkesundhedsperspektiv, herunder fokus på evidens, social ulighed og datadrevet prioritering.

Dansk Selskab for Folkesundhed ønsker at fremhæve følgende perspektiver:

- **Opgaveflytning med fokus på folkesundhed:**

Vi ser positivt på, at flere sundhedsopgaver med lovforslaget flyttes tættere på borgerne, og at en større volumen i opgaverne vil bidrage til at løfte den faglige kvalitet. Det er dog afgørende, at opgaveflytningen sker med folkesundheden som styrende hensyn, og ikke alene ud fra driftsmæssige eller organisatoriske logikker. Vi savner i lovforslaget tydelige forpligtelser til, at den nationale sundhedsplan og de kommunale nærsundhedsplaner (jf. § 196 a og b) indeholder målbare, tværgående folkesundhedsmål, som aktører på tværs af sektorer skal forpligte sig på. Det skal ikke alene være forankret i folkesundhedsloven – det bør være et bærende princip for hele sundhedssystemet. Samtidig bør der stilles krav om koordinering og sammenhæng mellem de mange nye planredskaber, så der ikke opstår parallelle processer, men én samlet strategi for sundhed og forebyggelse. Eksempelvis er der risiko for, at fragmenteringen øges ved, at den specialiserede rehabilitering overtages af regionerne, mens kommunerne stadig har ansvar for den generelle rehabilitering.

- **Fokus på social ulighed – ikke kun geografisk ulighed:**

Vi anerkender, at ændringen af sundhedslovens § 119 og oprettelsen af sundhedsråd har til hensigt at reducere geografisk ulighed i sundhedstilbud. Det er et vigtigt mål. Men vi anbefaler, at fokus udvides til systematisk også at adressere social ulighed i sundhed. Ulighed i sundhed følger i høj grad sociale og socioøkonomiske mønstre ofte på tværs af geografi og bør derfor være et tydeligt og målbart pejlemærke i såvel den nationale sundhedsplan som nærsundhedsplanerne.

- **Regionernes medfinansiering som drivkraft for sammenhængende og målrettet forebyggelse:**

Med lovforslaget åbnes der for, at regionerne kan yde tilskud til kommunale sundhedsopgaver via sundhedsrådene. Vi ser dette som et positivt og nødvendigt skridt mod fælles investeringer og koordineret indsats i det nære





sundhedsvæsen. For at opnå reel effekt bør midlerne målrettes både patientrettet og befolkningsrettet forebyggelse og prioriteres, hvor de reducerer ulighed og skaber bedre sundhed for flest. Vi anbefaler, at der i lovgrundlaget indskrives krav om, at midlerne anvendes på baggrund af dokumenteret effekt og løbende monitoreres og evalueres, ikke kun med fokus på aktivitet, men på sundhedsudbytte og lighed i sundhed. Ligeledes er det vigtigt at sikre, at der er incitamenter, der fremmer tværgående og tværsektorielt samarbejde på tværs af kommuner, regioner, stat og øvrige aktører, og at det sikres, at der er sammenhæng mellem, hvem der betaler for en forebyggelsesindsats, og hvem der høster fordelene. Der kunne eventuelt etableres fonde i regi af sundhedsrådene, der kan udligne ulighed i gevinster og investeringer mellem kommuner og regioner.

- **Lokale sundhedsråd med tydelig folkesundhedsprofil:**

Vi bakker op om, at der med ændringen af sundhedsloven etableres 17 sundhedsråd. Sundhedsrådene rummer et vigtigt potentiale for at styrke en mere systematisk, databaseret og behovsorienteret sundhedsplanlægning lokalt. For at sundhedsrådene reelt kan løfte denne rolle, er det afgørende, at de har adgang til relevante sundhedsdata og profiler, kan trække på faglig rådgivning og analysekapacitet, og arbejder ud fra klare prioriteringsprincipper baseret på evidens og befolkningens behov. Vi anbefaler, at sundhedsrådene får et formelt ansvar for at sikre rådgivning om forebyggelse, herunder om indsatser med dokumenteret effekt, og at ressourcer prioriteres til de områder, hvor vi ved, at tidlig indsats skaber størst sundhedsmæssig værdi fx tobak, alkohol, mental sundhed, fysisk aktivitet og kost. Samtidig er det vigtigt, at sundhedsrådene forpligtes til langsigtede strategier for sundhedsplanlægning, da resultaterne af forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag ofte først viser sig på længere sigt end de kommunale og regionale valgperioder.

- **Styrk inddragelsen af folkesundhedsprofessioner og forskningsmiljøer:**

For at sikre kvalitet, relevans og effekt i både nationale og lokale sundhedsplaner er det afgørende, at implementeringen sker i tæt samarbejde med relevante fagmiljøer. Vi anbefaler, at folkesundhedsprofessioner, forskere og praksisfelter systematisk inddrages i udvikling, implementering, monitorering og evaluering af indsatserne. Det er en forudsætning for, at planerne bliver evidensbaserede, målrettede og bæredygtige.

Afslutningsvis vil vi opfordre til, at folkesundhed bliver et grundlæggende sigte i hele reformarbejdet. En strategisk og ambitiøs prioritering af sundhedsfremme og forebyggelse er en forudsætning for et bæredygtigt og lighedsskabende sundhedsvæsen.

Vi står gerne til rådighed for yderligere input og faglig sparring om implementeringen af lovforslaget.

Med venlig hilsen,

På vegne af bestyrelsen i Dansk Selskab for Folkesundhed,

Christina Bjørk-Petersen, forperson



København d. 24/6 2025

Dansk Selskab for Infektionsmedicin

Kommentering ”Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love
(Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende
kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national
sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)”

Til rette vedkommende

På vegne af Dansk Selskab for Infektionsmedicin (DSI) takker vi for
muligheden for at afgive høringssvar.

Vedr. nærsundhedsplaner og behov for nationale rammer for intravenøs antibiotikabehandling i hjemmet

Lovforslaget har overvejende strukturel karakter, men vi ønsker at benytte
lejligheden til at fremhæve ét specifikt område med stor betydning for både
patienter og sundhedsvæsen: **behovet for nationale rammer for intravenøs
antibiotikabehandling i hjemmet.**

Udvikling og potentiale

Behandling med intravenøs antibiotika i hjemmet er i hastig vækst – drevet
af:

- Øget pres på hospitalskapacitet og behov for sektorovergange
- Nye teknologiske muligheder (f.eks. infusionspumper, telemedicin)
- Patientønske om behandling i/eller tæt på hjemmet
- Strukturelle ændringer som følge af sundhedsreformen og
forårsaftalen

Behandlingen kan øge livskvalitet, reducere nosokomielle infektioner og
bidrage til bedre ressourceudnyttelse.

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Chef-læge Anne Lindebo Holm Øvrehus

Udfordringer og behov for rammesætning

Området er i dag præget af stor regional variation - fra velfungerende OPAT-enheder til lokale, uensartede løsninger. Der mangler fælles rammer for:

- Faglig kvalitet og patientsikkerhed
- Antimicrobial stewardship og resistensforebyggelse
- Udstyr og overvågning (f.eks. infusionspumper, D+R-kontrol)
- Tværsektorielt samarbejde, finansiering og ansvar

Anbefaling

I tilknytning til arbejdet med nærsundhedsplaner (afsnit 3.5.3.2) anbefaler DSI:

- At der etableres **nationale standarder og retningslinjer** for intravenøs og kompleks antibiotikabehandling i hjemmet
- At disse standarder **integrerer antimicrobial stewardship-principper**
- At rammerne understøtter **lighed i adgang**, systematisk kvalitetssikring og mulighed for forskning og patientinddragelse

Afsluttende bemærkning

Vi ser udviklingen af nærsundhedsplanerne som en oplagt anledning til at sikre, at hjemmebehandling med antibiotika bliver en veldesignet og fagligt bæredygtig del af det nære sundhedsvæsen - på tværs af regioner og kommuner.

Forperson: Overlæge Lars Skov Dalgaard formand@infmed.dk
Næstforperson: Læge Christian Kraef naestforperson@infmed.dk
Sekretær: Afdelingslæge Michala Vaaben Rose sekretaer@infmed.dk
Kasserer: Afdelingslæge Karina Frahm Kirk kasserer@infmed.dk
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Zitta Barrella Harboe
Bestyrelsesmedlem: Overlæge Christian Brandt
Bestyrelsesmedlem (suppleant): Chef-læge Anne Lindebo Holm Øvrehus

Afsender: Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR)

Høringssvar til udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Til Sundheds- og Indenrigsministeriet

Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR) værdsætter muligheden for at afgive høringssvar til de foreslåede lovændringer.

Som et tværfagligt selskab under de Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) repræsenterer DSNR et bredt spektrum af fagprofessionelle, der arbejder med rehabilitering og genoptræning af patienter med hjerneskade og neurologiske lidelser i både regionalt, kommunalt og privat regi.

De foreslåede ændringer og flytningen af opgaver inden for rehabiliterings- og genoptræningsområdet kan få væsentlige konsekvenser for både vores medlemmer og de patientgrupper, der tilhører selskabets målgruppe.

DSNR vil derfor gerne henlede opmærksomheden på følgende forhold i forbindelse med de kommende lovgivnings- og strukturændringer:

- At ændringerne ikke må føre til fald i kvaliteten af genoptræning og rehabilitering, selvom intentionen er at styrke området
- At der bør være særlig opmærksomhed på koordination, kapacitet og faglig kvalitet i overgangsperioden, hvor ændringerne endnu ikke er fuldt implementeret
- At eksisterende vidensmiljøer integreres i den nye struktur, så opbygget viden og erfaringer bevares og fortsat kommer patienterne til gode

I det følgende gives konkrete kommentarer til flere af de specifikke ændringer, der foreslås som led i lovgivnings- og strukturændringen:

Kommentar 1: Etablering af og visitation til sundheds- og omsorgspladser

Efter sundhedslovens § 140 skal kommunen tilbyde genoptræning til patienter, der udskrives fra et sygehus med en genoptræningsplan. I genoptræningsplanen skal det fremgå, om patienten har behov for almen genoptræning, specialiseret genoptræning eller rehabilitering på specialiseret niveau. Såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunalbestyrelsen snarest muligt og på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering angive, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau (BEK nr. 918 af 22/06/2018).

I forbindelse med den kommende sundhedsreform etableres flere sundheds- og omsorgspladser. Det er regionerne, der får ansvaret for disse pladser, herunder rehabilitering, som det fremgår af lovforslagets kapitel 34a, § 118 d. og uddybes i ”Bemærkninger til lovforslaget”, s. 104: *”For borgere, der har ophold på en sundheds- og omsorgsplads, og som er udskrevet fra sygehuset med en genoptræningsplan, har regionen ansvar for at levere og finansiere genoptræningsindsatsen under opholdet ud fra borgerens genoptræningsplan”*.

Det fremgår desuden, at medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne som led i overdragelsen af ansvaret fra regionen til kommunen, skal udarbejde en sundhedsfaglig vurdering af den aktuelle status på funktionsevnen som tillæg til genoptræningsplanen fra sygehuset for borgere, der fortsat har behov for almen genoptræning efter endt ophold på sundheds- og omsorgspladserne. Vurderingen skal også beskrive genoptræningsbehov under opholdet samt angive, hvilke genoptræningsindsatser borgeren har modtaget, herunder om indsatserne har svaret til basalt eller avanceret niveau (”Bemærkninger til lovforslaget”, s. 104).

1. Der savnes en tydeliggørelse af, hvorvidt kommunerne ved udskrivelse til sundheds- og omsorgspladserne straks skal stratificere genoptræningsplanen til basal eller avanceret niveau, eller om dette først gøres ved overgangen fra regionalt til kommunalt forløb. Hvordan imødekommer man eventuelle udfordringer i samarbejdet, hvis kommunerne bestemmer indsatserne, men det er regionerne, der skal levere dem i en periode, hvor borgeren er på sundheds- og omsorgspladserne?

Det fremgår af lovforslaget vedr. sundheds- og omsorgspladser, kapitel 34a § 118 d, at regionsrådet kan indgå aftale med et andet regionsråd eller en kommunalbestyrelse vedr. etablering af sundheds- og omsorgspladser. Det uddybes i ”Bemærkninger til lovforslaget”, s. 106, at kommuner efter aftale med regionen kan varetage hele eller dele af driften af sundheds- og omsorgspladserne under regionens myndighedsansvar.

2. Der ønskes en tydeliggørelse af, hvordan det i lovgivningen sikres at der ikke er uhensigtsmæssige forskelle på genoptræningsforløb på de sundheds- og omsorgspladser, hvor kommunen efter aftale med regionen varetager driften, men hvor det fortsat er regionerne der har myndighedsansvaret.
3. Der ønskes en skærpet opmærksomhed på, hvordan det med den nye sundhedsreform sikres, at tilbud om genoptræning til patienter på tværs af landet bliver mere ensartet. Sundhedsstyrelsens afdækning af aktuelle forhold viste, at der var stor forskel på, hvor mange patienter der blev visiteret til hhv. basal og avanceret genoptræning. I nogle kommuner drejer det sig om hver tiende borger, der visiteres til avanceret genoptræning

mens andre kommuner stratificerer hver fjerde almene genoptræningsplan til avanceret niveau¹.

Kommentar 2: Usikkerhed om antal af patienter med behov for specialiseret rehabilitering og den økonomiske ramme

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens notat "*Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau*" (05-03-2025)¹, at der i dag er betydelige forskelle i kommunernes praksis for visitation til avanceret og basal genoptræning. Samtidig understreges det, at der ikke findes præcise data for, hvor mange patienter der visiteres til avanceret genoptræning på baggrund af en almen genoptræningsplan – de nuværende estimater bygger alene på spørgeskemaundersøgelser blandt et udvalg af kommuner.

Dette rejser en væsentlig bekymring: Når det vurderes, at cirka 5 % af de patienter, der i dag modtager avanceret genoptræning, fremover skal visiteres til specialiseret rehabilitering, sker det uden et solidt datagrundlag. Det skaber usikkerhed om opgavens reelle omfang – og dermed også om, hvorvidt de nødvendige ressourcer følger med. Hvis finansieringen ikke matcher behovet, risikerer vi en forringelse af kvaliteten i de specialiserede rehabiliteringsforløb, hvilket vil ramme nogle af de mest sårbare patienter.

Kommentar 3: Uklarhed om fremtidigt samarbejde mellem regioner, kommuner og private aktører

Det er uklart, hvordan rammerne for et fremtidigt samarbejde mellem regioner, kommuner og nuværende private aktører inden for specialiseret rehabilitering vil blive. Erfaringerne fra tidligere reformer giver anledning til bekymring for, at eksisterende vidensmiljøer inden for rehabilitering risikerer at gå tabt, hvis de ikke aktivt inddrages som en ressource i den nye struktur for det specialiserede rehabiliteringsområde. Kommunalreformen i 2007 medførte nedlæggelse af flere specialiserede tilbud inden for hjerneskadeområdet, og det tog adskillige år at genopbygge den nødvendige viden og kapacitet. I mellemtiden var mange patienter væsentligt dårligere stillet. Det er derfor afgørende, at der fra politisk hold rettes særlig opmærksomhed mod at undgå, at den kommende reform fører til lignende utilsigtede konsekvenser for patienterne.

¹ Sundhedsstyrelsen (05-03-25): *Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau* (<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2025/Opgaveflyt/Aendret-ansvar-for-rehabilitering-paa-specialiseret-niveau-og-den-mest-specialiserede-del-af-genopt.ashx>)

Som et tværfagligt lægevidenskabeligt selskab, der repræsenterer fagprofessionelle på tværs af sektorer og faser i genoptræning og rehabilitering i Danmark, værdsætter DSNR muligheden for at bidrage med et høringssvar til de foreslåede ændringer.

Vi står gerne til rådighed for yderligere dialog og faglig sparring i det videre arbejde med lovgivningen.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR).

Med venlig hilsen,

Kåre Eg Severinsen
Forperson i DSNR
Cheflæge, ph.d.
kaarseve@rm.dk



Høringssvar: Høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. ”

Dato 1. juli 2025

Til:
Indenrigs – og Sundhedsministeriet

Palliativ indsats er central for indfrielse af ambitionerne i sundhedsreformen, men mangler i lovteksten

Dansk Selskab for Palliativ Medicin (DSPaM) takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. ”Høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. ”

DSPaM deler ambitionen om at sikre større lighed i sundhed, øget nærhed og en rettidig, sammenhængende og tidlig indsats af ensartet høj kvalitet for alle patienter (1).

Styrkelse af den samlede palliative indsats er helt central i forhold til indfrielse af ambitionerne i sundhedsreformen og den nye sundhedslov. Der er evidens for at palliation lindrer lidelse hos syge og døende, sikrer god koordination, forebygger unødige indlæggelser og overbehandling. Palliation leveres på tværs af regioner, almen praksis og kommuner og er en central del af det nære sundhedsvæsen.

Der dør ca 57.000 mennesker i Danmark om året (2). Mere end en tredjedel dør på hospitalet (3) og i de sidste måneder før døden ses en eksplosiv vækst i hospitalsindlæggelser (4). Udsigtsløse indlæggelser, i den sidste del af livet, har store konsekvenser for patienten, de pårørende og ikke mindst for presset ind mod sundhedsvæsenet.

Det er på denne baggrund afgørende at palliation bliver en del af den fremtidige lovtekst.

DSPaM indstiller derfor, at lovteksten tilpasses så palliation fremgår eksplicit. Selskabet indstiller samtidig, at der tilføjes en patientrettighed om vurdering af palliative behov (§84b) på linje med patienters ret til vurdering af genoptræningsbehov og udarbejdelse af genoptræningsplaner (§84). Regionerne vil med denne lovmæssige præcisering få skærpet opmærksomheden på palliation (5-7) i overensstemmelse med den politiske og faglige ambition (8-12).

**Konkrete ændringer til lovteksten:**

Paragraf	Lovtekst (tilføjelser indsat med rødt)
§84 <i>Nyt afsnit</i>	§ 84b Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en plan for palliation, til patienter, der har et lægefaglig begrundet behov for palliative indsatser i forbindelse med kontakt med sygehuset.
§118d. s.2.	Tilføjelse til lovteksten: Regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende og/eller pallierende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem.
§118d. stk. 2. s.2.	Tilføjelse til lovteksten: Regionsrådet er ansvarlig for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende og/eller pallierende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet.
§138	<i>Ingen forslag om ændring.</i>
§206d.	Tilføjelse til lovteksten: Regionsrådet har ansvar for, at hvert sundhedsråd for eget geografiske område udarbejder en nærsundhedsplan, der konkret beskriver omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder f.eks. hvordan sygehusene understøtter behandling, forebyggelse, rehabilitering og palliation tæt på borgerne, og i eget hjem

Med disse tilføjelser sikres patienters rettigheder til palliativ indsats på samme niveau som retten til rehabilitering i Sundhedsloven.

DSPaM's vigtigste kommentarer til fortolkning af lovgivningen i den nuværende form er i øvrigt:

Skrøbelige patienters behov kalder på indsats med palliativt sigte

Lovforslaget introducerer regionale sundheds- og omsorgspladser. Data fra de eksisterende kommunale midlertidige døgnpladser viser, at 7% af patienterne indlægges akut fra pladserne, at 16% dør inden for 30 dage efter udskrivelse og at 38% dør inden for det første år (13). Tallene vidner om, at en betydelig andel af patienterne på disse pladser er særdeles skrøbelige og har komplekse behov. For disse patienter er indsats med palliativt sigte afgørende – herunder afklaring af ønsker til fremtidig pleje og behandling samt stillingtagen til udrednings- og behandlingsniveau, ikke mindst for at kunne respektere den enkelte patients ønsker, men også for at undgå unødige indlæggelser og udsigtsløs behandling. Lovteksten fokuserer dog primært på det rehabiliterende sigte. Ved indførelse af de indstillede ændringer til lovgivningen ovenfor vil en målrettet og integreret palliativ indsats blive en forpligtende indsats.



Risiko for manglende sammenhæng i indsatser

Lovforslaget beskriver ikke, hvordan regionale sundheds- og omsorgspladser koordineres med kommunale pladser. Det kan medføre skift i ansvar, lægedækning og personale med risiko for manglende sammenhæng i patientforløbet især for skrøbelige patienter. DSPaM anbefaler at placeringen af midlertidige regionale og kommunale pladser sker samme sted for at sikre sammenhæng og kontinuitet.

Medtænk specifikke palliative tilbud i terminologi og beskrivelse

Der findes flere specifikke palliative tilbud, i form af specialiserede palliative senge på hospitaler, specialiserede udkørende palliative teams, hospice samt kommunale tilbud. Dette bør medtænkes i fortolkning af lovteksten.

DSPaM ønsker at bidrage til udformning af en lovgivning, der – i overensstemmelse med intentionerne i sundhedsreformen – understøtter sundhedsprofessionelles mulighed for at lindre lidelse hos mennesker med alvorlig sygdom, til gavn for både patienter og pårørende.

DSPaM stiller sig gerne til rådighed for en åben og konstruktiv dialog med relevante myndigheder og deltager gerne i faglige drøftelser, der kan kvalificere beslutningsgrundlaget og sikre, at den palliative indsats styrkes på et solidt fagligt fundament.

Pva Bestyrelsen for Dansk Selskab for Palliativ Medicin

Formand Emma Helledie
Næstformand Anette Hygum
Professor Ann-Dorthe Zwisler



Referencer

- 1) Dansk Selskab for Palliativ Medicin: National strategi for lindring af patienter med livstruende sygdomme.
https://palliativmedicin.dk/wp-content/uploads/2024/04/DSPaM_National-strategi-2024.pdf
- 2) <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald>
- 3) [Dødsfald fordelt på dødssted og region 2014-2023](#)
- 4) Healthcare utilisation trajectories in patients dying from chronic obstructive pulmonary disease, heart failure or cancer: a nationwide register-based cohort study
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/11/e049661.full.pdf>
- 5) Rigsrevisionens beretning om ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme maj 2025
<https://www.rigsrevisionen.dk/Media/638826416432697549/SR1724.pdf>
- 6) Rigsrevisionens notat om beretning om adgangen til specialiseret palliation august 2023
<https://palliativmedicin.dk/wp-content/uploads/2023/10/Rigsrevisionen-notat-om-beretning-om-adgangen-til-specialiseret-palliation-2023.pdf>
- 7) Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger: Adgangen til specialiseret palliation august 2020
<https://palliativmedicin.dk/wp-content/uploads/2021/12/rigsrevisionens-rapport.pdf>
- 8) Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for den palliative indsats 2017
<https://www.sst.dk/da/sygdom-ogbehandling/~media/79CB83AB4DF74C80837BAAAD55347D0D.ashx>
- 9) Kristeligt Dagblad: Danskere lider uden lindring. Sophie Løhde: "Det kan vi ikke leve med." 21.05.2025.
<https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/danskere-lider-uden-lindring-sophie-loehde-det-kan-vi-ikke-leve-med>
- 10) Danske Regioners Positionspapir for udviklingen af den palliative indsats
<https://www.regioner.dk/media/13753/positionspapir-for-udvikling-af-den-palliative-indsats-danske-regioner-august-2020.pdf>
- 11) AFTALE OM SUNDHEDSREFORM 2024
https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf
- 12) Lægeforeningens holdningspapir til styrket palliation
https://laeger.dk/media/nxp0w5e5/laegeforeningens-holdningspapir-forslag-til-styrket-palliation.pdf?fbclid=IwY2xjawltGRRleHRuA2FlbQlXMAABHRXvpDYw9HhWebyirDG23cjclfa7Y9Gi7ecL3dBfm5KyIVCyLz2vsFrQGA_aem_H7bT9tf8-aOMqO5QX2bzgA
- 13) Harbi, H., Lundby, C., Jensen, P.B. et al. Characteristics and care trajectories of older patients in temporary stays in Denmark. Eur Geriatr Med (2025)
<https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-025-01209-9>

Dansk Selskab for Patientsikkerheds høringssvar til Høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, nationale sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (herefter PS!) takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til lov om opgaveflytning, nationale sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

PS! anerkender, at ønsket om at samle ydelser tættere på borgerne imødekommer ambitionerne i sundhedsreformen om at borgere kan opleve en tidlig og tæt indsats. PS! vil i dette svar fokusere på de kvalitets og patientsikkerheds aspekter, der er indlejret i en opgaveflytning.

I Danmark har arbejdet med patientsikkerhed foregået i snart 25 år og vi har et sundhedsvæsen som på mange områder er meget sikkert. Overgange mellem forskellige organisatoriske dele af sundhedsvæsenet er et af de mest risikofyldte tidspunkter i patientforløb, typisk med svigtende, uklar eller manglende kommunikation.

I 2024 blev rapporteret 13.401 utilsigtede hændelser (herefter UTH) omhandlende overlevering af information, ansvar og dokumentation til den nationale database for UTH. Heraf var 505 alvorlige, mens 49 var dødelig for de patienter som var involveret.
<https://stps.dk/udgivelser/2025/apr/dpsd-aarsberetning-2024>

Disse UTH opstår i overgange internt mellem afdelinger eller i overgange på tværs af sundhedsvæsenet, der er således intet som tilsiger, at organisatoriske ændring med flytning af opgaver eller ansvar alene kan forbedre kvalitet og patientsikkerhed.

Aktuelt opleves tværgående forløb ofte med et uklart og skiftende ansvar hen over tid i en borgers forløb. Der foregår koordinering uden klare strukturer og arbejdsgange, samt udfordret data- og informationsdeling. Alt sammen noget der øger risikoen for at der sker fejl med betydning for patientsikkerheden. I en ph.d - "[Patientovergange - Et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange](#)" – er der identificeret otte faktorer med indflydelse på patientovergange: kommunikation, information, organisation, infrastruktur, professionalisme, ansvar, teamopmærksomhed og kultur.

PS! vurderer, at lov om opgaveflytning ikke bidrager med at reducere disse risici, men har potentielt har indbygget en risiko for at bidrage med nye og hidtidig ukendte risici, med nye (digitale og mundtlige) kommunikationsveje på tværs af sektorer (regioner, almen praksis, akutsygeplejen, apoteker, kommunal visitation, hjemmepleje og hjemme sygepleje).



Der er med loven uklarhed om i hvilken grad borgere vil have adgang til de samme kommunale ydelser fx social faglige ydelser når ansvar og drift af sundheds- og omsorgspladser flyttes til regioner. Social faglige ydelser kan have stor betydning for patientsikkerheden da disse bidrager til involvering af borgere i beslutninger og lign.

PS! anbefales, at der gøres et grundigt arbejde med at vurdere mulige afledte konsekvenser af nye tiltag i et fremtidigt sundhedsvæsen, med de muligheder og udfordringer, der kan vise sig, herunder at formulere indikatorer, som sundhedsrådene kan følges over tid.

PS! anbefaler, at der som del af implementeringen af loven proaktivt og systematisk opsamles og analyseres UTH'er, og at viden om risici i, de eksisterende og nye overgange deles således, at patientforløb ikke bliver mere usikre for patienter.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

30. juni 2025

Dansk Selskab for Patientsikkerheds høringssvar til supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, nationale sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (herefter PS!) takker for muligheden for at afgive supplerende høringssvar over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, nationale sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. idet vi henviser til vores tidligere høringssvar af 30.06.2025

Som nævnt i PS!'s høringssvar af 30.6.2025 er overgange mellem forskellige organisatoriske dele af sundhedsvæsenet er et af de mest risikofyldte tidspunkter i patientforløb, typisk med svigtende, uklar eller manglende kommunikation. PS! vil i dette svar fokusere på de kvalitets og patientsikkerheds aspekter, der er indlejret i en opgaveflytning.

Af lovforslaget fremgår at "et regionsråd og en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelse i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX. De vil i den forbindelse kunne **overdrage driften** (PS! fremhævet) af opgaver mellem hinanden, **men ikke ansvaret** (PS! fremhævet) for sundhedsydelsen. Et regionsråd, en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser vil dog i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse også kunne få overdraget ansvaret for at tildele sundhedsydelsen".

Lovforslaget, som særligt har fokus på de kontraktuelle forhold i et sådant samarbejde, muliggør således en opdeling mellem udførelse af ydelse og ansvar for ydelse.

Af bemærkningerne til lovforslaget fremgår "Udgangspunktet er altså, at hele eller dele af driftsansvaret vil kunne overdrages ved en samarbejdsaftale, men ikke myndighedsansvaret. Myndighedsansvaret omfatter bl.a. muligheden for at kunne fastsætte retningslinjer for driftsopgaven og forpligtelsen til at føre kontrol og tilsyn med udøvelsen af driftsopgaven".

PS! vurderer, at en opdeling mellem driftsansvar og myndighedsansvar ikke vil medvirke til at reducere risikoen for utilsigtede hændelser i de overgange, som forsat vil være til stede med flere forskellige aktører.

For nuværende er det Regionsrådet og kommunalbestyrelsen, der modtager, registrerer og analyserer rapporteringer om utilsigtede hændelser, til brug for forbedring af patientsikkerheden. PS! har tidligere vurderer, at lov om opgaveflytning



ikke bidrager med at reducere de risici vi kender i dag ved overgange, men har potentielt har indbygget en risiko for at bidrage med nye og hidtidig ukendte risici, med nye (digitale og mundtlige) kommunikationsveje på tværs af sektorer (regioner, almen praksis, akutsygeplejen, apoteker, visitation, hjemmepleje og hjemmesygepleje). Netop derfor er det nødvendigt med entydige kommunikationsveje for rapportering og analyse af utilsigtede hændelser og de nødvendige fora for læring. Det fremgår ikke af nærværende lovforslag, hvor denne opgave placeres for de hændelser, hvor en kommunalbestyrelse har driftsansvar og et regionsråd myndighedsansvar.

PS! anbefales, at der gøres et grundigt arbejde med at vurdere mulige afledte patientsikkerhedsmæssige konsekvenser af horisontale samarbejdsaftaler, med de muligheder og udfordringer, der kan vise sig.

PS! anbefaler, at der som del af implementeringen af loven proaktivt og systematisk opsamles og analyseres UTH'er, og at viden om risici i, de eksisterende og nye overgange deles således, at patientforløb ikke bliver mere usikre for patienter.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

17. september 2025



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Den: 30. juni 2025

Ref.: LSA

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Bilag: Vedlagt er høringssvar fra Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (FSSK)

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

DSR bakker op om ambitionerne i sundhedsreformen

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovudkast om opgaveflytning mv. som led i udmøntning af sundhedsreformen.

mandag-torsdag 9.00-
16.00 fredag 9.00-15.00
Tlf +45 33 15 15 55

DSR er grundlæggende positive overfor det høje ambitionsniveau i sundhedsreformen, herunder fokus på forebyggelse af ulighed i sundhed, forebyggelse af (akutte) indlæggelser og sygdomsforværring samt styrkelse af det nære sundhedsvæsen til gavn for patienter og borgere.

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Derfor fokuserer DSR's høringssvar på de elementer i lovudkastet, som vurderes mest nødvendige for at sikre den ønskede sammenhæng i behandling og plejeforløb i de nye strukturer.

Behov for stærkt og smidigt samarbejde mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje

DSR er fortsat af den holdning, at det er centralt for samarbejdet, sammenhængen og kvaliteten i det nære sundhedsvæsen, at akutsygeplejefunktionen fungerer optimalt.

Det betyder først og fremmest, at der ikke er unødige visitationsbarrierer mellem den regionale akutsygepleje og den kommunale sygepleje. Der er i dag et smidigt og velfungerende lokalt samarbejde mellem de to funktioner, som i høj grad bidrager til færre unødige indlæggelser af særligt ældre og skrøbelige borgere. DSR mener derfor, at lovteksten bør præcisere, at der skal være *let og direkte adgang* mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen, så sygeplejerskerne let kan få fat i hinanden. DSR imødeser det kommende arbejde med opdatering af kvalitetsstandarderne for akutsygeplejen, hvori

eventuelle visitations- og henvisningsregler for samarbejdet mellem regional akutsygepleje og kommunal (hjemme)sygepleje bør konkretiseres med afsæt i de mange gode erfaringer, der allerede findes lokalt.

For det andet er det nødvendigt, at der er styr på fælles adgang til data og koordinering i hverdagen mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje, så der ikke skabes en ny overgang i borgernes forløb. Sektorgrænser må ikke hindre samarbejde. Det kræver bl.a., at data fra de enkelte sektorer automatisk deles på tværs. Hvis flytningen af akutsygeplejen skal lykkes, må datadeling fungere gnidningsfrit fra dag ét. DSR deltager meget gerne i dette kommende arbejde.

Styrkelse af den kommunale sygepleje

Efter reformen får den kommunale sygeplejerske en endnu større nøglerolle end i dag, når mange flere indlæggelser skal forebygges. Den kommunale sygeplejerske vil ofte være første kontakt med den borger, som oplever sygdomsforværring og/eller at noget ikke er, som det burde være. Det er ikke en let opgave. Blandt andet derfor mener DSR, at termen 'almen sygepleje' bør erstattes af 'kommunal sygepleje', så der ikke opstår en misvisende forståelse af sværhedsgraden af opgaven, men i stedet holder fokus på hvem, der udfører opgaven, samt hvor i kæden den udføres.

Derudover bør kapacitet og kompetencer i den kommunale sygepleje styrkes, hvis vi for alvor skal lykkes med at forebygge mange flere indlæggelser. DSR foreslår, at der uddannes flere i borgernær sygepleje og som APN-sygeplejersker med kompetence til at håndtere de aller-mest komplekse forløb. Erfaringer fra blandt andet Esbjerg og Ålborg viser, at en målrettet uddannelsesindsats inden for disse to specialiseringer reducerer indlæggelser og højner livskvaliteten for den enkelte. DSR foreslår derfor, at midler fra den nye regionale medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver samt det statslige tilskud til sundhedsrådene med fordel kan anvendes til, at hvert sundhedsråd fastlægger et kommunalt måltal for antal sygeplejersker med specialuddannelse i henholdsvis borgernær sygepleje og APN. Den enkelte kommunes måltal bør afspejle sammensætningen i demografi, sygdomstygde, adgang til øvrige sundhedstilbud mv.

DSR ser store potentialer i mere hjemmebehandling – men hvordan i praksis?

DSR deler ambitionen og bevægelsen mod langt mere hjemmebehandling i fremtidens sundhedsvæsen. Dels er der stort potentiale for bedre behandlingsforløb for den enkelte, når man kan blive i vante rammer frem for at skulle indlægges på hospitalet. Og dels går den sundhedsteknologiske udvikling så stærkt, at der allerede er en masse gode digitale og teknologiske redskaber, der muliggør hjemmebehandling for mange patientgrupper.

Men DSR hæfter sig også ved, at der er meget lidt konkret beskrivelse af, hvad sundhedsreformen anser som hjemmebehandling, hvem der er målgruppen, hvem der udfører hjemmebehandling, samt under hvilke forudsætninger hjemmebehandling kan finde sted. DSR mener derfor, at disse forhold snarest bør beskrives i kliniske retningslinjer og med kvalitetsstandarder knyttet på og bør trække på alle de gode hjemmebehandlingseksempler, som allerede findes mange steder i landet. Det er desuden vigtigt, at kommende kvalitetsstandarder for hjemmebehandling tydeligt beskriver, at kompetenceniveauet af behandlingen og sygeplejen bør være den samme, selvom opgaven flytter ud af hospitalet. DSR indgår meget gerne i dette kommende arbejde.

Sundheds- og omsorgspladser

DSR noterer sig, at der ultimo 2025 skal udarbejdes kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser med krav til kapacitet, udstyr, sundhedsfagligt indhold samt visitations- og afslutningskriterier. DSR foreslår, at disse kvalitetsstandarder også indeholder præcisering af lægefagligt ansvar og kontaktmuligheder samt krav til kompetenceniveauet på sundheds- og omsorgspladserne. DSR indgår meget gerne i dette kommende arbejde.

Bred sundhedsfaglig rådgivning af de nye sundhedsråd

De 17 nye sundhedsråd er politiske udvalg med en meget stor portefølje, og med samlet ansvar for at skabe konkret sammenhæng i indsatserne i det nære sundhedsvæsen, herunder udarbejde nærsundhedsplaner. DSR mener, at de beslutninger kræver solid sundhedsfaglig rådgivning fra flere faggrupper, der kan bringe de gode eksempler ind på bordet, og som kan kvalificere, verificere samt konkretisere de politiske ideer. Derfor foreslår DSR, at der oprettes et sundhedsfagligt rådgivningsudvalg til hvert sundhedsråd med relevante fagligheder fra begge sektorer, der dels kan kvalificere de politiske beslutninger på forhånd, og dels kan skabe bedre grobund for ejerskab og implementering af de lokale beslutninger efterfølgende.

En sådan sundhedsfaglig rådgivning vil også mindske ulighed i sundhed, da sundhedsfaglige perspektiver for marginaliserede grupper i samfundet i så fald kan bringes ind. Fx foreslår Dansk Sygeplejeråd, at sundhedsrådene har blik for at tilrettelægge et særligt tilbud til borgere, som i dag har svær adgang til almindelige sundhedsfaglige ydelser. Det er fx borgere på botilbud og i socialpsykiatrien.

Med venlig hilsen



BILAG 1: Bemærkninger til høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (FSSK) d. 17.06.2025

Generelle kommentarer

Overordnet set, er der mange gode intentioner i lovforslaget som skal sikre ensartet kvalitet, sammenhæng og faglig bæredygtighed i sundhedsvæsenet. I FSSK er vi positive overfor at den specialiserede genoptræning og de midlertidige pladser overgår til regionerne, som et led i at skabe større ensartethed i behandlingen.

Vi undrer os dog over, at der i lovforslaget anvendes begrebet *almen kommunal sygepleje*, uden at det er defineret hvad almen kommunal sygepleje er. Vejledningen om hjemmesygepleje (VEJ nr. 102 af 11/12/2006) har behov for en revidering. Lige nu bliver der anvendt begreber i kommunerne, som ikke er klart defineret, og det bliver derfor upræcist hvad der menes med almen kommunal sygepleje. I forårsaftalen for implementering af sundhedsreformen, kan vi dog læse at vejledninger, bekendtgørelser mv. skal opdateres, og at der skal udarbejdes en ny kvalitetsstandard for almen kommunal sygepleje. Vi håber at denne vejledning bliver prioriteret, så kommunerne får en klar referenceramme at drøfte almen kommunal sygepleje ud fra.

Specifikke kommentarer

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner (§§ 206 c-d)

En national strategisk retning og krav om lokale nærsundhedsplaner er et vigtigt og konstruktivt skridt i retning af større koordinering. Det kan styrke sammenhængen mellem kommune og region, hvis det suppleres med konkrete krav om involvering af kommunale sygeplejefaglige kompetencer.

Sundheds- og omsorgspladser (§ 118 d)

Flytningen af ansvar for midlertidige pladser til regionerne kan forbedre adgangen til kompleks, rehabiliterende pleje uden egenbetaling, og sikre lægefaglig tilknytning og specialiseret sundhedsfaglighed.

Minimumsrammer for samarbejdsaftaler (§ 118 c, stk. 3)

Det er positivt, at der afsættes konkrete økonomiske rammer, som regioner skal bruge til aftaler med kommuner. Dette kan sikre reel kapacitetsopbygning og forpligtende samarbejde.

Lægehenviisning til regional akutsygepleje (§ 138 a, stk. 1)

Det er ærgerligt, hvis regional akutsygepleje kun kan ydes efter lægehenviisning. I praksis anvendes akutteams ofte direkte af kommunale sygeplejersker eller plejepersonale til sparring og vurdering, og jf. forårsaftalen om implementering af sundhedsreformen, får regionen en forpligtelse for at stå til rådighed og sparring for den almene kommunale sygepleje, hvilket forventes at blive skrevet ind i sundhedsloven. Samtidig understøtter det forbeholdte virksomhedsområde, at sygeplejersker kan handle selvstændigt. Vi håber derfor at ændringen i lovgivningen fortsat understøtter den tilgængelighed og kontaktflade som kommunerne har i dag.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Den: 18. sep. 2025
Ref.: LSA

Høringssvar vedr. lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar.

DSR bakker op om formålet med de horisontale samarbejdsaftaler

DSR er enige i, at disse lovændringer skal understøtte retningen for, at regioner og kommuner i endnu videre omfang får et fælles ansvar for at levere sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen med udgangspunkt i mere fleksible samarbejdsmodeller.

DSR deler desuden vurderingen af, at et stærkere samarbejde mellem regioner og kommuner er en forudsætning for, at ambitionerne i sundhedsreformen kan realiseres i praksis. Det gælder især mulighederne for at kunne sætte tidligt ind med rette tiltag, der forebygger (gen)indlæggelser og sikrer sammenhæng i borger- og patientforløb til gavn for både den enkelte og for det samlede ressourcetræk på sundhedsydelserne i Danmark.

Derfor bakker vi også op om de positive tilkendegivelser i lovforslaget om, at disse ændringer dels anses som en trædesten til en mere permanent og generel mulighed for samarbejde på tværs, og dels indfører et selvstændigt hjemmelsgrundlag (§118 d) for at kunne indgå samarbejdsaftaler.

DSR's forslag til anvendelsesmuligheder

Lovudkastet foreslår, at de horisontale samarbejdsaftaler fx kan anvendes på følgende fire områder: Den patientrettede forebyggelse, sundheds- og omsorgspladser, akutsygeplejen og rehabilitering på specialiseret niveau.

DSR er enige i, at de fire nævnte områder er gode eksempler på, hvor horisontale samarbejdsaftaler kan anvendes. I tillæg til særligt akutsygeplejen ønsker DSR at pege på anvendelsesmulighed for den nye undtagelsesbestemmelse om overdragelse af ansvar for selve tildelelse af sundhedsydelsen. Det vil i praksis betyde, at den kommunale sygeplejerske, der oplever pludselig forværring i en borgers tilstand, hurtigt kan tilkalde akutsygeplejen uden at skulle igennem regional visitation til akutsygeplejen. Tid og rette kompetence er ofte afgørende i forhold til at undgå indlæggelse.

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Derudover foreslår DSR også, at horisontale samarbejdsaftaler anvendes til at oprette funktioner, der påtager sig forløbskoordinationen.

Det kan fx være en sygeplejerske, der tager ansvaret for at koordinere hjemmebehandlingsforløb og/eller særligt komplekse borgeres forløb på tværs af de mange sundhedsydelser, som tilbydes fra både hospital, kommune og praksis. Erfaringer fra særligt Aalborg og Aarhus viser, at tilknytning af en sygeplejerske med et særligt klinisk og organisatorisk blik på patientens situation både bidrager til sygdomsfremme hos den enkelte patient og sparer både region og kommune for udgifter.

Endeligt foreslår DSR, at disse horisontale samarbejdsaftaler kan anvendes på sundhedsrådsniveau (men fortsat godkendes på regionsrådsniveau). Det vil give mulighed for at afprøve forskellige modeller, der passer i den lokale kontekst, og dermed sætte skub i udviklingen af gode samarbejdsmodeller flere steder i landet på samme tid. I til-læg hertil bakker DSR op om, at der løbende opsamles erfaringer med indgåelse af samarbejdsaftalerne med henblik på eventuel yderligere fastsættelse af regler om aftalerne.

Opmærksomhedspunkter vedr. ansatte

For så vidt angår den del af lovforslaget, der vedrører vilkår for overførsel af ansatte som led i indgåelse af eller ophør af horisontale samarbejdsaftaler har DSR følgende bemærkninger:

DSR vil bemærke, at der med en generel hjemmel til at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner på området for sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen bliver tale om, at overførsel af medarbejdere tidsmæssigt har et længere sigte, end hvad der indgår i overgangsperioden, hvor ansvaret for en række opgaver den 1. januar 2027 flyttes fra kommuner til regioner.

Som konsekvens heraf indføres der i forslag til ny § 205, stk. 3, en hjemmel til, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fastsætte regler om, at *"hele eller dele af kapitlerne 10-13 i lov nr. 699 af 20. juni 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven) finder anvendelse på overførsler af opgaver herunder med de fornødne tilpasninger."*

Det fremgår supplerende af lovbemærkningerne hertil, s. 13, 3. afsnit, at der i anvendelsen af hjemlen kan *"hentes inspiration"* i de bestemmelser, der indgår om samme emne i Overgangslovens kapitel 10-13, herunder *"med de fornødne tilpasninger"*.

DSR finder det afgørende, at ansattes rettigheder ved overførsel af opgaver mellem kommuner og regioner som led i Sundhedsreformen sker på et identisk lovgrundlag.

DSR foreslår derfor konkret, at det præciseres i lovbemærkningerne, at det af hensyn til ligebehandlingsprincippet er væsentligt, at vilkårene for overførsel af ansatte fastsættes med tilsvarende rettigheder, som følger af kapitel 10-13 i overgangsloven, og at fravigelse alene kan ske, hvis der er tvingende årsager til tilpasninger fx i relation til fremgangsmåden for overførslen og deling af aktiver, passiver mv.

Med venlig hilsen



Dorthe Boe Danbjørg
Forkvinde

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K

02/07/25

Høringssvar til udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Danske Bioanalytikere takker for muligheden for at kommentere udkast til lovændringerne. I dette høringssvar bidrager vi med centrale opmærksomhedspunkter inden for det diagnostiske område i relation til opgaveflytning og den nationale sundhedsplan – herunder de regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplanerne.

Hovedbudskaber

- Behandling og diagnostik skal følges ad i opgaveflytningen
Danske Bioanalytikere støtter forslaget om at samle ansvaret for behandling tættere på og helt ude i borgeres egne hjem. Med behandling følger dog også diagnostiske tests, som derfor også skal foretages tæt på og i egne hjem. Der er derfor behov for, at der i relation til opgaveflytningen også nævnes, at det samler ansvaret for de diagnostiske tests i det nære sundhedsvæsen. Borgere og patienter har brug for diagnostik, af høj, ensartet kvalitet, så mere behandling kan foregå tæt på og unødvendige indlæggelser forebygges.
- Behov for nationale kvalitetsstandarder for diagnostik
Danske Bioanalytikere ser det som yderst relevant at udvikle kvalitetsstandarder, som går på tværs af sektorer som led i en national sundhedsplan. Det vil være oplagt med kvalitetsstandarder for diagnostikken i det nære sundhedsvæsen for at sikre ensartet kvalitet i alle led af sundhedsvæsenet.

Kommentarer til opgaveflytning

Danske Bioanalytikere ser gode muligheder i intentionerne om, at mere behandling skal foregå tættere på borgerne og i deres eget hjem. Det er dog vigtigt, at det samtidig anerkendes, at behandling og diagnostik hænger uløseligt sammen. Diagnostiske tests er en forudsætning for korrekt behandling – også i det nære sundhedsvæsen.

Der er i dag allerede mange diagnostiske tests, som foretages tæt på borgere og i egne hjem. Et område med stort potentiale i omstillingen af sundhedsvæsenet er patientnære analyser (Point of Care Testing, POCT). POCT dækker over diagnostiske tests, der udføres tæt på patienten – ofte ved seng eller i hjemmet – og som leverer resultater på få

Sekretariatet
Peter Bangs Vej 7A, 3 etage
2000 Frederiksberg
Tlf: 4422 3246
dbio@dbio.dk
www.dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

minutter. Disse analyser anvendes direkte i vurderingen af patientens tilstand, behov for indlæggelse og den videre behandlingsplan.

Bioanalytikere fra sygehuslaboratorierne indgår i dag allerede i faste samarbejder med almen praksis i form af laboratoriekonsulentordningen, hvor de understøtter kvalitetssikring og -udvikling af diagnostik foretaget i almen praksis. Det fungerer i dag og gælder alle i almen praksis.

Men der er et stort uudnyttet potentiale i, at bioanalytikere fra sygehuslaboratorierne også samarbejder med kommunale akutteams, kommende hjemmebehandlingsteam og præhospitale enheder – alle aktører, der allerede udfører eller ønsker at udføre diagnostiske tests tæt på borgerne.

Ved at tildele sygehuslaboratorier det overordnede ansvar for patientnære analyser i det nære sundhedsvæsen og etablere faste samarbejder om oplæring og kvalitetssikring af diagnostik, kan behandling på forsvarlig vis flyttes ud tæt på og flere indlæggelser vil kunne forebygges.

Det er nødvendigt at al diagnostik i det primære sundhedsvæsen er til at stole på. Der kan let ske fejl som fx betyder, at borgere bliver fejllindlagt pga. fejlmåling af hæmoglobin i blodet eller at en urinvejsinfektion overses pga. fejlmålinger med urinstix. Som patienter, der skal modtage behandling i eget hjem, skal man fx også være tryk ved, at det fungerer, og det kræver, at der løbende er korrekt monitorering af ens sygdom.

Det er desuden vigtigt, at sygehuslaboratorier inddrages i arbejdet med bedre prioritering, da de også kan sikre, at der foretages mindre unødvendig diagnostik i det nære sundhedsvæsen – det øger nemlig også presset på sygehuse, da de kan modtage patienter på fejlagtigt grundlag. Der er allerede mange initiativer i gang på sygehuse for at reducere unødvendig diagnostik, hvilket er inspireret af organisationen Vælg Klogt. Det er arbejde bioanalytikere bidrager til i dag på sygehuse og gerne bringer med ud i deres samarbejder med aktører fra det nære sundhedsvæsen.

Kommentarer til national sundhedsplan

I forlængelse af ovenstående ser Danske Bioanalytikere det som yderst relevant, at der i en national sundhedsplan også nævnes det diagnostiske område i forhold til omstilling af aktiviteter fra sygehuse til sundhedsvæsenet tæt på borgerne.

Det vil være oplagt at udvikle overordnede kvalitetsstandarder, som sikrer, at der bliver etableret samarbejde om kvalitetssikring af diagnostik mellem sygehuslaboratorier og relevante aktører i det primære sundhedsvæsen. Det vil sikre en udvikling af ensartet kvalitet i diagnostik i alle led af sundhedsvæsenet, hvilket der langt fra er i dag.

I dag findes der kun anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om kvalitetssikring af diagnostik i forhold til kommunale akutteams (Kvalitetsstandarder for kommunale akutteams, 2023). Men det er langt fra alle kommunale akutteams, som har indgået samarbejde om kvalitetssikring af den diagnostik, de udfører. I en opgørelse af Danske Bioanalytikere fra juli 2024 fremgår det, at 62 ud af de 98 kommunale akutteams endnu ikke har etableret samarbejder med sygehuslaboratorier om kvalitetssikring af blodprøver, herunder både POCT-tests og venøse blodprøver. Dertil kommer de mange andre steder i kommunerne (fx plejehjem) og præhospitale enheder, hvor der også foretages POCT-tests, men hvor der ikke er anbefalinger om kvalitetssikring.

I de regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplanerne, som udformes i hvert sundhedsråd, bør det diagnostiske område på lignende vis være et selvstændigt område, hvor der sikres lokale planer for, hvordan det samlede ansvar for det nære sundhedsvæsen kan udmøntes i en højere og mere ensartet kvalitet af diagnostiske tests.

Som borger bør man kunne forvente, at kvaliteten er høj, uanset hvor en prøve bliver taget, og at der er et samlet ansvar for diagnostikken i hele sundhedsvæsenet

Vi uddyber meget gerne vores høringssvar.

Venlig hilsen

Martina Jürs
Forkvinde, Danske Bioanalytikere



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

Høringssvar til lovforslag om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at komme med bemærkninger til lovforslag om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Dato:

26-06-2025

Generel kommentar

Først og fremmest vil vi gerne takke ministeren og ministeriet for at have sat fokus på den sundhedsfaglige indsats, der ofte har et rehabiliterende sigte. Desværre fremgår der flere steder i lovudkastet en uklarhed om hvem der skal varetage denne funktion. Vi vil generelt foreslå, at den fysioterapeutiske faglighed bliver skrevet ind i lovforslaget.

Email:

mp@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4671

Efterfølgende er direkte bemærkninger til høringen

Vedr. 3.5.1.1. Kvalitetsstandarder

Det bør fremgå af standarder og anbefalinger, at patientuddannelse er en sundhedsfaglig ydelse

Det er positivt med standarder, så borgerne sikres ensartede tilbud i kommunerne.

Danske Fysioterapeuter får en del medlemshenvendelser om indsatser om "patientuddannelse" og "patientrettet forebyggelse" i kommuner, og hvor kommunerne ikke anser indsatserne som sundhedsydelser. Nogle kommuner anser "patientuddannelse" og "patientrettet forebyggelse" som generel undervisning og træning. En indsats som dermed, ifølge kommunen, ikke skal journalføres jævnfør journalføringsbekendtgørelsen.

Når tilbud om patientuddannelse og patientrettet forebyggelse er forudgået af en individuel målrettet anamnese og fysioterapeutisk undersøgelse, hvor fysioterapeuten har vurderet, at patientuddannelsen/den patientrettede forebyggelse er klinisk relevant for patienten, så vurderer vi, at patientuddannelse/forebyggelse er en

sundhedsydelse. Fysioterapeuten bør derfor føre journal jævnfør journalbekendtgørelsen ved patientuddannelse og patientrettede forebyggelsesindsatser. Det vil sige, at der som minimum hver gang skal journalføres "efter planen", når patienten har fulgt planen for forløbet.

Vi vurderer, at det svækker fysioterapeutens retssikkerhed samt patientens ret til at sundhedsfaglige ydelser dokumenteres, når kommuner ikke anser patientuddannelse/patientrettet forebyggelse, som en sundhedsfaglig ydelse.

Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at det tydeliggøres i fremadrettede kvalitetsstandarder og anbefalinger, at "patientuddannelse" og "patientrettet forebyggelse" er sundhedsfaglige ydelser, som bør journalføres jnf. bestemmelserne i journalføringsbekendtgørelsen.

Vedr. 3.1.1.2. Patientrettet forebyggelse

Fysioterapeutiske praksis bør skrives ind i den patientrettede forebyggelse

Danske Fysioterapeuter deler opfattelsen af, at den patientrettede forebyggelse særligt til i forhold til kronisk syge, langvarigt syge, samt patienter med genoptrænings- og rehabiliteringsbehov, er et sammenspil mellem regioner, kommuner og praksis.

Vi mener, at fysioterapeuter i praksis kommer til at være en vigtig brik i de kommende kronikerpakker, ikke mindst til kronikerpakken vedr. lænd-ryg smerter, både når det kommer til opsporing, behandling og genoptræning.

Derfor forslår vi, at *fysioterapipraksis* nævnes i følgende sætning:" ... at regionernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område vedrører specielt den patientrettede forebyggelse. Det drejer sig bl.a. om videreudvikling af de forebyggende sygehuse, almen og *fysioterapeutpraksis* og deres opgaver på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet og samarbejdet med kommuner om især indsatsen i forhold til kronisk syge, langvarigt syge, samt patienter med genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Vedr. 3.1.2.1. OPGAVEFLYTNING

Ja tak til ensartede genoptræningsforløb med høj kvalitet og medarbejdere med de rette kompetencer

Danske Fysioterapeuter deler ambitionen om, at der skal sikres *"genoptræningsindsatser af høj kvalitet for borgere med komplekse genoptræningsbehov"* og, at *"medarbejdere med de rette kompetencer (skal) løfte opgaverne"*.

Det er helt essentielt, at der skal medfølge kompetenceudvikling af alle medarbejdere samt, at overlevering af genoptræningsplaner, og sparring om borgerne, gøres så smidigt og nemt, som overhovedet muligt. Dette også af hensyn til patientsikkerheden og det smidige forløb.

Derfor foreslår Danske Fysioterapeuter, at der udvikles robuste standarder og rammeaftaler for overlevering af genoptræningsplaner, så ingen, hverken fysioterapeut eller patient, er i tvivl om pligt og ret i den givne situation.

Vi afventer afklaring og tydelige rammer for alle fysioterapeuter og medarbejdere, som skal være part i opgaveflytningen

Vi får henvendelser fra vores medlemmer, som i forbindelse med opgaveflytning fra kommune til region, spørger til hvilke ansættelsesretlige og øvrige ændringer de skal forholde sig til.

Vi imødeser, at ministeriet kommer med klare og tydelige rammer for opgaveflytningen, så den enkelte fysioterapeut trygt kan gå på arbejde.

Vedr. 3.1.1.4 Genoptræning

Tilføjelse af fysioterapeutfaglige kompetencer til vurdering af genoptræningsbehov.

Danske Fysioterapeuter vurderer, at det fremadrettet vil være rettidig omhu at tilføje en ændring i sundhedslovens § 84. Fysioterapeuter vil i mange tilfælde diagnosticere og behandle selvstændigt i dialog med patienterne. Dette vurderer vil forekomme i stigende grad, da Danske Fysioterapeuter forventer, at direkte adgang til fysioterapi uden lægehenvisning, vil blive udbredt i den nærmeste fremtid. Allerede i dag får en væsentlig andel af patienter en direkte henvisning til fysioterapi via deres forsikringsselskab, og som derfor ikke er henvist via læge.

Derfor forslår Danske Fysioterapeuter, at der tilføjes "eller terapeutfagligt" til følgende sætning: "...

regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt eller terapeutfagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Dette foreslås, da det i vid udstrækning er den fysioterapeutfaglige vurdering, der ligger til grund for diagnose og plan for patientens funktionsevne på udskrivningstidspunktet, herunder almen genoptræning, genoptræning på basalt og avanceret niveau eller genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Vedr. 3.2.3.2. Nationale kvalitetsstandarder i sundhedsrådene

Oprettelse af centre for kvalitetstandarder og forskning i borgernær sundhedsløsninger

Vi vurderer, at der vil være et behov for at støtte sundhedsrådene i deres kvalitetsarbejde i praksisnær og borgerrettede sundhedsløsninger. Regionerne er stærkt repræsenteret i forskning rettet mod sekundærsektoren, men der er et behov for at kunne understøtte sundhedsrådenes beslutninger, når det gælder patientovergangene og de kommunale sundhedsydelser med kvalitetsarbejde.

Det er vigtigt, at der arbejdes med at udvikle en kvalitetsorganisation for det nære sundhedsvæsen, og en forudsætning herfor er at der er et forskningsmæssigt fokus på kvalitetsudvikling.

Danske Fysioterapeuter forslår derfor, at der oprettes forskningsinstitutioner rettet mod det nære sundhedsvæsen lign. Forskningsenheden for almen praksis.

Vi står selvfølgelig til rådighed, hvis ministeriet ønsker vores høringssvar uddybet.

Med venlig hilsen

Jeanette Præstegaard

Danske Handicaporganisationers (DH) høringssvar vedr. lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Danske Handicaporganisationer (DH) kvitterer for modtagelsen af høringen over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Høringen er led i lovpakke 2A i sundhedsreformen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. I det følgende vil vi komme med bemærkninger til delene omkring opgaveflyt, sundhedsplaner og patientbefordring. Til de øvrige dele i lovpakken har DH ingen bemærkninger.

Indledning

Lovpakke 2A udmønter en central del af sundhedsreformen. Fra DH's side har vi været spændte på opgaveflyttet omkring genoptræning og rehabilitering samt tankerne bag de kommende sundhedsplaner.

Handicap bliver ikke registreret i Danmark, men større undersøgelser viser, at omkring 30 procent af danskerne i alderen 16-64 år vurderer, at de har et større eller mindre handicap. Oveni kommer børn og ældre med handicap. 120.164 danskere har ifølge VIVE et større psykisk handicap. 313.155 danskere har et større fysisk handicap. Nogle er født med det, andre har fået det senere i livet. Fælles for dem alle er, at de har hyppig kontakt med det danske sundhedsvæsen og har behov for samme adgang til udredning, behandling og opfølgning som alle andre borgere.

Netop derfor er det afgørende, at sundhedsvæsenet ikke alene er indrettet til den gennemsnitlige patient. Det skal også have viden om og kapacitet til at møde mennesker med komplekse og sammensatte behov. Det kræver specialiseret faglighed, tværgående koordinering og tydeligt myndighedsansvar.

Vi anerkender, at sundhedsreformen indeholder ambitioner om et klarere kædeansvar på tværs af sundhedstilbud. Det er positivt. Men vi ser samtidig en risiko for, at ambitionen om et mere nært og alment sundhedsvæsen kan føre til afspecialisering af de tilbud, som mange af DH's medlemmer i dag er afhængige af. Hvis behandlingen flyttes tættere på borgerne, uden at sikre den nødvendige specialisering, risikerer vi et sundhedsvæsen, der bliver mindre tilgængeligt for netop dem, der har størst behov for en differentieret og vidensbaseret indsats.

Opgaveflyt

I selve sundhedsreformen er der lagt op til et ambitiøst opgaveflyt på den specialiserede rehabilitering. DH er glade for opgaveflyttet af den specialiserede rehabilitering. Det vil komme mange mennesker med handicap til gavn med et tydeligere myndighedsansvar og sundhedstilbud af højere kvalitet.

Dog er vi skuffede over opgaveflyttet på den avancerede genoptræning. Med forårsaftalen blev det klart, at opgaveflyttet på den avancerede genoptræning blev meget begrænset og isoleret til et par tusinde mennesker inden for neurologien.

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg danner grundlag for opgaveflytningen – men oplægget er både uklart og utilstrækkeligt i forhold til at belyse behovet for specialiserede indsatser på tværs af målgrupper. Patienter

med sjældne kræftdiagnoser, amputationer eller hoved-hals-kræft nævnes kun sporadisk – og mange sygdoms- og handicapgrupper nævnes slet ikke. Det gælder også mange børn og unge med komplekse behov, som ellers eksplicit blev nævnt i reformen.

Samtidig viser Sundhedsstyrelsens egen rapport om bæredygtighed i sundhedsplanlægning, at der fortsat kun i ringe grad er etableret tværkommunale samarbejder om avanceret genoptræning. Servicetjekket fra 2017 dokumenterede store forskelle i genoptræningstilbuddene, afhængigt af hvilken kommune borgeren blev udskrevet til. Det kan ikke være politisk tilfredsstillende. DH har svært ved at forestille sig, at dette var den løsning, aftalepartierne havde ønsket sig.

Det må desuden kritiseres, at regeringen, ministeriet og aftalekredsen i vidt omfang lægger hele ansvaret over på Sundhedsstyrelsens faglige oplæg – et oplæg, der selv understreger sine egne begrænsninger. Sundhedsstyrelsen skriver blandt andet: *"Der er tale om en lille delmængde af målgruppen inden for genoptræning på avanceret niveau, som har så komplekse behov, at en række kommuner i dag er udfordret på at opretholde fagligt bæredygtige tilbud. Der er således ikke lagt op til en omfattende gennemgang af den samlede avancerede genoptræning."* Det betyder, at opgaveflytningen nu foretages på et ufuldstændigt grundlag. Det er kritisabelt – både fagligt og politisk.

DH foreslår, at man reviderer bekendtgørelse nr. 918 af 22. juni 2018 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. I dag er det sådan, at der findes almen og specialiseret genoptræning. Under den almene genoptræning er der både den basale og avancerede. Kommunerne kan godt levere på den basale genoptræning, som – jf. bekendtgørelsen – forudsætter sundhedspersoner med generelle kompetencer, hvorimod personer, som modtager avanceret genoptræning, har brug for sundhedspersoner med særlige kompetencer. På den avancerede genoptræning har kommunerne som nævnt utroligt svært ved at levere tilbud af den nødvendige kvalitet.

Konkret foreslår vi, at man i bekendtgørelsen udskiller den avancerede genoptræning fra kategorien almen genoptræning. Dermed opstår der en ny kategori, som vi foreslår flyttet til regionalt regi – på linje med den specialiserede genoptræning – så flere borgere med et genoptræningsforløb på avanceret niveau oplever et mere sammenhængende forløb af høj kvalitet.

Sundhedsplaner

I DH kan vi sagtens se behovet for at lave sundhedsplaner på tre niveauer: en national sundhedsplan, en overordnet regional sundhedsplan og en nærsundhedsplan i hvert sundhedsråd. Det giver god mening, at man i sundhedsrådene opretter tilbud, designet til den befolkningsgruppe, som bor i det geografiske område. Dog har vi en bekymring for, at fokuset på at skabe et nært og mere alment sundhedsvæsen får konsekvenser for den specialiserede behandling og viden, som mange mennesker med handicap i dag modtager på fx sygehusene. Hvis disse behandlinger skal ud i hvert enkelt sundhedsråd, er der en reel risiko for en afspecialisering.

Derfor opfordrer vi til, at man i den nationale sundhedsplan har øje for målgrupper, som har brug for specialiserede indsatser på højt niveau. Det kan for eksempel være døvblinde, hals- og mundhuleopererede, smertepatienter eller mennesker med muskelsvind, epilepsi og cerebral parese. Ved at indtænke målgrupperne i den nationale sundhedsplan sikres den nødvendige behandling og kapacitet på tværs af regionerne. For DH er

det vigtigt, at postnummerlotteri ikke afløses af sundhedsrådslotteri.

I sundhedsplanerne – uagtet niveau – er det altafgørende for DH's medlemmer, at tilgængelighed i bred forstand spiller en stor rolle i tilrettelæggelsen af sundhedstilbuddene. Udover at den fysiske tilgængelighed skal være i orden, så mennesker med handicap kan benytte sig af sundhedsvæsenet, skal den pædagogiske og sociale tilgængelighed ligeledes spille en central rolle i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Det vil desuden ikke kun komme patienter med handicap til gavn, men alle patienter.

DH foreslår desuden, at man i den regionale sundhedsplanlægning forpligter regionerne på at levere almenmedicinske tilbud til landets beboere på diverse botilbud. Personer med udviklingshandicap, som er en stor del af målgruppen for landets botilbud, dør fx i gennemsnit 20 år før resten af befolkningen. Så der er alvorligt brug for at kigge på deres adgang til sundhedsvæsenet.

Befordring

Mennesker med handicap har ofte svært ved at komme til og fra behandling. Det kan være umuligt at benytte offentlig transport, hvis man har mange smerter eller har svært ved at finde rundt. Og det kan være vanskeligt at skulle vente mange timer sammen med andre patienter, hvis man har det psykisk dårligt og lider af angst.

Blandt mennesker med handicap fortæller mere end hver fjerde, at de har oplevet at droppe behandling i sundhedsvæsenet, fordi de ikke kunne komme til og fra behandlingenⁱ. Uanset om man skal til behandling på et sygehus, til sin praktiserende læge eller til genoptræning, skal det være muligt at komme derhen.

Derfor er det helt afgørende, at transport til behandling for patienter, der ikke selv kan komme dertil, ses som en integreret del af behandlingen og som en patientrettighed på lige fod med den øvrige behandling. Der bør ske en gennemgribende revision af befodringsreglerne, så reglerne bliver gennemskuelige for brugerne, så transporten bliver mulig at anvende – også selvom man har en funktionsnedsættelse – og så det sikres, at tilbud om transport er ens og velfungerende i hele landet.

Når kommuner og regioner fremover skal samarbejde mere og også udvikle fælles tilbud i sundhedsrådene, er der brug for en tydelig og klar afklaring af, hvem der står for transport af borgeren. For eksempel kan man nemt forestille sig, at et specialiseret rehabiliteringstilbud kan foregå andre steder end på sygehuset – fx et kommunalt tilbud med driftsoverenskomst med sundhedsrådet. Er det så flexpatient eller flexkommune? Vi forudser store problemer med befodrningen, hvis dette ikke kommer på plads, inden reformen skal træde i kraft i 2027. Med sundhedsreformen er det helt oplagt at foretage en gennemgribende revision af befodringsreglerne.

Slutteligt vil DH også gerne påpege behovet for, at ledsagelse kan bruges på tværs af alle sektorer. Blinde og svagtseende har for eksempel stort behov for ledsagelse i sundhedsvæsenet, hvis de skal kunne finde rundt på sygehusene.

Venlig hilsen

Thorkild Olesen

Formand for Danske Handicaporganisationer

ⁱ DH undersøgelse om sundhed, 2023

01. Juli 2025

J.nr. Sagsnr.: 2025 – 3023

Danske Osteopater har modtaget Indenrigs- og Sundhedsministeriet høringsbrev af 4. juni 2025 vedrørende udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. Danske Osteopater har noteret sig, at der med udkastet til lovforslaget skal ske en flytning af ansvaret - herunder genoptræningsindsatsen - fra kommunerne til regionerne, ligesom at der med ændringen bl.a. tilsigtes, at regionerne får et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling tættere på eller helt ud i borgerens eget hjem, hvorved flere borgere vil opleve en tidlig, nær og sammenhængende indsats. Det skal samtidig give mulighed for at forebygge unødige sygehusindlæggelse.

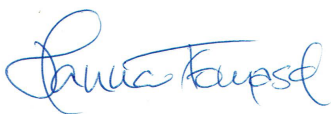
Osteopater er autoriserede sundhedspersoner med en helhedsorienteret og personcentreret tilgang og specialiseret viden om undersøgelse, manuel behandling, funktionel træning, sundhedsfremme og livsstilsrådgivning. Osteopati betragtes internationalt som en flerkomponent sundhedsprofession, der integrerer manuel behandling, øvelser, sundhedspædagogik, psykosocial støtte og rådgivning relateret til livsstil og trivsel [1]. Evidensen for osteopatisk behandling er voksende og viser dokumenteret effekt for en række tilstande, herunder lænderygsmerter, nakkesmerter, skulderdysfunktion, hofte- og knæartrose samt muskuloskeletale gener under og efter graviditet. Flere systematiske reviews og retningslinjer peger på positive resultater for funktion, livskvalitet, smertereduktion og reduceret sygefravær [1]. En systematisk gennemgang af internationale spørgeskemaundersøgelser viser at de fleste patienter søger osteopatisk behandling for subakutte eller kroniske muskuloskeletale tilstande, især lænderyg- og nakkesmerter, og over 50 % af patienterne er i den erhvervsaktive alder [2].

Osteopati har været anerkendt siden 2018 som en selvstændig, autoriseret sundhedsprofession i Danmark. Autorisationen varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed. Der er dags dato udstedt flere end 350 autorisationer til osteopater og Danske Osteopater repræsenterer 90% af disse. I forhold til nærheden, kan vi oplyse, at der er autoriserede osteopater i alle regioner og herunder de fleste kommuner i Danmark [3]. Osteopater er således en allerede etableret og tilgængelig faggruppe i nærmiljøet og bidrager dagligt til forebyggelse, behandling og rehabilitering i et tæt samarbejde med de øvrige sundhedsprofessionelle [3].

Danske Osteopater opfordrer til, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet efter forslaget til ændringen af sundhedslovens § 118 d, stk. 5, får tænkt osteopati ind i nærsundhedsplanen, således at Regionsrådene, de nye sundhedsråd og KL på behørig vis inddrager osteopati i relevant omfang ved tilbuddet til patienternes behandling, genoptræning og rehabilitering. På den måde sikres det, at patienterne ydes bedst mulig faglig kompetent behandling, genoptræning og rehabilitering, jf. herved også forslaget til det nye kap. 39 i sundhedsloven.

På Danske Osteopaters vegne,

Hanna Tómasdóttir



Formand for Danske Osteopater

Referencer

1. Alliance, O.-O.I. Global review of osteopathic medicine and osteopathy 2020. 2020 [cited 2025 26.06]; Available from: https://oialliance.org/wp-content/uploads/2024/02/OIA_Report_2020_FINAL.pdf.
2. Ellwood, J. and D. Carnes. An international profile of the practice of osteopaths: a systematic review of surveys. International Journal of Osteopathic Medicine 2021 [cited 2025 26.06]; 14-21]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1746068921000237>.
3. Osteopater, D.-D. Profilerings af Danske Osteopater - Data fra medlemsundersøgelse - Efterår 2023. 2023 [cited 2025 15.06]; Available from: <https://usercontent.one/wp/www.danskeosteopater.dk/wp-content/uploads/2025/06/Profilering-af-DO-2024-Folder-.pdf?media=1749545346>.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: flf@sum.dk og sse@sum.dk

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Lovforslaget er en del af lovpakke 2, som har til formål at udmønte dele af den politiske aftale om en sundhedsreform. Sigtet med lovforslaget er dermed at realisere den politiske aftales intentioner om et mere nært sundhedsvæsen, som leverer sammenhængende sundhedsydelser af høj kvalitet til gavn for patienter og pårørende.

Der er flere gode takter i lovforslaget. Vi finder det bl.a. positivt, at der etableres hjemmel til regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver, som kan sikre en fælles kommunal og regional forankring af udbygningen af det nære sundhedsvæsen. Det er også positivt, at der med lovforslaget fremover skal udarbejdes en national sundhedsplan, som kan sætte retning for udvikling af det samlede sundhedsvæsen, og nærsundhedsplaner, som kan målrette udviklingen af sundhedstilbud lokalt.

Der er imidlertid også en flere forhold, som er utilstrækkelige og uafklarede med det forelagte lovforslag. Vi er særligt bekymrede for, at der med lovforslaget kan ske en utilsigtet afspecialisering af behandlingstilbud til mennesker med kroniske og langvarige sygdomme, og at utilstrækkelig afgrænsning af funktioner skaber nye snitfladeproblematikker for patienter og deres pårørende.

Opgaveflytning

Det fremgår af lovforslaget, at bl.a. kvalitetsstandarder for de flyttede indsatser skal opdateres, hvilket er positivt. Kvalitetsstandarderne for alle områder bør være konkrete og bindende, så de understøtter en ensartet kvalitet på tværs af landet, og så indsatsen ikke varierer afhængig af lokale ressourcer, prioriteringer og fortolkninger. Samtidig bør der opstilles nationale indikatorer for kvalitet, herunder også den patientoplevede, så det bliver muligt at følge både effekt og oplevelse.

Vi opfordrer til, at patient- og pårørendeforeningerne bliver inddraget i arbejdet med revision af kvalitetsstandarder, vejledninger mv.

Dato:
2. juli 2025

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
jk@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/7

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 28 medlemsforeninger, der repræsenterer 109 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Søvnrapnø Forening, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskaade, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskaedeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

Uambitiøse planer for genoptræning og rehabilitering

Med den politiske aftale om sundhedsreformen er det aftalt, at regionerne skal overtage ansvaret for de mest specialiserede niveauer af genoptræning og rehabilitering. Danske Patienter har rost beslutningen om at flytte myndighedsansvaret for disse indsatser. Det er gentagne gange blevet dokumenteret, at kommunerne har haft en for lille patientvolumen til at kunne løfte den specialiserede og højt specialiserede genoptræning med tilstrækkeligt niveau af kvalitet – med store konsekvenser for patienterne.

Side 2/7

Det fremgår også af høringsmaterialet, at hensigten med lovforslagets dele om opgaveflytning er at understøtte, at indsatserne vil kunne varetages på et mere fagligt bæredygtigt grundlag som følge af regionernes størrelse.

Vi må dog konkludere, at det foreliggende udkast ikke kommer til at højne kvaliteten i forventet og tilstrækkeligt omfang. Sundhedsstyrelsen har vurderet, at kun en lille gruppe af de patienter, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau, med fordel kan omfattes af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau. Sundhedsstyrelsen forarbejder hviler imidlertid på et ufuldstændigt grundlag da forarbejdet er gennemført under korte tidsfrister. Det resulterer nu i, at der kun afsættes regional økonomi til en lille del af de patienter, der har behov for mere specialiserede indsatser.

Af samme årsag er den forskelligartede kommunale praksis for brug af rehabilitering efter hhv. § 119 og § 140 ikke blevet afdækket tilstrækkeligt, hvilket igen har medført, at den økonomiske ramme er estimeret mindre end hvad det formentlig er det reelle behov. Det medfører også en risiko for, at der vil blive stor forskel på hvilket kvalitetsløft patienterne møder, når kommunerne har vidt forskellig praksis på området ift. anvendelse af § 119 og § 140, og opgaven fremover får to forskellige ejere.

Vi mener, at der er en reel risiko for, at kvaliteten på området reelt vil blive forværret, når behovet for genoptræning og rehabilitering i regionalt regi viser sig at være langt større end estimeret – og økonomien og kapaciteten ikke er gearret til den egentlige målgruppe. Konsekvensen er enten, at for få patienter vil få det tilbud, de har behov for og ret til, eller at alle patienter med behov for en specialiseret genoptrænings- eller rehabiliteringsindsats vil få et tilbud, der ikke modsvarer deres behov.

Det matcher på ingen måde den politiske ambition, og det er ikke fagligt forsvarligt. Derfor opfordrer vi til, at der afsættes ressourcer til en grundig faglig afdækning, som kan danne grundlag for en korrekt dimensionering af tilbuddet, og at tvivlsspørgsmål om nye potentielle snitflader afklares i den nationale sundhedsplan.

Uklar afgrænsning mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse

Med lovforslaget opdeles myndighedsansvaret for hhv. borgerrettet og patientrettet forebyggelse, således at den borgerrettede del fremover fortsat vil ligge i kommunalt regi, mens regionerne overtager ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Formålet med flytningen af den patientrettede forebyggelse er at skabe mere sammenhængende løsninger for patienter med kronisk eller langvarig sygdom, som er i regelmæssig eller tilbagevendende kontakt med sundhedsvæsenet.

Vi mener dog, at afgrænsningen af patientrettet forebyggelse er uklar. Lovforslaget henviser til Sundhedsstyrelsens faglige oplæg, men også her er afgrænsningen uklar. Et eksempel er demensområdet, hvor kommunerne – som anbefalet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til tværsektorielle forløb på demensområdet – har forskellige tilbud om psykosociale indsatser. Heri ligger bl.a. tilbud om træning, socialt samvær, aktiviteter og kognitiv træning. Det er uklart, om denne del fremover reguleres i ældreloven – eller skal anses som en del af den patientrettede forebyggelse, som overflyttes til regionerne. I dag hjemler kommunerne det forskelligt og forholder sig ofte ikke så nøje til, om forebyggelse gives efter den ene eller anden paragraf. Der er en risiko for, at nogle patienter falder mellem to stole, hvis ikke det tydeliggøres, hvad der fortsat er en kommunal forpligtelse.

I lovforslaget listes en række eksempler på borgere, der kan være i målgruppen for patientrettet forebyggelse: *"Det gælder eksempelvis borgere med en eller flere sygdomme som KOL, type 2 diabetes, kræftsygdomme, hjertesygdom, depression, angst, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser m.v."* (s. 33). Vi anerkender, at ministeriet ikke anser dette for at være en udtømmende liste, men vi må alligevel påpege, at gruppen af mennesker med kronisk sygdom er langt bredere end det, der opregnes med de nævnte sygdomme. Mange patienter med mange forskellige diagnoser vil således have gavn af en forebyggende indsats.

Med flytningen af den patientrettede forebyggelse er det væsentligt at få udfoldet opgaven omkring brobygning til civilsamfundet og de indsatser, der ligger dér. I forlængelse heraf bør der være mere fokus på opgaven med at håndtere de mentale udfordringer, der for mange følger med en kronisk eller langvarig sygdom.

Positivt med nye sundheds- og omsorgspladser, men behov for opmærksomhed på snitflader til øvrige midlertidige pladser

Med lovforslaget oprettes regionale sundheds- og omsorgspladser til patienter med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke hensigtsmæssigt kan udføres i eget hjem, og som ikke kræver indlæggelse på sygehus. Det er en opgave, som i dag varetages på kommunale akutpladser og store dele af de øvrige midlertidige pladser. Der lægges op til, at der skal tilknyttes lægefaglige kompetencer til sundheds- og omsorgspladserne, ligesom der ikke kan kræves egenbetaling for opholdet.

Vi vurderer, at oprettelsen af de nye sundheds- og omsorgspladser vil medføre højnet kvalitet for mange patienter, bl.a. henset til tilstedeværelsen af lægefaglige kompetencer og udsigten til kvalitetsstandarder. Vi ser dog en række forhold, der kræver særlig opmærksomhed:

For det første indebærer regionens mulighed for at tilvejebringe pladser via egne eller eksterne aktører, herunder på tværs af regionsgrænser, en risiko for, at tilbuddene samles på få matrikler langt fra borgerens netværk og hverdag. Vi anbefaler, at der stilles krav om geografisk nærhed, så pladserne er tilgængelige for borgere i hele regionen, herunder også i yderområder og for borgere med begrænset mobilitet.

For det andet bør der fastsættes klare krav om løbende kvalitetskontrol, samarbejde med almen praksis og kommuner samt efterlevelse af nationale standarder, når regionen udliciterer driften af sundheds- og omsorgspladserne.

For det tredje anbefaler vi, at kvalitetsstandarder for pladserne gøres obligatorisk. Lovbemærkningerne anfører, at Sundhedsstyrelsen "vil kunne" fastsætte kvalitetsstandarder for pladserne. Vi anbefaler, at dette ændres til "skal", og at der i standarderne udarbejdes bindende nationale krav til fx sundhedsfagligt indhold, udstyr og kapacitet.

Side 4/7

For det fjerde må den kommende afregningsmodel ikke medføre utilsigtede incitamenter. Udskrivning skal baseres på sundhedsfaglige vurderinger og være tryk for patienten – ikke på økonomiske hensyn. Det bør eksplicit fremgå af de kommende regler. Vi anbefaler desuden, at modellen evalueres løbende ud fra patientens funktionsevne og oplevede kvalitet – ikke alene belægningsgrader.

Vi gør for det femte opmærksom på, at der i implementeringen af lovgivningen er behov for en løbende opmærksomhed på snitfladen mellem sundheds- og omsorgspladserne, de resterende kommunale midlertidige pladser og aflastningspladserne i regi af ældreloven. Vi frygter, at den målgruppedefinition for de pladser, som regionerne skal overtage, er for snæver i forhold til den virkelighed, der i dag er i kommunerne, og som Sundhedsstyrelsens faglige oplæg tager afsæt i.

I lovforslagets bemærkninger står: *"Det er i den forbindelse et afgørende princip for ophold på pladserne, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, herunder at borgernes behov afgør adgangen til specialistkompetence"* (s. 39). Det er ikke i dag et kriterium for visitation til midlertidigt ophold i kommunerne, fx efter indlæggelse. Der vil være en stor gruppe, som ud fra et sundhedsfagligt begrundet behov ikke kan være i eget hjem, men hvor behovet ikke bunder i behov for adgang til lægefaglige kompetencer.

Det står videre i bemærkningerne, at: *"Med de foreslåede regler omfatter målgruppen f.eks. ikke borgere, der primært har behov for helhedspleje efter ældreloven eller personlig pleje og praktisk hjælp efter serviceloven. Målgruppen omfatter f.eks. heller ikke borgere, der primært har behov for socialfaglige indsatser, og som derfor skal modtage kommunal støtte fremfor ophold på sundheds- og omsorgs-pladser for at sikre kontinuitet i deres indsatser"* (s. 39). I dag er det ofte denne gruppe, der anvender pladserne – eksempelvis en ældre borger, der efter et hoftebrud er færdigbehandlet, men fortsat er fysisk svækket og ikke kan være i sit eget hjem, fx fordi der er trapper, som han/hun ikke kan gå på, eller fordi der er brug for en ernæringsindsats eller lignende. Den indsats, der skal leveres, vil således være under ældreloven, men behovet for aflastning er sundhedsfagligt begrundet. Det bør præciseres, hvordan disse snitflader håndteres i praksis.

Fravær af palliation

Det palliative område er nærmest fraværende i lovforslaget, til trods for at palliation spiller en central rolle i et værdigt og sammenhængende sundhedsvæsen. Behovet for palliative indsatser kan opstå i hele sygdomsforløbet og skal kunne tilbydes både i primær og sekundær sektor – og koordineres med rehabiliterende indsatser og genoptræning.

Det fremgår både af Sundhedsreformen 2024 og Kræftplan V, at der er behov for at styrke den palliative indsats, særligt på basalt niveau. Både Rigsrevisionen og de helt nye tal fra Dansk Palliativ Database peger på behovet for en mere systematisk vurdering af palliative behov. Det vil

styrke rettidigheden og mindske social og diagnosebetinget ulighed i adgang til lindring.

Vi opfordrer derfor til, at palliation og systematisk vurdering af palliative behov indskrives eksplicit i lovteksten.

Side 5/7

Regional medfinansiering af kommunale opgaver

Danske Patienter ser positivt på, at der åbnes for, at regioner kan medfinansiere kommunale sundhedsopgaver – fx til styrkelse af basal palliation eller forebyggelse. Det kan understøtte sammenhæng og fælles ansvar. Men vi ser samtidig en risiko for ulighed, da regionerne ikke er forpligtet til at indgå aftaler med alle kommuner. Det kan efterlade mindre eller ressourcetsvage kommuner uden samme adgang til støtte. Det bør sikres, at ordningen ikke forstærker geografiske forskelle, men tværtimod modvirker dem.

Desuden bør kriterierne for implementeringskrav og vilkår for flerårige tilsagn tydeliggøres, så kommuner kan planlægge langsigtet uden urimelige krav.

Endelig bør der stilles krav om, at regional støtte ikke blot erstatter eksisterende indsatser, men reelt løfter serviceniveauet til gavn for borgerne.

Nationale, regionale og nære sundhedsplaner

Med lovforslaget skal indenrigs- og sundhedsministeren fremover fastsætte en national sundhedsplan, som sætter strategisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning. Den nationale sundhedsplan skal ifølge aftale om sundhedsreformen sikre bedre geografisk fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet og understøtte omstillingen af det samlede sundhedsvæsen, hvor sygehusene i højere grad skal vendes udad, og det nære sundhedsvæsen styrkes.

Danske Patienter støtter intentionen om en national plan, der sætter retning – og vi er enige i ambitionen om at styrke og udvikle det nære sundhedsvæsen. Vi kan dog frygte, at det stærke fokus på at flytte aktivitet til det nære sundhedsvæsen medfører en afspecialisering, som vil være et massivt tilbageskridt for patienterne og kvaliteten i sundhedsvæsenet samlet set. Det højt specialiserede sundhedsvæsen er fuldstændig afgørende for de mest sundhedsudsatte borgere. Det gør sig også gældende i fremtiden, hvor den samlede patientpopulation med komplekse sygdomme ikke ser ud til at falde, og hvor nye – og ofte dyre – innovative behandlingsformer og -teknologier vinder frem. Fremtidens nye behandlinger fordrer et stærkt, højt specialiseret niveau, hvis de skal tages i anvendelse. Det er der ikke – og det bør der næppe være – ekspertise til uden for de højt specialiserede miljøer. Desuden har højt specialiseret faglighed betydning for livskvalitet og livslængde hos patienter med kronisk sygdom og kompleks komorbiditet.

Derfor anbefaler vi, at det fremgår af lovteksten, at den nationale sundhedsplan også skal forholde sig til udviklingen af og rammerne for den højt specialiserede behandling.

Forpligtende nærsundhedsplaner kan bidrage til sammenhæng og lighed

Side 6/7

Vi finder det positivt, at hvert sundhedsråd skal udarbejde en nærsundhedsplan, som beskriver omstillingen og udbygningen af det nære sundhedsvæsen i den lokale kontekst. Nærsundhedsplanerne kan, når de udvikles i regi af sundhedsrådene, blive en vigtig faktor i at sikre sammenhæng for de mange patienter, som fx er i kontakt med forskellige specialer eller som både har behov for indsatser fra region og kommune.

Det er dog væsentligt, at planerne ikke blot bliver hensigtserklæringer, men derimod konkrete styringsredskaber med tydelig sammenhæng mellem mål, opfølgning, økonomi og ansvar. For at bidrage til sammenhæng og lighed i sundhedsvæsenet anbefaler vi, at planerne skal adressere overgange, kapacitetsbehov og samarbejdsflader mellem sektorer – særligt for sårbare borgere og komplekse forløb.

Derudover bør det præciseres, at nærsundhedsplanerne skal forholde sig eksplicit til det fælles populationsansvar, herunder hvilke dele af populationen nærsundhedsplanen konkret adresserer og hvordan der i regi af sundhedsrådene tilvejebringes relevante sundhedstilbud til de relevante grupper på tværs af kommune og region.

Behov for løbende inddragelse af patient- og pårørendeudvalg i udviklingen af nærsundhedsplanerne

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger (s. 61), at sundhedsrådet skal høre det lokale patient- og pårørendeudvalg i forbindelse med nærsundhedsplanen.

Hvis man vil sikre, at patienter og pårørendes perspektiver gør sig gældende i udviklingen af det nære sundhedsvæsen, er det ikke tilstrækkeligt, at patient- og pårørendeudvalget *høres* i forbindelse med nærsundhedsplanen. Udvalget bør involveres i udarbejdelsen af planen. Dertil bør der helt generelt etableres en struktur som fremmer en tidlig, vedvarende og ligeværdig dialog mellem sundhedsrådets medlemmer og patient- og pårørendeudvalget, hvis der skal træffes beslutninger, som reelt afspejler brugerperspektivet.

Monitorering af implementering af sundhedsreformen

Danske Patienter hæfter sig ved, at aftalepartierne bag sundhedsreformen er enige om, at der skal foretages en løbende monitorering af omstillingen til det nære sundhedsvæsen – herunder effekten for patienterne. Vi er helt enige i, at sådan en landsdækkende monitorering af implementeringen af sundhedsreformen er afgørende for at sikre, at intentionerne med reformen bliver efterlevet. I monitoreringen af implementeringen bør man også kigge på effekten lokalt, fx på sundhedsrådsniveau, så man sikrer sig, at omstillingen ikke resulterer i 17 forskellige sundhedsvæsener og en ny geografisk ulighed i sundhed.


Befordring

Det er positivt, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet som led i implementering af sundhedsreformen vil foretage en generelt eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven. De nuværende regler er alt for komplekse for patienter og pårørende at navigere i, og det indviklede og usmidige system betyder, at mange pårørende må yde befordring, og at patienter uden pårørende måske helt undlader at møde op til deres aftaler.

Side 7/7

I forlængelse heraf vil vi foreslå en tilføjelse til § 118d og § 139b, som regulerer hhv. sundheds- og omsorgspladser samt genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Der bør tilføjes et stk., som sikrer patienter vederlagsfri transport og hjælpemidler, samt dækning af eventuelle ledsagerudgifter til hjælpere. Uden vederlagsfri transport kan tilgængelighed blive en reel barriere for patienter med bevægelseshandicap, og automatisk ledsagerret vil sikre, at de mest svækkede patienter kan deltage uden ekstra omkostninger til følgeperson. Med disse tilføjelser sikres det lovteknisk, at transportudgifter, ledsagelse og nødvendige hjælpemidler bliver en integreret del af de regionale tilbud.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: sad@sum.dk og sse@sum.dk

Høringssvar vedr. udkast til forslag til lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til de supplerende lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler, som indgår i forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.).

Vi ser positivt på, at lovændringerne vil skabe bedre rammer for, at der i forbindelse med opgaveflytningen kan bygges videre på eksisterende løsninger med høj kvalitet. Horisontale samarbejdsaftaler kan være et vigtigt redskab til at sikre, at faglige fyrtårne og gode kommunale erfaringer ikke går tabt, men i stedet bruges aktivt i opgaveflytningen. Samtidig bør det sikres at samarbejde med civilsamfundet tænkes systematisk ind, og at der skabes bedre forudsætninger for monitorering og datadrevet udvikling på tværs af landet.

Horisontale samarbejdsaftaler skal bidrage til høj kvalitet i opgaveflytningen

Danske Patienter støtter, at der med det supplerende lovforslag skabes bedre muligheder for at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem regionerne og kommunerne. Det er afgørende, at opgaveflytningen fra kommunerne til regionerne ikke sker på bekostning af kvalitet, faglighed og lokale løsninger, som allerede har vist deres værdi for patienterne. Ingen patientgrupper bør som følge af opgaveflytningen opleve forringelser i deres tilbud eller adgang til relevante indsatser. Tværtimod bør det sikres, at de eksisterende tilbud af høj kvalitet kan videreføres og bringes i spil som inspiration og løftestang for udviklingen på tværs af landet.

Et eksempel på et opgaveområde, hvor nogle kommuner har prioriteret at udvikle og drive tilbud af høj kvalitet, er den patientrettede forebyggelse, hvor der er betydelig variation i, hvordan tilbud er prioriteret og tilrettelagt på tværs af landets kommuner. Nogle steder er der opbygget stærke faglige miljøer og tilbud med specialiseret viden og høj kvalitet. Disse erfaringer risikerer at gå tabt, hvis opgaveflytningen gennemføres uden blik for de løsninger, der allerede fungerer godt. Netop derfor er det positivt, at horisontale samarbejdsaftaler kan anvendes som et redskab til at sikre en mere fleksibel opgaveflytning,

Dato:
18. september 2025

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
ml@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/3

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 28 medlemsforeninger, der repræsenterer 109 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Søvnnapnø Forening, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskaade, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskaedeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

hvor lokale kompetencer kan videreføres og sikre høj kvalitet i tilbuddene til gavn for patienterne.

Hvis sundhedsreformen skal lykkes med at styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen, er det afgørende, at opgaveflytningen ikke sænker ambitionsniveauet, men tværtimod bygger videre på det bedste fra begge sektorer. Her udgør de horisontale samarbejdsaftaler et vigtigt element, som bør prioriteres og følges tæt i den videre implementering.

Side 2/3

Samarbejde med civilsamfund

Samarbejdet med civilsamfundsaktører, herunder patientforeninger, rummer et væsentligt potentiale i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Patientforeninger har et indgående kendskab til patienternes behov, hverdagsliv og motivation og kan derfor bidrage med viden, støtte og konkrete tilbud, der supplerer det offentlige sundhedsvæsen og gør indsatserne mere relevante og brugbare for patienterne.

Særligt i arbejdet med patientrettet forebyggelse har civilsamfundet allerede en dokumenteret rolle som værdifuld samarbejdspartner. Her bidrager aktører som patientforeninger med fællesskaber, netværk og viden, der kan hjælpe med at fastholde sundhedsfremmende vaner og livsstilsændringer. Civilsamfundstilbud kan være med til at styrke det samlede forløb, mindske risikoen for tilbagefald og samtidig adressere den sociale dimension af sundhed ved fx at reducere ensomhed og skabe meningsfulde fællesskaber.

Danske Patienter opfordrer derfor til, at lovgivningen i højere grad præciserer, at afsøgning af samarbejdsmuligheder med civilsamfundet bør indgå som en integreret del af arbejdet med horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner. Det vil være et vigtigt skridt i retning af at skabe helhedsorienterede, patientnære løsninger.

Behov for løbende monitorering

En forudsætning for, at de nye rammer for samarbejde og opgaveløsning kan fungere i praksis, er stærke sundhedsråd med det rette datagrundlag og de nødvendige forudsætninger for at lede udviklingen lokalt. Det gælder ikke mindst på områder som patientrettet forebyggelse og rehabilitering, hvor det i dag er vanskeligt at få systematisk viden om kvalitet, volumen og effekt.

Danske Patienter er derfor bekymret over, at arbejdet med Fælles Sprog III, som skulle bidrage til et fælles dokumentationsgrundlag, er blevet sat på pause. Uden monitorering og systematisk viden om behov, kvalitet og resultater vil det være vanskeligt at realisere ambitionen om at styrke kvaliteten for patienter på tværs af landet.

Uafklarede snitflader mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse og rehabilitering efter § 140

Der er fortsat væsentlige uafklarede spørgsmål i relation til snitfladerne mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse samt mellem rehabilitering efter § 140. Danske Patienter har tidligere påpeget, at disse uklarheder indebærer en reel risiko for, at patienter falder mellem to stole, og at den faglige kvalitet i de regionale tilbud ikke løftes tilstrækkeligt. Det er nødvendigt, at snitfladerne præciseres yderligere, og at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til en korrekt dimensionering af opgaven, så både ansvar og kvalitet står mål med ambitionerne i reformen.

Side 3/3

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

Kopi til: flf@sum.dk og sse@sum.dk

DANSKE
REGIONER



30-06-2025

EMN-2025-00566

1790965

Danske Regioners høringssvar over lovforslag om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 4. juni 2025 sendt et udkast til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love, i høring. Danske Regioner fremsender høringssvar på vegne af de fem regioner. Juridiske bemærkninger til de konkrete bestemmelser i lovforslaget, er vedlagt som bilag.

Danske Regioner bakker overordnet op om lovforslaget, der skal være med til at sikre sammenhæng og at sundhedsopgaverne løses så tæt på borgerne som muligt, samtidig med at der sikres den nødvendige kvalitet i indsatsen. Danske Regioner bakker op om, at ansvaret for en række sundhedsopgaver flytter fra kommuner til regioner, og vil bidrage til, at dette sker i et godt samarbejde med kommunerne. Danske Regioner mener overordnet, at lovforslaget skaber gode rammer for denne opgaveflytning, og at det i øvrigt også skal ses i sammenhæng med den forårsaftale, som regeringen har indgået med Danske Regioner og KL. Det er Danske Regioners opfattelse, at lovforslaget på lange stræk flugter godt med denne aftale, men noterer på enkelte væsentlige områder, at der er behov for konsekvensrettelser, for at sikre overensstemmelse med aftalen. Derudover har Danske Regioner en række ønsker til præciseringer, som beskrives neden for.

1. Forslag til ændring af sundhedsloven

1.1 Bemærkninger vedr. sundheds- og omsorgspladser

1.1.1. Målgruppebeskrivelse

Det følger af lovforslagets § 118 d, stk. 1, at regionsrådet tilbyder vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Af bestemmelsens stk. 2, fremgår, at regionsrådet er ansvarlig for at yde sundhedsfaglige indsatser med et

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på sundheds- og omsorgspladserne. Med lovforslaget overtager regionerne ansvaret for en andel af de nuværende midlertidige pladser i kommunerne. Det er derfor vigtigt, at der er klarhed om målgruppen for de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser og afgrænsningen mellem de regionale og kommunale pladser. Derfor blev der som en del af forårsaftalen udarbejdet et særligt bilag 5 om sundheds- og omsorgspladserne, som beskriver målgruppen og principper for kommende visitations- og afslutningskriterier. Danske Regioner gør opmærksom på, at beskrivelsen i lovbemærkningerne til § 118 d stk. 2, skal være i overensstemmelse med bilagets ordlyd.

Her fremgår det, at målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne er *'borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse med behov for sundhedsfaglige indsatser...'*, og at sundhedsfaglige indsatser forstås som *'observation/pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte'*. I forlængelse heraf vil Danske Regioner opfordre til, at der ikke skelnes mellem, hvorvidt borgeren udskrives fra hhv. psykiatrisk eller somatisk afdeling, idet visitationen i stedet skal bero på borgerens behov for sundhedsfaglige indsatser (fremfor udskrivende afdeling). Dette skal også ses i lyset af sundhedsreformens ambitioner om, at skabe mere sammenhæng og en ligestilling af psykiatri og somatik.

Derudover er det i forårsaftalen aftalt, at borgere med et primært behov for palliation, ikke er i målgruppen for pladserne, jf. følgende tekst i bilag 5:

"I forlængelse heraf er borgere, der kan opholde sig i eget hjem, når borgeren modtager de nødvendige kommunale og/eller regionale indsatser og tilbud, og hvor de sundhedsfaglige indsatser kan tilrettelægges i forbindelse med eget hjem, ikke i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser. Det gælder også borgere med behov for basale palliative indsatser, som kan tilrettelægges i eget hjem – fx fordi der ikke er behov for sundhedsfaglig observation eller lægedækning, som ellers er tilgængelig på sundheds- og omsorgspladserne". Danske Regioner opfordrer til, at dette konsekvensrettes i bemærkningerne til lovens § 118 d, stk. 1 og stk. 2, herunder på s. 97 og 105, så det er i overensstemmelse med det aftalte.

Danske Regioner bemærker også, at det bør præciseres i lovens bemærkninger til afsnit 3.1.3.2 og § 118 d, stk. 1 og stk. 2 (på s. 38, 96 og 103), hvad der menes med "rehabiliterende sigte". I bilaget beskrives det, at der med rehabiliterende sigte forstås *'... forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens funktionsniveau og kan fx bidrage til at forebygge sygehusindlæggelse'*, hvilket også bør fremgå af lovbemærkningerne. Begrebet rehabilitering anvendes også på andre velfærdsområder, og det er derfor nødvendigt, at det tydeligt afgrænses, hvordan indsatserne på sundheds- og omsorgspladserne kan bidrage til rehabilitering.

1.1.2. Medicin

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger til § 118 d, stk. 1, på s. 102, at rammerne for medicinbehandling på sundheds- og omsorgspladserne som udgangspunkt vil blive de samme som på de nuværende midlertidige pladser.

Det bemærkes hertil, at det er Danske Regioner vurdering, at de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser skal betragtes på samme måde, som regionens egne sygehuse eller en dertil knyttet behandlingsinstitution, og derfor vil være omfattet af de gældende regler for medicinindkøb og -distribution. Dette vil også indebære, at sygehusapotekerne via Amgros I/S, kan indkøbe og levere lægemidler samt andre relevante varer til de regionale sundheds- og omsorgspladser. Der henvises til apotekerlovens § 55, jf. sundhedslovens § 74, stk. 2, hvoraf fremgår, at en regions sygehusapotek eller sygehusapoteksfilial kan levere lægemidler og andre varer til regionens egne sygehuse og tilknyttede behandlingsinstitutioner mv., jf. sundhedslovens § 74, stk. 2 og § 75, stk. 2-4.

Danske Regioner lægger i den forbindelse vægt på, at sundheds- og omsorgspladserne er sengepladser med døgnophold, og at der ydes behandling omfattet af sundhedslovens § 5, for eksempel i form af sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Det bemærkes i øvrigt, at der vil være tilknyttet lægefaglige kompetencer.

Det er Danske Regioners klare vurdering, at det vil være en afgørende barriere for at opnå den fulde effekt af sammenhængen til sygehusindsatserne, herunder akutberedskabet, hvis rammerne for medicin ikke går på tværs af regionens enheder, og der dermed ikke kan udleveres medicin til borgerne på sundheds- og omsorgspladserne på samme måde, som på sygehusene. Danske Regioner anerkender, at der med *"bekendtgørelse om kommuners og private virksomheders håndtering af lægemidler til brug for sygeplejerskers og lægers behandling af patienter i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser"* vil være visse muligheder for at udlevere og opbevare medicin, men med væsentlige begrænsninger. Ligeledes vil det have store konsekvenser for sammenhængen på tværs af indsatser, hvis der alene kan indkøbes medicin via de private apoteker. Det vil bl.a. betyde, at regionerne ikke kan anvende det eksisterende elektroniske system, og dermed ikke kan monitorere og følge op på medicinforbrug eller sikre effektiv medicinbestilling, hvilket vil medføre væsentlige administrative udfordringer og udgifter.

Endeligt skal det bemærkes, at samme muligheder bør være til stede, hvis en region og en kommune indgår aftale om, at kommunen skal varetage driften af pladserne. Såfremt Indenrigs- og Sundhedsministeriet er af en anden vurdering, anmodes ministeriet om, at der etableres en klar hjemmel, så sundheds- og

omsorgspladserne er omfattet af reglerne for medicinindkøb og – distribution, så der sikres en smidig løsning for patienterne på disse pladser.

1.1.3. Befordring

Det fremgår af lovforslaget bemærkninger, s. 41, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil foretage et eftersyn af befordringsreglerne, og at eftersynet også skal tage højde for behovet for befordring til og fra de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser. Danske Regioner bakker op om, at ministeriet foretager et eftersyn og kommer med forslag til en forenkling af reglerne vedr. befordring generelt.

Danske Regioner vil derudover fremhæve, at de fremtidige regler for befordring til sundheds- og omsorgspladser bør understøtte bedre sammenhæng for patienterne og også fastlægge, hvordan reglerne skal være for befordring ifb. indførelsen af frit valg på sundheds- og omsorgspladser.

Som reglerne er i dag i forhold til midlertidige pladser, betaler regionen for befordringen fra hospital til akutplads eller øvrige midlertidige pladser, idet de sidestilles med transport til borgerens eget hjem. Kommunen betaler for befordring fra eget hjem til akutplads eller midlertidig plads samt fra akutplads eller midlertidig plads til eget hjem. Lovforslaget lægger op til, at de gældende regler videreføres.

Danske Regioner opfordrer til, at der ses nærmere på, hvilke regler der skal gælde på området – herunder ift. hvad der er vederlagsfrit for patienterne. Danske Regioner finder, at befordringsreglerne til sundheds- og omsorgspladserne skal ses i sammenhæng med den kommende fastlæggelse af frit valg til sundheds- og omsorgspladserne og de økonomiske konsekvenser heraf.

1.1.4. Visitationsret samt visitation-, afslutnings- og henvisningskriterier

Det følger af opgaveflytningen på området, at visitationsretten til sundheds- og omsorgspladserne er regional. Det fremgår af lovforslagets § 118 d, stk. 4, at regionsrådet kan indgå aftale med et andet regionsråd eller en kommunalbestyrelse, der tilvejebringer et tilbud efter stk. 3, om, at det andet regionsråd eller kommunalbestyrelsen også kan visitere borgere til tilbuddet på vegne af regionen, og åbner op for, at regionerne ifølge den foreslåede § 118 d, stk. 4, samt bemærkningerne hertil, får mulighed for at indgå aftale med andre regioner eller kommuner om visitation. Dette kan være relevant, hvis en region f.eks. vælger at lade én eller flere kommuner drifte sundheds- og omsorgspladser.

Danske Regioner bakker op om denne mulighed, men understreger, at uddelegering af visitationsretten alene er en regional beslutning. Danske Regioner finder det vigtigt at slå fast, at en kommune ikke kan forvente at få visitationen tildelt, såfremt kommunen skal varetage driften af pladserne og dermed, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem at varetage driften og at få tildelt visitationsretten eller retten til at afslutningsmelde borgeren. Det bør derfor fremgå, at regionen også vil have mulighed for selv at visitere til en sundheds- og omsorgsplads, selvom der er lavet aftale med fx en kommune om at varetage visitationen. Tilsvarende bakker Danske Regioner op om, at loven åbner mulighed for, at kommunen efter aftale skal kunne afslutningsmelde borgere fra sundheds- og omsorgsplader efter samme principper.

1.1.5. Tilstedeværelsen af lægefaglige kompetencer og andre kompetencer

Det fremgår af lovens § 118 b, at Indenrigs- og Sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler i kvalitetsstandarderne for kommunalbestyrelser og regionsråd om indsatser i forbindelse med sundhedsydelse i nærværende afsnit i loven, herunder om kvalitetskrav til og tilrettelæggelse af indsatserne. Danske Regioner finder det positivt, at der lægges op til, at der skal udvikles kvalitetsstandarder som fagligt fundament, som samtidig skal fungere dynamisk og understøtte, at der løbende sker en udvikling og nytænkning af opgaveløsningen. Danske Regioner støtter endvidere, at der med etablering af sundheds- og omsorgspladser sikres en større tilknytning af relevante lægefaglige kompetencer. I bilag 5 fra forårsaftalen står der følgende om tilknytning af lægefaglige kompetencer: *'Sundheds- og omsorgspladser organiseres derfor således, at der sikres fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som fx speciallæger i almen medicin eller geriatri'*. Denne formulering bør indskrives og erstatte de nuværende formuleringer på s. 40-41 i afsnit 3.1.3.2 i bemærkningerne til § 118 b. Danske Regioner finder det uhensigtsmæssigt, at det i loven fastlægges, hvilke speciallæger, der skal være tilknyttet, da det må bero på en faglig vurdering. Den nærmere beskrivelse af adgang til lægeressourcer bør i stedet indgå i de kommende kvalitetsstandarder.

Det følger af lovens § 118, d, stk. 1, at regionsrådet skal tilbyde vederlagsfrit midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Det fremgår af lovens bemærkninger på s. 102, at de indeholder en beskrivelse af de faglige kompetencer på sundheds- og omsorgspladserne, herunder sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer. Danske Regioner vil tilsvarende opfordre til, at dette beskrives nærmere i de kommende kvalitetsstandarder og udgår af lovens bemærkninger.

1.1.6. Borgerens valgfrihed ift. tilrettelæggelsen af ydelsen

Danske Regioner noterer sig, at det på lovforslagets s. 26, under gældende ret, fremgår, at det af servicelovens § 84, stk. 2, fremgår, at borgere på nuværende tidspunkt har mulighed for at vælge at modtage den fornødne hjælp i eget hjem fremfor på en midlertidig plads. Det fremgår ikke af lovforslaget, hvorvidt borgere, som tilbydes en sundheds- og omsorgsplads, får samme valgfrihed. Danske Regioner vil opfordre til, at denne mulighed fortsat skal gælde, så borgeren har mulighed for at takke nej til ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det bør indskrives i lovens bemærkninger, at kommune og region i disse tilfælde er forpligtet til at samarbejde og tilbyde et hensigtsmæssigt tilbud/sundhedsfaglig indsats i borgerens hjem, som både vil indeholde kommunale og regionale sundhedsindsatser.

1.1.7. Tilrettelæggelse af opgaveløsning

Det følger af lovforslagets § 118 d, stk. 2, at regionsrådet er ansvarlig for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på sundheds- og omsorgspladserne. Det følger videre af lovforslagets § 139 b, at regionsrådet skal tilbyde vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Det fremgår af lovforslagets bemærkninger på s. 123-124, at regionen ikke må benytte de regionale sundheds- og omsorgspladser til specialiseret rehabilitering. Regionen har dog mulighed for at oprette disse pladser andre steder eller lade den specialiserede rehabilitering finde sted på et opholdssted under anden lovgivning. Danske Regioner stiller sig undrende overfor, at fysisk placering i sig selv skal være en begrænsning for regionernes opgaveløsning og brug af sundheds- og omsorgspladserne. I stedet bør det være de faglige kompetencer og adgangen til udstyr, der udgør rammerne for opgavevaretagelsen. Danske Regioner foreslår derfor, at pladser til specialiseret rehabilitering og til genoptræning på specialiseret niveau kan være placeret på samme matrikel som sundheds- og omsorgspladser, hvis det vurderes relevant af regionen.

1.2 Bemærkninger vedr. patientrettet forebyggelse

Med lovforslaget udmøntes den politiske aftale om, at regionerne skal overtage ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der hidtil har ligget hos kommunerne, mens kommunerne fortsat skal varetage den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme.

Danske Regioner bemærker, at regionerne hidtil har været – og fremover også vil være - ansvarlig for den patientrettede forebyggelse i regi af sygehusvæsenet og praksissektoren, jf. lovforslagets § 119, stk. 4. Den patientrettede forebyggelse efter lovens § 119, stk. 4, adskiller sig fra den patientrettede forebyggelse, der hidtil har foregået i kommunerne. Det er således væsentligt, at det tydeligt fremgår i lovbemærkningerne, hvornår det er patientrettet forebyggelse efter lovens § 119, stk. 3, der defineres og beskrives, og hvornår det er patientrettede forebyggelse efter lovens § 119, stk. 4.

1.2.1. Målgruppe- og opgavebeskrivelse

I bemærkningerne til lovforslaget § 119, stk. 3, s. 33, afsnit 3.1.3.1, og side 108-109, skelnes der mellem personer, der er i risiko for eller har symptomer på kronisk/langvarig sygdom (borgerrettet forebyggelse og dermed kommunalt ansvar) og personer med kronisk/langvarig sygdom (patientrettet forebyggelse og dermed fremadrettet regionalt ansvar). Danske Regioner bemærker, at denne skelnen i praksis vil være meget svær at håndtere, og der vil givetvis være tale om tilbud til målgrupperne, der i vid udstrækning ligner hinanden.

Danske Regioner finder, at målgruppen til tilbuddet om patientrettet forebyggelse efter lovforslaget § 119, stk. 3, bør beskrives og defineres yderligere, så der fastlægges en klar afgrænsning af, hvilken myndighed, der har ansvaret for hvilke målgrupper, så det på baggrund af målgruppeafgrænsningen er muligt at foretage rette visitation til rette tilbud. Danske Regioner foreslår, at det specificeres fx i et arbejde i Sundhedsstyrelsen. Regionerne stiller sig til rådighed for og ønsker at blive involveret i arbejdet med at definere målgruppen.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens faglige arbejde i 'Notat: Ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse', at forebyggelsestilbud til gravide kategoriseres som borgerrettet forebyggelse, hvorfor det er et kommunalt ansvar. Dette mener Danske Regioner bør fremgå af lovbemærkningerne, ligesom det for god ordens skyld bør præciseres, eventuelt i en bekendtgørelse eller vejledning, hvilken myndighed, der har ansvar for forebyggelsestilbud til personer i fertilitetsbehandling.

Derudover henleder Danske Regioner opmærksomheden på, at det af lovforslaget § 119, stk. 3, s. 33, afsnit 3.1.3.1 samt s. 108, fremgår, at borgere med depression og angst er nævnt som eksempler på borgere i målgruppen for patientrettet forebyggelse. Det bør præciseres i lovbemærkningerne, at det alene omhandler borgere med svær depression og angst, idet kommunerne som borgerrettet forebyggelse fortsat kan tilbyde indsatser vedrørende mental trivsel f.eks. vedr. stress samt lettere angst og depression. Kommunerne har

desuden ansvaret for det lettilgængelige tilbud for børn og unge med angst og depression, jf. sundhedslovens § 126.

Hertil bemærkes, at det i forårsaftalen om implementering af sundhedsreformen er specificeret, at kommunerne som borgerrettet forebyggelse fortsat kan tilbyde indsatser vedrørende mental trivsel, fx stress samt lettere angst og depression mhp. at forebygge forværring, hvilket er en præcisering til Sundhedsstyrelsens faglige oplæg om patientrettet forebyggelse. Dette indgår ikke i bemærkningerne til lovforslaget, hvilket Danske Regioner mener, bør præciseres.

Hertil bemærker Danske Regioner, at der er behov for en stringent opgavebeskrivelse af patientrettet forebyggelse. Beskrivelsen på side 33, afsnit 3.1.3.1, og s. 108, bør følge ordlyden fra forårsaftalen. Følgende sætning på s. 108: *"[...] for eksempel for bedre at lære at håndtere egen sygdom"*, bør derfor slettes.

1.2.2. Afklarende samtale og henvisninger

I lovbemærkningerne til § 119, stk. 3, s. 110, beskrives henvisning og afklarende samtale i relation til patientrettet forebyggelse helt kort.

Danske Regioner finder det positivt, at det fremgår, at det er regionerne, der har visitationsretten, men finder det væsentligt, at det ligeledes tydeligt fremgår, at det er regionerne, der har myndighedsansvaret for den afklarende samtale. Teksten om den afklarende samtale kan med fordel suppleres med teksten fra forårsaftalen.

I forhold til henvisning, kan det med fordel også beskrives yderligere i de kommende kvalitetsstandards, jf. § 118 b, hvornår der kan henvises, hvem der kan henvise, og hvilke tilbud der kræver en henvisning.

1.2.3. Faglighed, nærhed og kvalitet

Danske Regioner bemærker, at regionerne har ansvar for at balancere hensynene til faglighed, nærhed og kvalitet i tilrettelæggelsen af den patientrettede forebyggelse, hvilket også fremgår af lovforslagets bemærkninger på s. 110. Det fremgår i andet afsnit, s. 110, at nogle borgere kan få længere transporttid til patientrettede forebyggelsestilbud, da det *"[...] i begrænset omfang"* kan være nødvendigt at samle indsatser for at sikre tilstrækkelig faglig kvalitet og bæredygtighed. I forlængelse af ovenstående bemærkes det, at sætningen *"[...] i begrænset omfang"* til § 119, stk. 3, bør udgå, da det dels ikke indgår i forårsaftalen eller aftalen om sundhedsreformen, og dels er det op til regionerne at vurdere, i hvilket omfang det er nødvendigt at samle tilbud geografisk, af hensyn til den faglige kvalitet og bæredygtighed.

Det fremgår videre af lovforslagets bemærkninger s. 110, at geografisk nærhed, tilgængelighed og nem adgang til forebyggelsestilbud, er centralt for den fremtidige organisering af opgaven. Danske Regioner er enige i, at regionerne skal finde en passende balance, hvor både faglig kvalitet og geografisk nærhed vægtes højt i planlægningen. Organiseringen af patientrettede forebyggelsestilbud skal desuden drøftes i sundhedsrådene.

1.3 Bemærkninger til akutsygeplejen mv.

Danske Regioner finder det positivt, at lovforslagets beskrivelse af akutsygeplejen afspejler teksten i den politiske aftale om sundhedsreformen, forårsaftalen om implementering af sundhedsreformen samt de faglige beskrivelser fra Sundhedsstyrelsens tilpassede kvalitetsstandarder. Danske Regioner mener dog, at der fortsat er et behov for tydeligere afgrænsning af snitflader og ansvarsfordeling mellem akutsygepleje og almen kommunal sygepleje. Danske Regioner forventer, at dette indgår i Sundhedsstyrelsens arbejde med kvalitetsstandarder for almen kommunal sygepleje, jf. § 118 b, som Danske Regioner ser frem til at bidrage til.

1.3.1. Døgndækningsforpligtelsen

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget ikke forholder sig til organiseringen af akutsygeplejen i vagttid. Af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for akutsygepleje i det nære sundhedsvæsen fremgår det, at døgndækningsforpligtelsen kan dækkes af øvrige regionale funktioner med samme kompetencer og indsatsmuligheder. En lignende formulering kan med fordel indgå i loven, så det tydeligt fremgår, at regionerne har mulighed for at tilrettelægge indsatsen under hensyntagen til de ofte begrænsede personaleressourcer uden for almindelig arbejdstid.

1.3.2. Medicin

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget ikke forholder sig til rammerne for medicin i akutsygeplejen. Det er Danske Regions vurdering, at en hensigtsmæssig håndtering af medicin er afgørende for, at sundhedsreformens ambitioner om øget sammenhæng og mindre kassetækning kan opnås.

For at sikre, at akutsygeplejen fremover kan planlægges og koordineres i sammenhæng med øvrige regionale funktioner – herunder den præhospitale indsats, jf. den politiske aftale om sundhedsreformen - er det afgørende, at de gældende regler for medicinopbevaring, udlevering, indkøb, distribution mv. i regional regi, også gælder for akutsygeplejen. Således skal akutsygeplejen – på samme måde som fx akutberedskabet – have mulighed for at medbringe medicin fra sygehusapotekerne samt at udlevere medicin, herunder igangsætte relevant behandling. Danske Regioner anerkender, at der med ”bekendtgørelse

om kommuners og private virksomheders håndtering af lægemidler til brug for sygeplejerskers og lægers behandling af patienter i eget hjem og midlertidige døgndækkede pladser” vil være visse muligheder for at udlevere og opbevare medicin, men med væsentlige begrænsninger. Konkret foreslår Danske Regioner derfor, at det i bemærkningerne skrives ind, at det skal sikres, at akutsygeplejen har adgang til visse lægemidler på samme vilkår som i akutberedskabet og på det præhospitale område, og at disse distribueres via sygehusapotekerne. Dette skal sikre, at akutsygeplejen kan planlægges og koordineres med den præhospitale indsats, jf. den politiske aftale, uden at adgangen til medicin skaber barrierer herfor. Det skal sikres, at rammerne for medicin også gælder i de tilfælde, hvor kommunerne drifter akutsygeplejen. Danske Regioner vil opfordre til, at der bliver fulgt op herpå i kommende lovgivning, hvis nødvendigt

1.3.3. Hjemmebehandlingsteams

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger til § 138 a, s. 115, at regionsrådet er ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri regional akutsygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i regionen. Det fremgår på side 117 af bemærkningerne til bestemmelsen, at opgaveflytningen af akutsygeplejen skal ses som led i indførelsen af de nye hjemmebehandlingsteams. Regionerne vil med disse kunne gentænke indsatser i eller tæt på borgernes hjem, bl.a. med fokus på at øge monitorering af borgerens tilstand digitalt og køre ud i borgerens hjem og assistere med behandling og tidlige indsatser. Danske Regioner er enige i, og understreger vigtigheden af, at akutsygeplejen netop forstås som en del af disse kommende hjemmebehandlingsteams.

1.3.4. Organisering og ansvar

Danske Regioner bemærker, at lovforslaget anvender forskellige formuleringer om, hvem der har ansvaret for organisering og koordinering af akutsygeplejen. Af lovforslagets bemærkninger til § 138 a, side 117, fremgår det, at regionsrådet selv vurderer og beslutter, hvordan akutsygeplejen skal organiseres, mens det på side 118, anføres, at de nye sundhedsråd skal koordinere og organisere de nære sundhedstilbud, herunder akutsygeplejen. Det anbefales, at det i lovforslaget tydeligt præciseres, at det er regionen, der har det overordnede ansvar for organisering og koordinering af akutsygeplejen pba. drøftelse i sundhedsrådene.

1.4 Bemærkninger vedr. genoptræning og specialiseret rehabilitering

Med reformen følger, at regionerne overtager ansvaret for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. sundhedslovens § 84, om genoptræningsplaner samt ansvaret for genoptræning på sundheds- og omsorgspladser.

1.4.1. Præcisering af målgrupper

Det følger af lovforslagets § 139 b, at regionsrådet skal tilbyde vederlagsfri genoptræning på specialiseret niveau til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Med opgaveflyttet af dele af genoptræningsområdet følger, at Sundhedsstyrelsen skal opdatere beskrivelserne af niveauerne for genoptræning. Det fremgår af afsnit 3.1.3.1, i lovforslagets bemærkninger, s. 35, at Sundhedsstyrelsen vil skulle præcisere den faglige afgrænsning af bl.a. målgrupperne for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Det bør endvidere fremgå, at det også vil kræve en præcisering af målgrupperne, der modtager almen genoptræning, da de mest specialiserede dele skal flyttes til rehabilitering på specialiseret niveau. Det bør fremgå af lovpakken, at den faglige afgrænsning af målgruppen skal svare til den økonomi og det ansvar, der er overflyttet fra kommunerne til regionerne via forårsaftalen, og det skønnede antal forløb, der følger heraf. Danske Regioner opfordrer derudover til, at området følges tæt i forhold til, om den faglige præcisering af målgrupperne stemmer overens med det, der er aftalt.

1.4.2. Det regionale socialområde

Det følger af lovforslagets § 140, stk. 1, at kommunalbestyrelsens og regionsrådets indsatser efter §§ 139 a og 139 b, tilrettelægges i sammenhæng med andre relaterede kommunale og regionale træningsindsatser m.v. efter denne lov og anden lovgivning, og af bestemmelsens stk. 2, fremgår, at kommunalbestyrelsen henholdsvis regionsrådet kan tilvejebringe tilbud om genoptræning efter §§ 139 a og 139 b, ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner. Danske Regioner har tidligere henledt statens opmærksomhed på, om det juridisk vil være muligt for regionerne, at trække på det regionale socialområde til, at løse ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau. Det fremgår af bemærkninger til § 140 stk. 1, s. 127, at regionsrådets ansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau, vil kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både regioner og kommuner, også indsatser efter anden lovgivning, såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. Danske Regioner tolker, at dette betyder, at regionerne vil kunne trække på det regionale socialområde til at levere rehabilitering på specialiseret niveau, men vi finder, at det står uklart og bør præciseres.

1.4.3. Genoptræning på sundheds- og omsorgspladser

Det fremgår af lovforslagets § 118 d, stk. 2, at regionsrådet er ansvarlige for at yde sundhedsfaglige indsatser med et rehabiliterende sigte samt den pleje og omsorg, som borgeren har behov for under opholdet på sundheds- og omsorgspladserne. Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, s. 35, at der som led i etableringen af sundheds- og omsorgspladser i regionerne, indføres

enkelte undtagelser for reglerne for genoptræning efter udskrivning fra sygehusene. Det fremgår endvidere af bemærkningerne, s. 105, at der også kan iværksættes genoptræning på sundheds- og omsorgspladser på baggrund af en konkret sundhedsfaglig vurdering fra en ansvarlig sundhedsperson på pladsen, hvis det vurderes, at borgeren har behov for genoptræning under opholdet. Det fremgår ikke klart, om der i disse tilfælde skal udarbejdes en genoptræningsplan, hvordan typen af genoptræning skal kategoriseres, og om der skal udarbejdes en genoptræningsplan, hvis genoptræningen skal fortsætte i kommunen efterfølgende. Det er desuden uklart, om det vil være regionerne, der skal vurdere om genoptræningen skal være basal eller avanceret, hvis patienten er udskrevet til genoptræning på alment niveau, så længe patienten ligger på en sundheds- og omsorgsplads.

1.4.4. Ansvar for koordination

Det fremgår af bemærkningerne til § 140, stk. 1, s. 128, at det forventes, at kommuner og regioner vil sikre sammenhæng for borgerens forløb på tværs af sektorer. Det fremgår desuden af bemærkninger på s. 127, at genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau ligeledes kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både regioner og kommuner, også indsatser efter anden lovgivning såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. Danske Regioner bemærker, at koordinationen er en omkostningsfuld opgave, og det bør fremgå tydeligt, hvem der har ansvar for hvad.

Det fremgår endvidere på s. 127, at sundhedsrådene forventes at få en central rolle, i at sikre det fortsatte fokus på sammenhængende forløb for personer med behov for genoptræning og samtidige indsatser efter anden lovgivning. Det bemærkes, at det medfører en risiko for, at serviceniveau og kvalitet vil blive varierende på tværs af sundhedsrådene.

1.4.5. Befordring

Det fremgår af lovens § 172 og § 263, at henvisningen til § 140, ændres til §§ 139 a og 139 b. Det følger af bemærkningerne s. 145, at kommunerne fortsat vil have ansvaret for at yde befordring eller befordringsgodtgørelse til genoptræningsindsatser efter §§ 139 a, og 139 b, samt at afholde udgifterne hertil. Danske Regioner bemærker, at den foreslåede ændring følger den allerede eksisterende struktur i reglerne om befordring i sundhedsloven, hvorefter regionerne har ansvaret for at afholde befordringsudgifter til behandling, der foregår på sygehuset og kommunerne til behandling uden for sygehusene.

Det bemærkes dog, at de to afsnit på side 145, vedr. ændringen til lovens § 172 og § 263, kan fremstå modstridende, idet specialiseret genoptræning, som foregår på et hospital, er en del af § 139 b. Det opfattes som om, at det første

afsnit beskriver, at kommunerne skal betale for al transport til genoptræning, mens det ift. principperne i det andet afsnit er hospitalet, der betaler.

1.5. Bemærkninger vedr. sundhedsplaner og nærsundhedsplaner

Det følger af lovforslagets § 206 c, stk. 2, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan, som sætter strategisk retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning. Der er i lovforslaget lagt op til, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan, samt være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan, jf. § 206 c, stk. 2. Danske Regioner anbefaler, at lovteksten i stedet formuleres således, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i både den nationale sundhedsplan og den regionale sundhedsplan. Dette for at sikre et entydigt hierarki, hvor den regionale sundhedsplan udgør bindeleddet mellem de nationale mål og lokale indsatser samt sikrer helhedstænkning på tværs af sundhedsrådene.

Det følger af lovforslagets § 206 d, stk. 3, at forud for regionsrådets behandling af nærsundhedsplanen, skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning. Danske Regioner anbefaler, at denne lovtekst udgår, så det alene er regionsrådet som skal behandle nærsundhedsplanerne. Det vil nedbringe de administrative byrder i forbindelse med sundhedsreformen og samtidig sikre et entydigt ansvar for, at nærsundhedsplanerne er i overensstemmelse med såvel den regionale som den nationale sundhedsplan.

Generelt vil Danske Regioner opfordre til, at regionerne kan få Sundhedsstyrelsens rådgivning så smidigt og fleksibelt som muligt. Det gælder bl.a. rådgivningen til de regionale sundhedsplaner. Samtidig er det vigtigt, at Sundhedsstyrelsens rådgivning er præcis og hviler på et klart fagligt grundlag.

Af lovforslagets bemærkninger s. 62, fremgår det, at "[d]en foreslåede ordning indebærer, at indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan, forstået således, at ministeren bemyndiges til at kunne træffe beslutning om indholdet af planen. I praksis forventes det, at der vil være tæt inddragelse af regioner og kommuner i fastlæggelsen af planen." Danske Regioner anbefaler en mere forpligtende formulering, hvor det fremgår, at der i praksis vil være en tæt og tidlig inddragelse af regioner og kommuner i fastlæggelsen af planen. Det skal sikre, at centrale, harmoniserende tiltag og regionalt/lokalt handlerum afbalanceres i en løbende dialog, hvor det bl.a. sikres, at der ikke stilles urealistiske krav til den samlede ressourceanvendelse og organisatoriske kapacitet.

1.6. Bemærkninger vedr. økonomiske konsekvenser herunder it- og dataunderstøttelse af regionernes nye myndighedsopgaver

1.6.1. Midlertidige økonomiske konsekvenser og it-udvikling

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, s. 77-78, at grundet regionernes i forvejen omfangsrige it-systemer med mange funktionaliteter, der understøtter regionernes eksisterende opgaver, antages det i lovforslaget, at de implementeringsmæssige konsekvenser af opgaveflyt, jf. § 118 d, § 119, stk. 3, § 138 a og § 139 b, forventeligt vil bestå af primært ændrede konfigurationer af eksisterende systemer, og dermed begrænsede implementeringskonsekvenser og it-udvikling.

De regionale journal- og støttesystemer har mange funktionaliteter, og kan med tilpasninger sandsynligvis understøtte mange af de kommende opgaver. Danske Regioner bemærker hertil, at der mangler analyse og afdækning af de eksisterende arbejdsgange og it-arkitektur forbundet med den kommunale opgavevaretagelse, før der er tilstrækkeligt overblik over klinikernes behov og de konkrete behov for teknisk udvikling og implementering forbundet med den ændrede opgavefordeling. Den regionale tilpasning og udvikling af it-understøttelse udfordres af, at sundhedsrådene først i foråret/sommeren 2026 skal træffe beslutning om driften af de opgaver, regionerne overtager ansvaret for. Regionerne har derfor en meget kort frist til at sikre den fornødne it-understøttelse, som ligeledes udfordres af, at beslutningerne kan variere på tværs af sundhedsrådene i de enkelte regioner. Danske Regioner bemærker hertil, at det bør fremgå tydeligt, hvis det er formålet med lovforslaget, at regionerne it-understøtter opgaverne fremadrettet, uanset sundhedsrådenes beslutning om, hvem der konkret udfører opgaverne.

Danske Regioner bemærker, at den afsatte økonomi til opgaveflytningen på 4,208 mia. kr., der overføres pr. 1. januar 2027, også er indregnet midler til overheadudgifter, der fx skal dække udgifter til system- og dataunderstøttelse. Danske Regioner bemærker, at det kan vedrøre udgifter til it-understøttelse i regionerne, herunder øgede udgifter til licenser, drift, support, uddannelse, videreudvikling af nuværende systemer samt eventuel overtagelse af kommunale systemer.

1.6.2. Deling af relevante data på tværs af myndigheder

Danske Regioner bakker op om formuleringen på side 111 og 118 om, at kommuner og regioner også efter den ændrede ansvarsfordeling, jf. § 119, stk. 3 og § 138 a, skal sikre, at relevante data og information kan deles på tværs imellem myndigheder, således at der ikke opstår u hensigtsmæssige hindringer for den enkelte borgers forløb. Danske Regioner bemærker, at regionerne allerede i dag i stort omfang deler relevante data på tværs af sektorer, fx via Sundhedsjournalen, og det er nødvendigt, at kommunerne i højere grad deler relevant information med regionerne.

1.7. Bemærkninger vedr. de økonomiske rammer

Danske Regioner bemærker indledningsvis, at det bør afsøges om regionernes nuværende bogføringsregler i budget- og regnskabssystemer kan være i modstrid med intentionerne om regionsrådets modtagelse af midler, der skal ydes som tilskud til kommunerne.

1.7.1. Medfinansiering af kommunale opgaver

Danske Regioner finder det positivt, at det af bemærkningerne til lovens § 118 c, i punkt 3.2.3.1 understreges, at kommunerne har det entydige ansvar for varetagelsen af de kommunale sundhedsopgaver.

Danske Regioner ønsker endvidere, at det i lovforslagets punkt 3.2.3.1 præciseres, at det gældende proportionalitetsprincip om, at regionerne kan stille implementeringskrav i det omfang, der er proportionalitet mellem krav og tilsagnets størrelse, kan give anledning til forskelligartet fortolkning, samt afhænge af serviceniveau i de pågældende kommuner. Det fremgår ikke i lovforslaget, hvad konsekvenserne er, hvis regionernes implementeringskrav ikke efterleves. Det anbefales derfor, at der indsættes en præcisering om ankenulighederne ift. uenigheder om opfyldelse af aftalebetingelser.

Det følger af lovens § 118 c, stk. 5, at et regionsråd kan indgå aftale med en eller flere kommunalbestyrelser om at give økonomisk tilsagn til medfinansiering af kommunalt anlæg på sundhedsområdet. Danske Regioner mener, at dette bør præciseres yderligere. Det kan overvejes, hvilke krav og dokumentation, der særligt skal gælde ved anlægsinvesteringer. Det bemærkes i forlængelse heraf, at regionerne ikke må afholde anlægsudgifter til ikke-ejede aktiver, hvorfor sådanne tilskud må bogføres som driftsudgifter, selvom de i økonomiaftalen budgetteres som anlæg. Der efterlyses præcisering i lovgivning af hensyn til korrekt økonomistyring mellem drift og anlæg.

Danske Regioner bemærker, at det ikke fremgår, at der tillades en forlænget frist i opstartsåret 2026. Disse overgangsbestemmelser bør fremgå.

1.7.2. Bemærkninger vedr. fastsættelse af minimumsrammer til sundhedsråd målrettet kommunale indsatser.

Det følger af lovens § 118 c, stk. 3, at Indenrigs- og Sundhedsministeren fastsætter årlige minimumsrammer for hvert sundhedsråd i medfør af regionslovens § 13, stk. 1, som regionsrådene kan anvende på aftaler med kommunalbestyrelser efter stk. 1 og stk. 2. Danske Regioner bemærker, at der i forlængelse af lovbemærkningerne, om minimumsrammer til sundhedsråd ikke fremgår, at der af staten også fastsættes minimumsrammer på kommunalt niveau gældende for den andel af midlerne, der er koblet op til de bindende krav til kommunale indsatser i kvalitetsstandarderne. Disse dele har en sammenhæng til hinanden, så det bør fremgå tydeligt.

Danske Regioner mener endvidere, at det i bemærkningerne bør fremgå, at Indenrigs- og sundhedsministeren inddrager Danske Regioner ifm. den årlige fastsættelse af minimumsrammer målrettet kommunale indsatser.

1.7.3. Krav til statsligt tilskud til regionerne til kommunale sundhedsindsatser

Det følger af lovens § 246 a, at staten yder et tilskud til nær sundhed til regionerne, som målrettes til at finansiere aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetagelse af kommunale sundhedsopgaver i medfør af § 118 c, stk. 1-4. Tilskuddets størrelse fastsættes årligt af finansministeren med tilslutning af Folketingets Finansudvalg. Danske Regioner mener, at det bør fremgå tydeligere hvad der skal ske med ikke-forbrugte midler i kommunerne, og hvad det eventuelt kan have af påvirkning på regionerne.

Danske Regioner bemærker, at der som følge af sundhedsreformens elementer skal ske en række ændringer og tilpasninger i regionernes budget- og konteringspraksis, herunder ift. sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser. Det fremgår i lovbemærkningerne, at opfølgningen i regionernes regnskaber på sundhedsrådenes midler til kommunale indsatser forudsætter, at den nuværende kontoplan ændres og tilpasses hertil.

1.8. Generelle bemærkninger

Danske Regioner vurderer overordnet, at lovforslaget er i overensstemmelse med sundhedsreformens intentioner og de rammer, som efterfølgende er aftalt i forårsaftalen. I forårsaftalen blev det dog aftalt, at der skal ses på mulighederne for i kommende lovgivning, at skabe yderligere hjemler til, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgaver i det nære sundhedsvæsen. Danske Regioner savner generelt, at der skabes bedre og mere smidige rammer for en fleksibel opgaveløsning på tværs af regioner og kommuner, fx med henblik på nemmere at kunne samarbejde i en fælles lokation, hvor der er behov for at hjælpe hinanden i forbindelse med den konkrete opgaveløsning. Det gælder smidigere rammer fx i forhold til fælles indkøb, samarbejde om accessorisk virksomhed såsom fælles køkkener, fælles visitation og bedre mulighed for udøvelse af fælles faktisk forvaltningsvirksomhed. Det er en nødvendig forudsætning for at sikre en sammenhængende indsats med borgeren i centrum samt, at sundhedsrådene reelt kan løfte deres fælles populationsansvar og sikre den bedst mulige anvendelse af de begrænsede personaleressourcer. Dette bør derfor indgå som et centralt element i lovforslaget.

Danske Regioner bemærker desuden, at de forskellige dele af lovforslaget er beskrevet forskellige steder i den samlede lovpakke. Det bør sikres, at der er

stringens i ordlyd og formuleringer i de enkelte afsnit, så det der ikke opstår uklarhed, og at formuleringer kan fortolkes modsatrettet.

2. Tilpasning af regionernes øvrige opgaver

Danske Regioner konstaterer med tilfredshed, at regionerne fremadrettet ud over sundhedsopgaven har en opgaveportefølje, der omfatter en række øvrige opgaver, herunder i relation til jordforurening, råstofindvinding på land, uddannelsesområdet, indstillingsret til socialfondsmidler og opgaver relateret til kollektiv trafik.

Danske Regioner vurderer, at der generelt er overensstemmelse mellem Aftale om sundhedsreform 2024 og lovforslagets tilpasninger på andre opgaver end sundhedsområdet.

2.1 Forslag til ændring af vandforsyningsloven

Det følger af lovforslaget, at vandforsyningslovens § 13 b, stk. 4 og 5, ophæves, og der i stedet indsættes et nyt stk. 4, hvoraf fremgår, at såfremt der ikke opnås enighed blandt de berørte kommunalbestyrelser om den nærmere udformning af indsatsplanen for kommunen, skal kommunalbestyrelsen forelægge sagen for miljømisteren, som herefter træffer afgørelse. Ændringen medfører, at regionernes mæglingsopgave samt kommunens pligt til registrering af indvindingstilladelser meddelt af en landvæsensret eller et amtsråd, ophæves.

Det følger af lovforslaget, at i vandforsyningslovens § 70, udgår henvisningen til en landvæsensret og et amtsråd. Danske Regioner bemærker, at ændringerne ikke har betydning for regionernes arbejde med at løse myndighedsopgaver inden for jord- og råstofområdet. Hertil bemærkes, at den foreslåede ændring af vandforsyningslovens § 70, er en konsekvensændring i medfør af, at landvæsensretter og amter blev nedlagt i 2007.

2.2 Forslag til ændring af lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, lov om institutioner for almen gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v. og lov om institutioner for forberedende grunduddannelse

Det fremgår af lovforslagets §§ 3, 4 og 5, at regionsrådet fortsat vil have mulighed for at yde udviklingstilskud på uddannelsesområdet, idet henvisningen til den regionale udviklingsstrategi bortfalder.

Danske Regioner bakker op om denne tilpasning af lovgivningen, og at regionerne dermed fortsat kan yde formåls- og tidsbestemte udviklingstilskud til ungdomsuddannelser, forberedende grunduddannelser og voksenuddannelser, samt at indstillingsretten til 20 procent af EU-

socialfondsmidler i 2021-2027 bibeholdes (herunder at regionen fortsat kan søge om og deltage i projekter om kvalificeret arbejdskraft under Socialfonden). Danske Regioner bemærker hertil, at regionerne bidrager til, at unge i alle dele af landet har nærhed og valgfrihed til en ungdomsuddannelse af høj kvalitet, og regionerne har desuden et særligt fokus på, at flere vælger og gennemfører en erhvervsuddannelse. Dette forudsætter, at regionerne kontinuerligt har mulighed for at udvikle området i samarbejde med uddannelsesinstitutionerne, kommuner, virksomheder m.fl.

Der bør ske en tilsvarende tilpasning af støttejemlerne i hhv. miljøbeskyttelseslovens § 18 a og i naturbeskyttelseslovens § 55 a, således at der heller ikke i disse bestemmelser henvises til den regionale udviklingsstrategi, idet koblingen her alene bør være til regionernes lovhjemlede opgaver.

2.3. Forslag til ændring af lov om planlægning

Med lovforslagets § 22 a, stk. 2, i lov om planlægning, foreslås, at der skal ske et bortfald af regionsrådenes adgang til at fremsætte forslag til landsplanlægning over for ministeren for byer og landdistrikter.

Den foreslåede ændring af § 22 a, stk. 2 vurderes uhensigtsmæssig i det omfang, det begrænser regionernes muligheder for at understøtte udviklingen og tilgængeligheden i landdistrikterne ift. den kollektive mobilitet (offentlig servicetrafik), jordforurening og råstoffer.

2.4. Forslag til ændring af lov om erhvervsfremme

Med de foreslåede ændringer i lov om erhvervsfremme, bortfalder regionernes opgaver vedrørende regionale udviklingsstrategier, udviklingsaktiviteter i relation til udviklingsstrategierne, samt indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet.

Danske Regioner bemærker i den forbindelse, at dette er i overensstemmelse med det foreslåede i Aftale om sundhedsreform 2024.

Danske Regioner finder det positivt, at regionernes fortsat har mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, der ligger inden for regionernes opgaveportefølje på det regionale udviklingsområde, jf. Aftale om sundhedsreform 2024. Danske Regioner noterer sig desuden, at den administrative forankring af nogle af Interreg-programmerne fortsat vil være i regionerne. Det må i den forbindelse forudsættes, at de eksisterende regler om grænseoverskridende og internationale samarbejder videreføres fleksibelt i en kommende revidering af

bekendtgørelsen om regioners grænseoverskridende og internationale samarbejde samt om nedsættelse af organer til varetagelse heraf og om disse organers sammensætning. Danske Regioner opfordrer til, at erhvervsministeren i bekendtgørelsen om det grænseoverskridende og internationale samarbejde sikrer, at regionerne fortsat kan arbejde med den kollektive trafik og mobilitet i de interregionale samarbejder.

Danske Regioner bemærker, at regionernes opgaver vedrørende kollektiv trafik og mobilitet ikke omtales i lovpakken. I Aftale om sundhedsreform 2024, s. 24, anføres det, at opgaver relateret til kollektiv trafik fortsat indgår i regionernes opgaveportefølje, samt at man desuden afventer anbefalingerne fra Ekspertudvalget om kollektiv mobilitet i hele Danmark.

Danske Regioner ønsker i denne sammenhæng at bemærke, at det er væsentligt for at løfte ansvaret for den regionale kollektive trafik, at regionerne fortsat kan arbejde med mobilitet og udvikle nye mobilitetsløsninger som eksempelvis samkørsel, cyklisme, delemobilitet, fleksibel transport og tilbringertrafik til de regionale busnet og jernbanerne.

Danske Regioner mener endvidere, at regionerne som led i ansvaret for den regionale kollektive transport, fortsat har behov for at kunne samarbejde med kommuner, stat og øvrige, herunder afgive høringssvar, om den fremtidige udvikling i regionen, infrastruktur og udvikling i yderområderne mv., i det omfang det har betydning for den regionale kollektive trafik.

2.5. Forslag til ændring af lov om regionernes opgaver og kommunernes samarbejde på kulturområdet

Det fremgår, at der i lovforslagets § 1, indsættes et nyt stk. 2, hvorefter Region Østdanmark og Region Syddanmark skal have adgang til at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på tværs af landegrænser på kulturområdet.

I de specielle lovbemærkninger til § 1, stk. 2, s. 168 anføres det, at: "Det drejer sig konkret om det regionale samarbejde i den dansk-tyske grænseregion og mellem Danmark og Sverige i hovedstadsregionen". Danske Regioner lægger til grund, at henvisningen til den dansk-tyske grænseregion også omfatter den nuværende Region Sjælland, således at hele den kommende Region Østdanmark vil have adgang til at deltage i grænseregionale samarbejder på kulturområdet. Region Sjælland har gennem mange år prioriteret det grænseregionale samarbejde omkring Femern Bælt meget højt for at sikre, at de udviklingsmæssige muligheder, som den faste forbindelse skaber, bliver udnyttet optimalt. Det er i den forbindelse helt afgørende, at hele den kommende Region Østdanmark fortsat kan samarbejde med tyske partnere om

bl.a. nedbrydning af kulturelle barrierer gennem konkrete projekter med fokus på sprog, kulturforståelse mv.

Danske Regioner ser positivt på, at regionerne fremadrettet kan gennemføre initiativer af kulturel karakter inden for sundhedsvæsenets rammer, når initiativerne har et sundhedsfremmende formål og er finansieret af sundhedsbudgettet. Danske Regioner bemærker, at der er evidens for den effekt, som kunst og kultur har på sundhed, trivsel og livskvalitet, og at samarbejdet med kulturlivet og sundhedsvæsenet er til gavn for både borgere, patienter, pårørende og sundhedspersonale.

2.6. Ikrafttrædelse ift. ændringer på kulturområdet

Det fremgår af lovforslagets ikrafttrædelsesbestemmelse, at der i lovforslaget lægges op til, at ændringer på kulturområdet træder i kraft den 1. januar 2026. Danske Regioner bemærker, at det er i modstrid med både den politiske aftale og økonomiaftalen for 2026, der fastslår, at midlerne fra kulturområdet først overføres til kommunerne fra 2027.

2.7. Overgangsbestemmelse vedr. tilskud til kulturelle anliggender

Danske Regioner ser positivt på, at det af lovforslagets § 10, fremgår, at regionerne i en overgangsperiode vil kunne udbetale midler til flerårige kulturprojekter, der ved lovens ikrafttrædelse allerede har modtaget bindende tilsagn om støtte, i overensstemmelse med det afgivne tilsagn.

Venlig hilsen



Anders Kühnau



Mads Duedahl

Bilag [tekniske bemærkninger]:

Det fremgår af **lovforslagets s. 53**, at:

"Det foreslås, at der indsættes en ny § 243 a i sundhedsloven"

Dette bør retteligt være en ny § 246 a.

Det fremgår af **lovforslagets s. 73**, at:

"Det er vurderingen, at behandlingen af almindelige personoplysninger i medfør af de foreslåede bestemmelser om opgaveflytning kan ske i henhold til databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1, jf. stk. 2 og 3. Regionsråd og kommunalbestyrelser vil således have eller få opgaver, som forudsætter behandling af personoplysninger."

og:

"Det er vurderingen, at behandlingen af følsomme personoplysninger efter de foreslåede opgaveflytninger kan ske i medfør af databeskyttelsesforordningens artikel 9, stk. 2, litra h, jf. artikel 6, stk. 1. Det er vurderingen, at de foreslåede bestemmelser vil leve op til kravene i forordningens artikel 9, stk. 2, litra h, idet regionsråds og kommuners behandling af følsomme personoplysninger, herunder oplysninger om patienters helbredsforhold, er en forudsætning for, at myndighederne kan tilbyde den sundhedsomsorg og -behandling, som de efter lovforslaget bliver pålagt."

Danske Regioner bemærker, at det bør præciseres, at der henvises til artikel 6, stk. 1, litra e.

Det fremgår af **lovforslagets s. 106**, at

"Den foreslåede bestemmelse giver regioner mulighed for at indgå aftaler med kommunale leverandører af sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionsrådet. I medfør af lov nr. L 213 fremsat d. 24. april 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven) vil regionsrådet i 2026 skulle træffe beslutninger angående af driften af hele eller dele af sundheds- og omsorgspladser fra 1. januar 2027."

Danske Regioner bemærker, at der i fjerde linje efter regionsrådet, også bør henvises til det forberedende regionsråd i Region Østdanmark.

Det fremgår af de almindelige bemærkninger til **lovforslagets §§ 3, 4 og 5, jf. pkt. 3.6.3, s. 65**, at der med bestemmelserne sker bortfald af regionale opgaver

på undervisningsområdet, da der sker en ændring af bestemmelserne som følge af, at de regionale udviklingsstrategier bortfalder, hvorfor der ikke længere kan ydes tilskud med henblik på at understøtte disse.

Det fremgår imidlertid af de specielle bemærkninger til bestemmelserne, s. 161-163, at regionsrådet fortsat efter ansøgning fra de samme institutioner kan yde tilskud til de samme formål som hidtil.

Danske Regioner bemærker, at det således ikke er korrekt at tale om opgavebortfald på undervisningsområdet, da der umiddelbart ikke sker en substantiel ændring af regionens opgaver ved ansøgninger om tilskud fra de nævnte institutioner. Dette bør afspejles i formulering af bestemmelsen, bemærkningerne til bestemmelsen og vurderingen af lovforslagets økonomiske og administrative betydning.

Det bemærkes, at de økonomiske konsekvenser af flytning af kulturmidlerne til kommunerne ikke er beskrevet i lovforslaget, jf. **afsnit 7.1.2, s. 76**. De økonomiske konsekvenser er hverken beskrevet i tabellen side 76 (Økonomiske konsekvenser for opgaveflytning for kommuner, regioner og staten) eller afsnittet 'For så vidt angår pkt. 3.6, side 79. Retvisende bør de økonomiske konsekvenser af flytning af kulturmidler til kommunerne fremgå.

Det fremgår af **lovforslagets s. 102, at**

"Regionen har ansvaret for, at kommunen får rettidig og relevant information om borgerens behov inden afslutning af opholdet. Herunder er regionen ansvarlig for at sikre, at oplysninger om borgerens fortsatte behandling, herunder medicinske behandling, er til rådighed for kommunen. Formålet med dette er at sikre, at kommunen bl.a. har den nødvendige tid til at igangsætte de rette indsatser, som f.eks. som pleje og omsorg, behandling og genoptræning i hjemmet, samt at sikre, at de nødvendige hjælpemidler, arbejdsredskaber mv. er tilgængelige ved hjemkomst".

Danske Regioner ønsker, at ansvaret for at dele rettidig og relevant information om borgerens behov også gælder kommunerne. Det er vigtigt i de situationer, hvor en borger kommer fra eget hjem til en sundheds- og omsorgsplads.

Det fremgår af **lovforslagets s. 103, at**

"De sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, skal tilsammen understøtte et rehabiliterende sigte med henblik på at forbedre, vedligeholde eller forsinke forværring af borgerens psykiske og kognitive funktionsniveau i en sammenhængende indsats med let adgang til lægefaglige kompetencer".

Danske Regioner ønsker at gøre opmærksom på, at der på linje 4 i citatet er en slåfejl, da der i stedet for "psykiske" skal stå "fysiske".



18-09-2025

EMN-2025-00566

1806102

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

Kopi til: sad@sum.dk og sse@sum.dk

Danske Regioners høringssvar over forslag om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 5. september 2025 sendt et udkast til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.), i høring. Danske Regioner fremsender herved høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret sendes med forbehold for godkendelse i Danske Regioners bestyrelse den 25. september 2025.

1. Generelle bemærkninger

Danske Regioner bakker op om, at der skabes en langsigtet løsning med mulighed for at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner i forbindelse med, at regionerne overtager opgaver fra kommunerne. Danske Regioner kan derfor også støtte, at den nuværende mulighed i overgangsloven for, ved bekendtgørelse at henlægge opgaver fra region til en kommune i overgangsperioden, ophæves. Danske Regioner finder det således positivt, at der med lovforslaget skabes mulighed for at indgå horisontale samarbejder i overensstemmelse med udbudsreglerne, med henblik på at understøtte sundhedsreformens målsætninger.

Det fremgår af forslag til ændring af både overgangsloven (§ 5, stk. 2) og sundhedsloven (§ 118 d, stk. 1), at kontrakten mellem en region og en eller flere kommuner skal opfylde kravene til offentlige kontrakter mellem ordregivere efter udbudslovens § 15 om horisontale samarbejdsaftaler. Hertil fremgår det af lovforslagets bemærkninger, at fristen for at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner, forventes fastsat til den 1. april 2026. Ifølge lovforslagets bemærkninger, vil regionerne have ansvaret for at vurdere, om kriterierne for at indgå horisontale samarbejdsaftaler er opfyldt,

hvilket vurderes at kunne blive en juridisk vanskelig og administrativ tung opgave for regionerne.

Danske Regioner opfordrer derfor til, at der udarbejdes vejledning til regioner og kommuner og imødeser, at ministeriet hurtigst muligt udarbejder bekendtgørelser til nærmere afklaring af rammer og proces. Hertil finder Danske Regioner, at det vil være nyttigt, hvis der udarbejdes en skabelon eller lignende til brug for de aftaler, der skal indgås for at regulere samarbejdet.

2. Bemærkninger vedr. forslag til ændring af sundhedsloven

Det fremgår af lovforslagets **§ 118 d, stk. 1**, at et regionsråd og en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser kan indgå en kontrakt om samarbejder om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen, jf. sundhedslovens afsnit IX.

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at der lægges vægt på, at den nye § 118 d, udelukkende henviser til opgaveløsning i relation til sundhedslovens kapitel IX om "kommunale sundhedsydelser".

Danske Regioner finder, at der er behov for at foretage en undersøgelse af, om der med en snæver henvisning alene til sundhedslovens kapitel IX, er skabt en løsning, som er bred nok til at omfatte alle relevante driftsopgaver for områderne, som overdrages til regionerne. Der henvises i den forbindelse også til Danske Regioners ønske om, at der skabes en klar hjemmel til regionernes samarbejde med bl.a. kommuner, jf. sundhedslovens § 78.

Endelig bemærkes det, at når § 118 d, også skal udgøre hjemlen for indgåelse af samarbejdsaftaler omkring tidspunktet for etableringen af den nye region Østdanmark, bør "*herunder det forberedende regionsråd*", også tilføjes denne bestemmelse.

Vedr. indgåelse af aftaler mellem en region og flere aktører, herunder kommuner

Af lovforslagets bemærkninger til **§ 118 d, stk. 1, side 17**, fremgår, at "Bestemmelsen vil således ikke omfatte aftaler mellem en region og en eller flere kommuner, der ligger i andre regioner. Ligeledes vil bestemmelsen ikke omfatte aftaler mellem flere regioner, ligesom den ikke vil omfatte aftaler, som alene indgås mellem kommuner."

Danske Regioner gør opmærksom på, at der fortsat skal være mulighed for, at regionerne kan benytte hinandens tilbud, på tværs af regionsgrænserne.

Danske Regioner finder det hertil vigtigt, at lovforslaget giver mulighed for, at en opgave kan løses med og af flere leverandører, alt efter opgavens kompleksitet. Dette er særligt nødvendigt indenfor specialiseret rehabilitering, hvor der i dag er flere aktører på området. Der er tale om aktører, der både er private, kommunale og regionale, og som hver især har opbygget særlige

kompetencer indenfor deres felt. Danske Regioner finder på den baggrund, at det skal præciseres i lovens bemærkninger til § 118 d, at en opgave kan deles op sådan, at en del af en konkret opgave løses af private leverandører, på baggrund af et udbud, mens en anden del af opgaven løses af kommunale leverandører, på baggrund af en horisontal samarbejdsaftale, og den sidste del af opgaven af regionale leverandører. For at sikre den bedste patientbehandling, er det derfor væsentligt, at en opgave kan løses af flere aktører og ikke kun en enkelt aktør på området.

Vedr. visitationskompetencen

Det fremgår af lovforslagets **§ 118 d, stk. 1**, at et regionsråd, en kommunalbestyrelse eller flere kommunalbestyrelser i tilknytning til opgaven med at levere en sundhedsydelse også vil kunne få overdraget ansvaret for at tildele sundhedsydelsen.

Af lovforslagets bemærkninger til **§ 118 d, side 9**, fremgår, at ansvaret for at beslutte visitering til eller tildeling af sundhedsydelser (tildelingskompetencen) godt kan overdrages, men dog under den forudsætning, at det vil blive varetaget af det regionsråd eller den eller de kommunalbestyrelser, som i øvrigt får ansvaret for at levere sundhedsydelsen.

Danske Regioner noterer sig, at der gives mulighed for at regionen kan overdrage ansvaret for visitationen af eller tildelingen af en sundhedsydelse til kommunen. Danske Regioner bemærker hertil, at der vil være behov for en nærmere drøftelse af, hvordan udmøntningen samt administrationen heraf i praksis skal foregå. Danske Regioner bemærker hertil, at det er væsentligt, at visitationsmuligheden i forbindelse med en horisontal samarbejdsaftale er formuleret som et "kan" i forhold til kommunerne, således det er en regional beslutning, hvordan visitationen foretages. Det er af relevans for såvel mulighederne for regional forankring af opgaven i fremtiden pga. erfaringer med de nye opgaver, men kan også være relevant i forhold til at sikre fleksibilitet i opgavevaretagelsen på kort sigt.

Vedr. § 78 i sundhedsloven

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, **side 7 og side 19**, at sundhedsloven allerede indeholder forskellige udtrykkelige hjemler til offentlige myndigheder om at kunne indgå i samarbejder med private og andre offentlige myndigheder, bl.a. sundhedslovens §§ 78, 203 og 239. Det fremgår endvidere, at bestemmelserne ikke udgør hjemler til at fravige reglerne om offentlige udbud.

Danske Regioner anbefaler, at det tydeligt fremgår af lovens bemærkninger, at et samarbejde indgået i henhold til sundhedslovens § 78, også vil kunne udgøre et horisontalt samarbejde efter udbudslovens § 15, hvis kriterierne i bestemmelsen herfor er opfyldt. Endvidere bør det fremgå, at andre af udbudslovens undtagelsesgrunde, f.eks. § 22 om forskning og udvikling, vil

kunne være relevante. Dette særligt henset til, at sundhedslovens § 78 ikke alene tjener som hjemmel for samarbejder med private virksomheder og/eller organisationer, men også som hjemmel for regionernes samarbejder med bl.a. staten, universiteter og andre landes sundhedsmyndigheder.

Vedr. kontrakter

Det følger af lovforslagets **§ 118 d, stk. 2**, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om kontrakter omfattet af stk. 1, herunder om, hvor lang tid der mindst skal gå fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, om kontraktens gyldighedsperiode, om parternes adgang til at kunne opsig kontrakten og om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelse af kontrakten, hvilket Danske Regioner bakker op om.

Danske Regioner bemærker, at det er væsentligt for regionerne at kende disse tidsperioder, grundlaget for evt. opsigelse af kontrakten, hvordan misligholdelse af kontrakten skal håndteres samt grundlaget for tilpasning på baggrund af de nye nationale rammer, da det har betydning for tilrettelæggelse af opgaverne. Danske Regioner foreslår en minimumsgyldighedsperiode på 1 år.

Vedr. retningslinjer for udgifter

Det fremgår af lovforslagets **§ 118 d, stk. 4**, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om beregning og betaling af udgifter efter stk. 3.

Danske Regioner bemærker hertil, det er vigtigt, at der fastsættes retningslinjer for beregningen, herunder kontrol med, at kommunen ikke påfører regionen utilsigtede omkostninger udenom regionens kontrol. Det er endvidere vigtigt, at regionerne kan stille specifikke krav og forudsætninger i en aftale for driften, hvis en kommune varetager opgaven, fx om systemanvendelse, visitation, indgange, kvalitetskrav osv.

Danske Regioner mener, at der behov for at fastsætte både regler og vejledninger til aftaler om finansiering og parternes vurdering af, hvad der indgår i både direkte og indirekte udgifter. Danske Regioner og regionerne stiller sig til rådighed i forbindelse med det forestående arbejde om udarbejdelse af regler og vejledninger, herunder ift. økonomi- og styringsmodel i aftalerne.

Vedr. overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte

Det fremgår af lovforslagets **§ 205 e**, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, herunder om ansattes rettigheder, når der som led i kontrakter mellem

regionsråd og kommunalbestyrelser indgået i medfør af øvrige regler i denne lov overdrages opgaver mellem dem.

Danske Regioner bemærker, at formålet med den nye § 205 e, om overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, medarbejdere m.v., kun er sparsomt beskrevet i bemærkningerne. Hertil bemærkes, at regler om virksomhedsoverdragelse af medarbejdere ved ophør af aftalerne er nødvendige, hvis det viser sig, at strukturelle forhold giver behov herfor. Regler om overførsel af aktiver/passiver synes dog mindre relevant, når § 205 e netop henviser til de frivillige aftaler, der indgås i medfør af andre bestemmelser i sundhedsloven, der forudsætter fuld udgiftsdækning for den myndighed, der udfører opgaven, hvorimod overgangslovens § 5 er relevant, da den handler om opgaver der fortsat varetages efter den 1. januar 2027.

Danske Regioner finder det positivt, at det fremgår af loven, at overførsel af aktiver, passiver, rettigheder og pligter kan ske, også på et senere tidspunkt efter eventuelt ophør af en horisontal samarbejdsaftale. Danske Regioner bemærker hertil, at det virker uklart, hvorvidt virksomhedsoverdragelsesloven gælder for senere overdragelse af personale, når det af lovforslaget fremgår, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om overførsel og fordeling af ansatte og ansattes rettigheder. Endvidere bemærkes, at der mangler eksempler på, hvornår udstedelse af bekendtgørelser kan blive aktuelle samt en mere præcis afgrænsning heraf. Danske regioner bemærker, at det er uklart i lovgivningen, hvorvidt der skal indgås delingsaftaler efter ophør af et horisontalt samarbejde. Danske Regioner mener, at reglerne skal tydeliggøres i lovgivningen, og det som udgangspunkt bør være de nuværende vilkår i overgangsloven vedr. delingsaftaler, som bør finde anvendelse.

3. Forslag til ændring af overgangsloven

Det fremgår af lovforslagets **§ 5, stk. 2**, at en region herunder det forberedende regionsråd for Region Østjylland, kan indgå en kontrakt med en kommune om, at kommunen på regionens vegne varetager driften af en eller flere opgaver, som den 1. januar 2027 overføres fra kommunen til regionen, jf. § 2.

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger, **side 13-14**, at ordningen udelukkende omhandler samarbejdsaftaler om, at en kommune på regionens vegne skal varetage driften af en eller flere opgaver, som den 1. januar 2027 ellers overføres til regionen. Ordningen giver ikke mulighed for at omfordele ansvaret mellem flere kommuner.

Der er i lovforslagets § 118 d, stk. 1, stillet forslag om, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kan indgå kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Danske

Regioner bemærker hertil, at for at regionerne og kommunerne får så meget fleksibilitet som muligt til at indrette den offentlige opgavevaretagelse i den nære sundhedsvæsen, bør det også i overgangsåret være muligt for regionsrådet at indgå kontrakter med flere kommunalbestyrelser samt at regionen kan give borgeren et tilbud, selvom borgeren bor i en anden kommune, end den kommune regionen har indgået en horisontal samarbejdsaftale med om driften af opgaven.

Det fremgår videre af overgangslovens **§ 5, stk. 3**, at fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren ikke regler efter stk. 2 for en kommune, skal kommunen også efter den 1. januar 2027, såfremt regionen inden for den frist, der fastsættes i medfør af stk. 6, anmoder kommunen herom, varetage driften af opgaven på vegne af regionen inden for en periode, der fastsættes efter stk. 7. Dog varetages ansvaret for opgaven af regionen.

Med lovforslaget foreslås, at "Fastsætter indenrigs- og sundhedsministeren ikke regler efter stk. 2" ændres til "Indgås der ikke med en kommune en kontrakt omfattet af stk. 2".

Danske Regioner støtter op om, at muligheden for at anmode en kommune om at varetage driften af opgaven, fastholdes. Danske Regioner finder dog, at der er behov for en uddybning af, hvordan regionen skal anmode kommunen om at varetage en opgave frem til og med 2028 efter indstilling fra en region i henhold til stk. 3. I den forbindelse skal det uddybes, hvilken type aftale, og på hvilke vilkår denne aftale skal indgås med en kommune.

4. Forslag til ændring af lov om miljøbeskyttelse

Danske Regioner finder det positivt, at der fortsat kan gives støtte til samarbejdsprojekter med relevante statslige, regionale og lokale interessenter på miljøbeskyttelsesområdet inden for både jordforurenings- og råstofområdet.

5. Forslag til ændring af lov om naturbeskyttelse


Det foreslås, at naturbeskyttelseslovens § 55 a, ophæves. Ifølge bestemmelsen kan regionsrådet give tidsbegrænsede tilskud til projekter, der bidrager til at realisere visioner og målsætninger i den regionale udviklingsstrategi efter lov om erhvervsfremme inden for lovens formål.

Danske Regioner finder det beklageligt, at paragraffen ophæves og ikke kun ændres, så den regionale udviklingsstrategi udgår af paragraffen. Danske Regioner vurderer dog, at regionerne fortsat kan arbejde med natur i råstofgrave som en del af myndighedsopgaven på råstofområdet.

Venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'AK', with a stylized, flowing script.

Anders Kühnau

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'MD', with a stylized, flowing script.

Mads Duedahl

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
cc. flf@sum.dk ; sse@sum.dk

Danske Seniorer
Griffenfeldsgade 58
2200 København N
Tlf.: 35 37 24 22
CVR: 10 78 87 14

info@danske-seniorer.dk
www.danske-seniorer.dk

København 23. juni 2025

Høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i skrivelse af 4. juni 2025 anmodet om eventuelle kommentarer til ovenstående lovforslag.

Lovforslaget er et element i de love, der skal udmønte sundhedsreformaftalen fra november 2024. Med disse love vil der ske en ny organisering og en ny retning for sundhedssystemet i Danmark, således at de dyre sygehusene så vidt muligt aflastes, og der sker en bedre geografisk fordeling af sundhedsressourcerne og en mere helhedsorienteret sundhedsindsats. Danske Seniorer er generelt enig i de målsætninger, sundhedsreformen indeholder, men har naturligvis enkelte kommentarer.

Opgaveflytning

Med lovforslaget flyttes en række opgaver fra kommunerne til regionerne. Et væsentlig led heri er regionernes overtagelse af formentlig omkring 75% af kommunernes midlertidige pladser i flg. Sundhedsstyrelsens notat fra april 2025. Disse bliver nu regionale sundheds- omsorgspladser. Den enkelte borger vil ofte kunne overgå fra at blive behandlet i regionalt regi til at høre til i kommunalt regi, f.eks. medens der ventes på en plejehjemsplads. Danske Seniorer lægger vægt på, at den enkelte borger ikke fysisk flyttes rundt på grund af ændring af regi, men at der kun er én ”station” mellem sygehus og plejehjem eller egen bolig.

I 3.5.1.2. nævnes, at der vil komme et forslag om patient- og pårørendeudvalg. Der nævnes ikke i nuværende forslag noget om Ældreråd, og der lægges – så vidt man kan se – heller ikke op til at behandle spørgsmålet i det nævnte kommende forslag. Med den kommende ordning, der indebærer overflytning af kommunale opgaver fra kommuner til regioner, vil Ældrerådernes kompetenceområde umiddelbart blive tilsvarende begrænset. Det bør overvejes, hvordan Ældrerådernes rolle skal være i den nye ordning: Er det idéen, at Ældrerådene kun skal kommentere, det der er i kommunalt regi eller skal afgrænsningen være, det der foregår i kommunen på ældreområdet? Det vil formentlig være hensigtsmæssigt, at Ældrerådene hele tiden er berettigede og forpligtigede til at kommentere, det der foregår i kommunen på området, herunder overgangene mellem forskellige dele af sundheds- og omsorgsområdet.

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

I § 206 c i lovforslaget står: ”Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan”. Man kan forstå af bemærkningerne, at det vil ske efter oplæg fra Sundhedsstyrelsen og i samarbejde med regionerne og kommunerne. Den nationale sundhedsplan skal sætte retningen for

sundhedsindsatsen i Danmark og danne rammen for de regionale sundhedsplaner. Det oplyses, at den nationale sundhedsplan skal skabe en samlet plan for et sundhedsvæsen tættere på borgerne med mindre belastning af hospitalerne og en bedre geografisk fordeling af sundhedspersonalet.

Der lægges op til, at den nationale sundhedsplan skal være en art grundlov for sundhedsindsatsen i Danmark; men der lægges ikke op til at den skal behandles i Folketinget eller i øvrigt være genstand for en offentlig debat. Danske Seniorer er meget betænkelige over denne fremgangsmåde. Den nationale sundhedsplan skal ikke kun være specialisternes plan, den skal være befolkningens plan, og det opnås kun ved at respektere demokrati, debat og folkelig medindflydelse.

Med venlig hilsen

Katrine Lester
Direktør



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

E-mail: sum@sum.dk med kopi til fif@sum.dk og sse@sum.dk.

02. juli 2025

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540
E: info@dansktp.dk

www.dansketandplejere.dk

Danske Tandplejeres høringssvar vedr. lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Danske Tandplejere takker for muligheden for at afgive høringssvar. Danske Tandplejere bakker op om, at der kommer et øget fokus på smidige overgange mellem sektorer, herunder at der kommer en mere tydelig ansvarsfordeling mellem regioner og kommuner.

Danske Tandplejere finder det yderligere positivt, at børne- og ungetandplejen og tandplejeordningerne for udsatte/sårbare voksne fortsat er forankret i kommunerne. Tandpleje bør være tæt på borgerne, så man skaber de bedste betingelser for, at forebyggende arbejde er i centrum, at man møderne borgerne i øjenhøjde, og at børn og familier får den støtte og rådgivning, de har brug for – tæt på, hvor de bor og lever deres liv.

Det er dog meget centralt og vigtigt, at der også på tandområdet skabes de rette rammer/strukturer for en tidlig forebyggende indsats og en løbende koordinering mellem kommuner og regioner.

Den orale forebyggelsesindsats bør prioriteres højere

Sammenhængen mellem sygdomme i mund og tænder og en lang række somatiske og psykiske sygdomme er veldokumentet. Der er således sammenhæng mellem parodontitis (inflammatorisk sygdom i tændernes støttevæv) og en række alvorlige sygdomme, som fx diabetes, leddegigt og hjerte-kar-sygdomme.

På trods af denne omfattende viden og dokumentation af sammenhængen mellem tandsundhed og det generelle helbred, ser vi dag for dag fortsat, at der er store udfordringer knyttet til tandområdet. Studier viser:

- At 78 pct. af plejehjemsbeboere havde behov for hjælp til mundhygiejne, men kun 7 pct. modtog denne hjælp¹.
- At op til 10 procent af dødsfald forårsaget af lungebetændelse på plejehjem kan forhindres ved bedre mundhygiejne².
- "At sundhedspersonale både i primær og sekundær sektor mangler viden omkring udførelsen af korrekt mundhygiejne, herunder hvilke midler og redskaber der bør anvendes, viden om sammenhængen mellem mundhygiejne og systemiske infektioner samt medikamenters påvirkning af mundens tilstand"³

¹ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>

² Petteri Sjögren DDS, PhD, m.fl.: "A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials" (2008): [Sjögren - 2008 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02111.x)

³ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>



- At 91 pct. af de indlagte medicinske patienter på et dansk hospital allerede ved indlæggelse havde ét eller flere problemer relateret til mundhulen⁴.

Det estimeres, at ca. 400-450 indlæggelser hvert år kan undgås alene, hvis mundhygiejnen forbedres hos plejehjemsbeboere i Danmark. Det vil det betyde en besparelse på cirka 20 millioner kr. for samfundet⁵.

Studier viser yderligere, at fokus på mundhygiejne i forbindelse med indlæggelse på hospitaler kan føre til en nedbringelse af antallet af indlæggelsesdage. Det er yderligere blevet påvist, at systematisk og sufficent mundhygiejne på patienter, der får hjerteoperation, kan reducere forekomsten af lungebetændelse med hele 45 procent⁶. Et andet studie viser i forlængelse heraf, at der er store gevinster for patienterne og den øvrige sundhedspersonale ved at inddrage tandplejerfaglige kompetencer på hospitalerne, bl.a. i form af færre infektioner, færre smerter og færre senfølger som konsekvens af ubehandlet tand- og mundproblematik⁷.

Tandplejen bør derfor helt åbenlyst være en integreret del af de sundhedstilbud, som gives til borgerne og bør indtænkes som et helt centralt element i at forebygge sygdomme og sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb, bl.a. for ældre medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme.

Danske Tandplejere foreslår konkret:

1. At tandpleje og god mundhygiejne i højere grad prioriteres hos indlagte patienter, bl.a. ved at ansætte tandplejere på alle landets hospitaler.
2. At patienter får udarbejdet en mundplejeplan ved udskrivning fra hospital/sygehus og dermed ved overgang fra region til kommune.
3. At der skabes de rette incitamenter/strukturer i kommunerne til at prioritere tandsundhed hos sårbare voksne og ældre, så gen(indlæggelser) så vidt muligt undgås.
4. At sundhedsrådene årligt drøfter tandområdet med deltagelse af Danske Tandplejere.
5. At tandpleje indskrives i alle pakkeforløb for alvorlige sygdomme, herunder kroniske sygdomme.
6. At alle borgere, ved diagnosticering af kroniske sygdomme, som fx diabetes, nyresygdomme, hjerte-kar-sygdomme, leddegigt etc., bliver henvist til tandklinik mhp. at undgå infektioner i mund- og tænder, der kan få alvorlige konsekvenser for det generelle helbred.
7. At der gives tilskud til tandpleje for diabetespatienter (praksissektoren) på lige fod med tilskud til fodterapi (hvor personer med diabetes kan få et tilskud på 50 procent til en årlig risikovurdering hos en autoriseret fodterapeut)⁸.

Danske Tandplejere står gerne til rådighed, hvis ovenstående ønskes uddybet, eller der er behov for yderligere information.

Med venlig hilsen

Elisabeth Gregersen

Forperson, Danske Tandplejere

⁴ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>

⁵ Børge Hede: "Munden – et overset organ men en nøgle til sundhed og livskvalitet" bedrehygiejne.dk

⁶ [Puljefinansieret NKR: Mundhygiejne for postoperative infektioner - Sundhedsstyrelsen](https://puljefinansieret.nkr.dk/Mundhygiejne-for-postoperative-infektioner-Sundhedsstyrelsen)

⁷ [Kortlægning af gevinster ved inddragelse af tandplejerfaglige kompetencer på hospitalerne \(2020\)](https://kortlaegning.af/gevinster-ved-inddragelse-af-tandplejerfaglige-kompetencer-pa-hospitalerne-2020)

⁸ <https://diabetes.dk/radgivning/stotte-og-rettigheder/hjaelp-og-stotte#anchor-id-hjaelp-og-stoette-a-til-aa-fodterapi>



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

E-mail: sum@sum.dk med kopi til sad@sum.dk og sse@sum.dk.

05. september 2025

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540
E: info@dansktp.dk

www.dansketandplejere.dk

Danske Tandplejeres høringssvar vedr. supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Danske Tandplejere takker for muligheden for at afgive høringssvar. Danske Tandplejere bakker op om, at der kommer et øget fokus på smidige overgange mellem sektorer, herunder at der kommer en mere tydelig ansvarsfordeling mellem regioner og kommuner.

Det er for Danske Tandplejere meget centralt og vigtigt, at der også på tandområdet skabes de rette strukturer for en tidlig forebyggende indsats og en løbende koordinering mellem kommuner og regioner. Det indebærer, at man husker at inddrage tandpleje som en del af helhedsplejen, når der indgås aftaler mellem regioner og kommuner, fx i overgang fra hospital til eget hjem.

Den orale forebyggelsesindsats bør prioriteres højere

Sammenhængen mellem sygdomme i mund og tænder og en lang række somatiske og psykiske sygdomme er veldokumentet. Der er således sammenhæng mellem parodontitis (inflammatorisk sygdom i tændernes støttevæv) og en række alvorlige sygdomme, som fx diabetes, leddegigt og hjerte-kar-sygdomme.

På trods af denne omfattende viden og dokumentation af sammenhængen mellem tandsundhed og det generelle helbred, ser vi dag for dag fortsat, at der er store udfordringer knyttet til tandområdet. Studier viser:

- At 78 pct. af plejehjemsbeboere havde behov for hjælp til mundhygiejne, men kun 7 pct. modtog denne hjælp¹.
- At op til 10 procent af dødsfald forårsaget af lungebetændelse på plejehjem kan forhindres ved bedre mundhygiejne².
- "At sundhedspersonale både i primær og sekundær sektor mangler viden omkring udførelsen af korrekt mundhygiejne, herunder hvilke midler og redskaber der bør anvendes, viden om sammenhængen mellem mundhygiejne og systemiske infektioner samt medikamenters påvirkning af mundens tilstand"³

¹ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>

² Petteri Sjögren DDS, PhD, m.fl.: "A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled Trials" (2008): [Sjögren - 2008 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02111.x)

³ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>



- At 91 pct. af de indlagte medicinske patienter på et dansk hospital allerede ved indlæggelse havde ét eller flere problemer relateret til mundhulen⁴.

Det estimeres, at ca. 400-450 indlæggelser hvert år kan undgås alene, hvis mundhygiejnen forbedres hos plejehjemsbeboere i Danmark. Det vil det betyde en besparelse på cirka 20 millioner kr. for samfundet⁵.

Studier viser yderligere, at fokus på mundhygiejne i forbindelse med indlæggelse på hospitaler kan føre til en nedbringelse af antallet af indlæggelsesdage. Det er yderligere blevet påvist, at systematisk og sufficent mundhygiejne på patienter, der får hjerteoperation, kan reducere forekomsten af lungebetændelse med hele 45 procent⁶. Et andet studie viser i forlængelse heraf, at der er store gevinster for patienterne og den øvrige sundhedspersonale ved at inddrage tandplejerfaglige kompetencer på hospitalerne, bl.a. i form af færre infektioner, færre smerter og færre senfølger som konsekvens af ubehandlet tand- og mundproblematik⁷.

Tandplejen bør derfor helt åbenlyst være en integreret del af de sundhedstilbud, som gives til borgerne og bør indtænkes som et helt centralt element i at forebygge sygdomme og sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb, bl.a. for ældre medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme.

Danske Tandplejere foreslår konkret:

1. At tandpleje og god mundhygiejne i højere grad prioriteres hos indlagte patienter, bl.a. ved at ansætte tandplejere på alle landets hospitaler.
2. At patienter får udarbejdet en mundplejeplan ved udskrivning fra hospital/sygehus og dermed ved overgang fra region til kommune.
3. At der skabes de rette incitamenter/strukturer i kommunerne til at prioritere tandsundhed hos sårbare voksne og ældre, så gen(indlæggelser) så vidt muligt undgås.
4. At sundhedsrådene årligt drøfter tandområdet med deltagelse af Danske Tandplejere.
5. At tandpleje indskrives i alle pakkeforløb for alvorlige sygdomme, herunder kroniske sygdomme.
6. At alle borgere, ved diagnosticering af kroniske sygdomme, som fx diabetes, nyresygdomme, hjerte-kar-sygdomme, leddegigt etc., bliver henvist til tandklinik mhp. at undgå infektioner i mund- og tænder, der kan få alvorlige konsekvenser for det generelle helbred.
7. At der gives tilskud til tandpleje for diabetespatienter (praksissektoren) på lige fod med tilskud til fodterapi (hvor personer med diabetes kan få et tilskud på 50 procent til en årlig risikovurdering hos en autoriseret fodterapeut)⁸.

Danske Tandplejere står gerne til rådighed, hvis ovenstående ønskes uddybet, eller der er behov for yderligere information.

Med venlig hilsen

Elisabeth Gregersen

Forperson, Danske Tandplejere

⁴ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>

⁵ Børge Hede: "Munden – et overset organ men en nøgle til sundhed og livskvalitet" bedrehygiejne.dk

⁶ Puljefinansieret NKR: Mundhygiejne for postoperative infektioner - Sundhedsstyrelsen

⁷ Kortlægning af gevinster ved inddragelse af tandplejerfaglige kompetencer på hospitalerne (2020)

⁸ <https://diabetes.dk/radgivning/stotte-og-rettigheder/hjaelp-og-stotte#anchor-id-hjaelp-og-stoette-a-til-aa-fodterapi>

Den 1. juli 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail: sum@sum.dk

med kopi til flf@sum.dk og sse@sum.dk.

Høringssvar fra Danske Ældreråd vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremlagte lovforslag, der udmønter centrale dele af den politiske aftale om sundhedsreformen. Der er behov for at styrke kvaliteten og sammenhængen i det nære sundhedsvæsen, og derfor hilser vi lovforslagets intentioner velkommen.

Nærhed og kontinuitet når opgaver flytter

Lovforslaget indebærer blandt andet, at ansvaret for funktioner som akutsygepleje, patientrettet forebyggelse og dele af genoptræningsområdet overgår fra kommunerne til regionerne. Samtidig skal strukturændringen medføre, at mere behandling og sygepleje skal løses tættere på borgeren. Sygehusene skal vendes udad, og akutindsatsen udenfor sygehusene skal styrkes. Hvis disse ændringer kan bidrage til at indfri ambitionerne om større faglig bæredygtighed og bedre ressourceudnyttelse, er det positivt.

Dog er det afgørende, at omlægningen ikke fører til en svækkelse af den nære kontakt, lokalkendskabet og samarbejdet med lokale sundhedsaktører, som kan være en styrke, og som kendetegner fx den kommunale sygepleje mange steder i dag. Derudover er det en grundlæggende forudsætning for modellens faglige bæredygtighed, at der bliver et tæt og smidigt samarbejde mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen, så vi undgår nye snitflader, hvor ældre, svækkede borgere tabes i overgange mellem forskellige enheder.

Danske Ældreråd mener desuden, at betegnelsen *almen* kommunal sygepleje er u hensigtsmæssig. Den kommunale sygepleje vil også i fremtiden løfte en mere specialiseret og kompleks indsats, fx i forhold til det geriatriske fagområde, og derfor bør *almen* udgå.

Sundheds- og omsorgspladser med kvalitet og uden egenbetaling

Danske Ældreråd finder det positivt, at der fremover i langt større udstrækning skal arbejdes med nationale kvalitetskrav i det nære sundhedsvæsen, herunder nationale kvalitetskrav til sundheds- og omsorgspladserne. Det er vigtigt, at der i formuleringen af kvalitetskravene lægges vægt på, at sundheds- og omsorgspladserne har let adgang til lægefaglige kompetencer, herunder geriatriske specialistkompetencer, og at der sikres kontinuitet i overgangene mellem sygehus, sundheds- og omsorgsplads og eget hjem.

Vi finder det ligeledes positivt, at regionerne fremover skal tilbyde sundheds- og omsorgspladser uden egenbetaling til tøjvask, mad mv. Det skaber mere ensartede rammer for og mere lige adgang til ophold på disse pladser.

Dog er vi bekymrede for, om der alligevel vil snige sig brugerbetaling ind ad bagvejen. Dels er det afgørende, at et kommende eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse vil resultere i, at sundheds- og omsorgspladserne fuldt ud omfattes af reglerne om gratis befordring. Dels undrer det os, at det af lovforslaget fremgår, at rammerne for medicinhåndtering på sundheds- og omsorgspladserne som udgangspunkt vil blive de samme som på de nuværende midlertidige pladser. Erfaringen fra de midlertidige pladser er, at netop medicinhåndteringen giver udfordringer mange steder, og at ophold kan være forbundet med meget store medicinudgifter for borgerne.

Frit valg af genoptræningstilbud

Danske Ældreråd støtter den foreslåede videreførelse af ret til frit valg af genoptræningstilbud, således at såvel kommuner som regioner skal sikre borgerne denne mulighed, hvis opstart af genoptræning ikke kan tilbydes inden for syv dage. For at realisere intentionerne bør kommuner og regioner informere tydeligt og systematisk om borgernes muligheder og rettigheder.

Involvering i sundhedsplanlægningen

Det er positivt, at der i lovforslaget lægges op til udarbejdelse af både en national sundhedsplan og lokale nærsundhedsplaner i regi af sundhedsrådene. Disse planer giver mulighed for at tænke strategisk og langsigtet – både centralt og lokalt.

For at planerne skal få reel værdi og afspejle borgernes behov er det afgørende, at patient- og pårørenderepræsentanterne i udvalgene omkring sundhedsrådene inddrages systematisk, som der også i lovudkastet lægges op til. Her mener vi, at repræsentanter fra ældrerådene vil kunne bidrage konstruktivt og bygge bro mellem sundheds- og ældreområdet. Ældrerådene har værdifuld viden om ældres livsvilkår og erfaringer fra det lokale sundhedsvæsen, som bør inddrages aktivt.

Opmærksomhed på risici for nye snitflader

Selvom lovforslaget rummer betydelige potentialer, ser vi også nogle risici. Omfordeling af myndighedsansvar og nye strukturer kan føre til tab af nærhed og lokalkendskab i nye overgange. Kontinuiteten i borgernes forløb kan risikere at blive svækket, når ansvaret flyttes mellem myndigheder. Derfor bør implementeringen følges tæt og evalueres løbende og systematisk – også med fokus på borgernes oplevelser.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10
1216 København K

2. juli 2025

J.nr. 2025-11-0343
Dok.nr. 744534
Sagsbehandler
Ajla Catovic

Sendt med Digital Post

Høring over udkast til lov om Digital Sundhed Danmark og ændring af sundhedsloven samt ændring af andre forskellige love

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 4. juni 2025 anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger til ovennævnte lovforslag.

Lovforslagene indgår i første del af den anden lovpakke, der har til formål at udmønte dele af Aftale om en sundhedsreform 2024. Der er således tale om en ny hovedlov "Lov om Digital Sundhed Danmark" samt deraf følgende ændringer af en række eksisterende love i to separate lovforslag.

Datatilsynet bemærker, at tilsynet den 30. januar 2025 har afgivet bemærkninger til første del af lovpakken, tilsynets sagsnummer 2024-11-0251.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i sine høringsbreve ikke nærmere angivet, hvilke dele af udkastene ministeriet ønsker Datatilsynets bemærkninger til. Datatilsynet har for så vidt angår udkast til lov om Digital Sundhed Danmark forholdt sig overordnet til indholdet og søgt at identificere de bestemmelser, som kan have betydning for beskyttelsen af privatlivet. I udkastene til lov om ændring af sundloven og andre love har Datatilsynet hovedsagelig forholdt sig til det anførte i afsnit 4 om lovforslagets forhold til databeskyttelsesretten.

Datatilsynet har ikke nærmere vurderet alle de databeskyttelsesretlige problemstillinger, som de tre udkast til lovforslag vil kunne medføre, men Datatilsynet kan umiddelbart pege på visse opmærksomhedspunkter.

Udkastene giver Datatilsynet anledning til følgende bemærkninger:

1. Lov om Digital Sundhed Danmark

1.1. Den foreslåede § 4

Den foreslåede § 4 har følgende ordlyd:

"§ 4. Digital Sundhed Danmark har til opgave at skabe og udbrede digitale løsninger til gavn for borgere, patienter og sundhedspersoner.

Stk. 2. Digital Sundhed Danmark har til opgave at drive infrastruktur og sikre elektronisk kommunikation og information om patienten i sammenhængende patientforløb, digitale løsninger for hjemmebehandling og borgerrettede løsninger.

Datatilsynet
Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
T 3319 3200
dt@datatilsynet.dk
datatilsynet.dk
CVR 11883729

Af de almindelige bemærkninger til lovforslaget afsnit 3.1.2.2. fremgår bl.a. følgende:

” Digital Sundhed Danmark får endvidere til opgave at udvikle og udbrede digitale løsninger, som kan hjælpe og aflaste medarbejdere ved at automatisere arbejdsgange f.eks. ved brug af kunstig intelligens som beslutningsværktøj.”

Det står ikke Datatilsynet klart, hvad der nærmere skal forstås i relation til at udvikle og udbrede digitale løsninger, som kan hjælpe og aflaste medarbejdere ved at automatisere arbejdsgange eksempelvis ved brug af kunstig intelligens.

Udviklingen og anvendelsen af kunstig intelligens er ikke nærmere beskrevet i bemærkningerne. Det fremgår dog af de specielle bemærkninger til den foreslåede § 4, at:

” [...] Det foreslås i stk. 1, at Digital Sundhed Danmark har til opgave at skabe og udbrede digitale løsninger til gavn for borgere, patienter og sundhedspersoner.

Bestemmelsen vil finde anvendelse på digitale løsninger, som udvikles og driftes af Digital Sundhed Danmark for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet og som anvendes af borgere, herunder pårørende, patienter og sundhedspersoner. [...]”

Datatilsynet skal hertil bemærke, at det fremstår uklart, hvad opgaven omfatter, herunder i hvilket omfang sundhedsdata kan anvendes til udvikling af kunstig intelligens, samt om der er tale om anvendelse af kunstig intelligens i Digital Sundhed Danmark – eller generelt i hele sundhedssektoren.

Datatilsynet bemærker endvidere, at udvikling og anvendelse af kunstig intelligens forudsætter en særskilt klar og præcis lovhjemmel. Som bemærkningerne til lovforslaget er udformet, ses disse ikke umiddelbart at kunne udgøre en selvstændig hjemmel til den påtænkte indgribende behandling.

Datatilsynet henviser i øvrigt til Datatilsynets vejledning om offentlige myndigheders brug af kunstig intelligens fra oktober 2023, hvor der bl.a. er et afsnit om kravene til klarheden af lovgrundlaget¹, samt til Datatilsynets udtalelse om behandlingsgrundlag til udvikling og drift af AI-løsninger inden for sundheds- og omsorgsområdet.²

1.2. Den foreslåede § 13

Af den foreslåede § 13 fremgår, at Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om dataansvar og tilsyn m.v. for behandling af personoplysninger i forbindelse med Digital Sundhed Danmarks opgaver, jf. udkastets §§ 3-12.

Af de specielle bemærkninger til den foreslåede bestemmelse fremgår bl.a., at:

”Formålet med regelændringen er, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om dataansvar for de opgaver, som Digital Sundhed Danmark varetager i en bekendtgørelse, herunder for at fastlægge opgaver, ansvar og tilsyn, herunder fastlæggelsen af de databeskyttelsesretlige roller og overgange af dataansvar, dvs. at der kan fastsættes regler om datadelingen af Digital Sundhed Danmarks opgaver alt afhængig af, om der er tale om en dataansvarlig,

¹ [Datatilsynets vejledning om offentlig myndigheders brug af kunstig intelligens fra oktober 2023.](#)

² [Udtalelse om behandlingsgrundlag til udvikling og drift af AI-løsning inden for sundheds- og omsorgsområdet](#)

Datatilsynet har endvidere noteret sig, at det fremgår af høringsbrevet af 4. juni 2025, at de nye regler bl.a. har til hensigt at løfte administrative byrder i regioner, kommuner, almen praksis m.v. ved at lade en bekendtgørelse træde i stedet for de mange databehandlersaftaler, som datadeling i sundhedsvæsenet i dag er baseret på, ligesom reglerne bevirker, at ansvarsfordelingen tydeliggøres.

Det er Datatilsynets forståelse, at bestemmelsens formål er at give bemyndigelse til i en bekendtgørelse at fastlægge de databaseskyttelsesretlige roller, der er mellem Digital Sundhed Danmark og øvrige myndigheder og samarbejdspartnere.

Datatilsynet skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at fastlæggelsen af de databaseskyttelsesretlige roller i en bekendtgørelse skal afspejle principperne i databaseskyttelsesforordningens artikel 4, nr. 7 og 8, og den faktiske rollefordeling mellem de involverede parter. Datatilsynet skal i den forbindelse bemærke, at en ordning, hvor en bekendtgørelse udgør det retligt bindende dokument i henhold til databaseskyttelsesforordningens artikel 28 kan indebære mindre fleksibilitet, hvis de konkrete forhold vedrørende behandlingen af personoplysninger ændrer sig.

Det følger af databaseskyttelseslovens § 28 bl.a., at ved udarbejdelse af bekendtgørelser, cirkulærer eller lignende generelle retsfor skrifter, der har betydning for beskyttelsen af privatlivet i forbindelse med behandling af personoplysninger, skal der indhentes en udtalelse fra Datatilsynet. Ved udnyttelsen af bemyndigelsesbestemmelsen i den foreslåede § 13 forudsættes det derfor, at Datatilsynet høres på ny.

1.3. Den foreslåede §§ 5 og 6

Den foreslåede § 5 har følgende ordlyd:

”§ 5. Digital Sundhed Danmark har til opgave at indsamle og udvikle sammenhængende data til patientbehandling og til styringsmæssige, statistiske, innovative, forsknings- og videnskabelige formål m.v. i sundhedsvæsenet.
Stk. 2. Digital Sundhed Danmark stiller data til rådighed til sundhedspersoner, administratorer i regioner og kommuner og andre centre brugere, herunder de centrale sundhedsmyndigheder.”

Den foreslåede § 6 har følgende ordlyd:

”§ 6. Digital Sundhed Danmark har til opgave at varetage rollen som Ét Kontaktpunkt og sikre en samlet indgang til sundhedsdata til brug for forskning og innovation.”

Datatilsynet har noteret sig, at der ved indførelse af bestemmelserne gives en bred adgang for Digital Sundhed Danmark til at videregive oplysninger til en række forskellige formål, herunder til statistiske, forsknings- og videnskabelige formål mv.

Datatilsynet skal i den forbindelse gøre opmærksom på databaseskyttelsesforordningens artikel 89, hvorefter der ved behandling til bl.a. videnskabelige forskningsformål er passende garantier for de registreredes rettigheder og frihedsrettigheder, herunder dataminimering og pseudonymisering, og at denne bestemmelse vil skulle iagttages, når data stilles til rådighed til sådanne formål.

Datatilsynet bemærker ligeledes, at databaseskyttelsesforordningens artikel 23 skal iagttages, i det omfang der sker en begrænsning af de registreredes rettigheder.

1.4. Den foreslåede § 7

Efter den foreslåede bestemmelse i § 7, stk. 3, stiller Digital Sundhed Danmark oplysninger fra Den Nationale Genomdatabase til rådighed for sundhedspersoner til brug for bl.a. patientbehandling og til forskningsinstitutioner med henblik på at udføre statistiske eller videnskabelige undersøgelser af væsentlig samfundsmæssig betydning.

Det fremgår af sundhedslovens § 29³, at en patient har selvbestemmelsesret over biologisk materiale og genetiske oplysninger, hvorefter en patient kan beslutte, at genetiske oplysninger, som er udledt af biologisk materiale i forbindelse med behandling, og som opbevares af Nationalt Genom Center, kun må anvendes til behandling af den pågældende og til formål, der har umiddelbar tilknytning hertil.

Det fremgår endvidere af lovens § 29 a, at den behandlende sundhedsperson forud for indhentning af patientens informerede samtykke efter lovens §§ 15 og 16 til en behandling, der omfatter en genetisk analyse, skal informere patienten om retten til at træffe beslutning om, at oplysninger, som opbevares i Nationalt Genom Center, kun må anvendes til de nævnte behandlingsformål.

Følgende fremgår af afsnit 2.3.1. i de almindelige bemærkninger til sundhedslovens § 29⁴:

”Bestemmelsens i § 29, stk. 1, 2. pkt. indebærer, at en patient til enhver tid har mulighed for at frabede sig, at egne genetiske oplysninger, der opbevares af Nationalt Genom Center, må anvendes til andre formål end behandling af den pågældende og til formål, der har umiddelbart tilknytning hertil.

Hvis der ønskes udleveret genetiske oplysninger, som opbevares i Nationalt Genom Center, til andre formål end behandling af patienten eller formål, der har en umiddelbar tilknytning til behandling af patienten, skal der rettes henvendelse til Nationalt Genom Center, der herefter vil være forpligtet til at søge i Vævsanvendelsesregisteret med henblik på at konstatere, om patienten har tilkendegivet, at vedkommendes genetiske oplysninger, der er udledt af biologisk materiale, ikke må anvendes til andre formål end behandling eller formål, der har en umiddelbar tilknytning hertil.

Det er forudsat, at patientens beslutning om, at genetiske oplysninger, som er udledt af biologisk materiale i forbindelse med behandling, og som opbevares af Nationalt Genom Center, ikke må anvendes til andre formål end behandling og formål, der har en umiddelbar tilknytning hertil, ikke er til hinder for, at Nationalt Genom Center kan videregive oplysninger til brug for behandling af klage- og erstatningsager i medfør af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet eller til brug for Styrelsen for Patientsikkerheds varetagelse af tilsynsopgaver efter autorisationsloven eller sundhedsloven.”

Der er således efter de hidtil gældende regler en mere begrænset adgang til genetiske oplysninger, som opbevares i National Genom Center og som oprindeligt er indsamlet i forbindelse med patientbehandling, idet sådanne oplysninger kun kan videregives til forskning i det omfang betingelserne i sundhedslovens § 46 er opfyldt, og kun i tilfælde, hvor den registrerede ikke har tilkendegivet, at oplysningerne kun må anvendes til behandling af den pågældende selv, jf. sundhedslovens § 29.

Det er Datatilsynets umiddelbare forståelse, at der med den foreslåede bestemmelse i § 7 er lagt op til en udvidelse af adgangen til at behandle (videregive) personoplysninger

3 Bekendtgørelse nr. 275 af 12. marts 2025

4 Lovforslag nr. L 63 fremsat den 8. oktober 2020, Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om apoteksvirksomhed.

fra Nationalt Genom Center til forskningsinstitutioner med henblik på at udføre statistiske eller videnskabelige undersøgelser. Det fremgår ikke direkte af udkastet til lovforslaget, om og i givet fald i hvilket omfang den registreredes selvbestemmelsesret efter sundhedslovens § 29 herved begrænses eller ophører, ligesom dette ikke ses at fremgå af udkastet til ændring af sundhedsloven. Det fremgår heller ikke, hvilken retstilstand der vil gælde for de registrerede, som allerede har frabedt sig denne behandling i medfør af sundhedslovens § 29.

Datatilsynet skal hertil gøre opmærksom på, at hvis der med lovforslaget sker en begrænsning af den registreredes ret til indsigelse i medfør af databeskyttelsesforordningens artikel 21 eller begrænsning i øvrige rettigheder, der er omhandlet i artikel 12-22 og 34 samt i relevant omfang artikel 5, er det en forudsætning, at begrænsningerne respekterer det væsentligste indhold af de grundlæggende rettigheder og frihedsrettigheder og udgør en nødvendig og forholdsmæssig foranstaltning i et demokratisk samfund af hensyn til en række nærmere angivne forhold, jf. artikel 23, stk. 1, litra a-j.

1.5. Den foreslåede § 29

Det fremgår af den foreslåede § 29, der vedrører klageadgang, at Digital Sundhed Danmarks afgørelser kan indbringes for Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som kun kan efterprøve retlige spørgsmål.

Samtidig fremgår det af lovforslagets almindelige bemærkninger afsnit 3.1.2.5. og af de specielle bemærkninger til bestemmelsen, at klager over vurderinger vedrørende adgang til data til andre formål end patientbehandling eller nægtelse af adgang til data til statistiske forsknings- og innovationsformål m.v. kan påklages til Datatilsynet. Datatilsynet har forstået det sådan, at der ønskes etableret en egentlig rekursadgang for så vidt angår den nævnte type af klager.

Datatilsynet stiller sig undrende over for den foreslåede ordning, som ikke ses at være forelagt for tilsynet inden udarbejdelsen af lovforslaget.

Det bemærkes i den forbindelse, at Datatilsynet efter databeskyttelsesloven § 39 alene har kompetence til at behandle klager, der vedrører behandling af personoplysninger om klager selv. Datatilsynet er ikke en rekursmyndighed, men en tilsynsmyndighed, der fører overordnet tilsyn med behandling af personoplysninger.

Hertil kommer, at de opgaver, som er beskrevet i den omhandlede bestemmelse, væsentligt afviger fra den type af vurderinger, som tilsynet normalt foretager.

Datatilsynet bemærker, at såfremt en registreret er utilfreds med Digital Sundhed Danmarks håndtering af en anmodning fra den pågældende om f.eks. udøvelse af rettigheder efter databeskyttelsesforordningen, vil den registrerede have mulighed for at klage til Datatilsynet.

1.6. Den foreslåede § 30

Af de almindelige bemærkninger afsnit 3.2. fremgår, at Nationalt Center for Sundhedsinnovation etableres selvstændigt og forankres i Digital Sundhed Danmark under den fælles øverste ledelse, dvs. bestyrelsen i Digital Sundhed Danmark. Endvidere fremgår bl.a. følgende:

"Centret skal bidrage til at indfri potentialet i innovative sundhedsløsninger for at løfte behandlingskvaliteten og frigøre arbejdskraft hos sundhedspersonalet.

Det fremgår dog af aftaleteksten, at Nationalt Center for Sundhedsinnovation vil få ansvar bl.a. skal skabe overblik over modne eksisterende løsninger, vurdere, følge og udbrede nye og eksisterende innovationsindsatser samt rådgive om og understøtte lokal innovation.

Den foreslåede ordning vil medføre, at der skabes national og tværgående koordinering af udvikling og udbredelse af innovative sundhedsløsninger på tværs af sundhedsvæsenet, herunder klare rammer, sammenhæng og understøttelse af innovationskraften i sundhedsvæsenet med fokus på udbredelse af modne, værdiskabende løsninger.”

Det fremgår ikke af lovforslagets bemærkninger i øvrigt, hvorvidt der i forbindelse med Nationalt Center for Sundhedsinnovations opgavevaretagelse vil blive behandlet personoplysninger. Datatilsynet bemærker, at sådan behandling i givet fald skal ske inden for rammerne af databeskyttelsesforordningen.

2. Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

2.1. Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

De foreslåede bestemmelser i ovennævnte udkast vil ifølge afsnit 4 i de almindelige bemærkninger indebære, at en række opgaver vedrørende sundhedsbehandling af borgere flyttes fra kommunerne til regionsrådene, og der vil i den forbindelse ske indsamling og videregivelse af personoplysninger.

Datatilsynet har noteret sig, at der med lovforslaget ønskes tilvejebragt en national hjemmel til behandling af personoplysninger, således at regionsrådene kan få overflyttet opgaver, der tidligere har været pålagt kommunerne, med henblik på at sikre borgerne sundhedsbehandling.

Datatilsynet har endvidere noteret sig Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvejelser i relation til omlægningen af opgavevaretagelsen, og tilsynet har generelt ingen bemærkninger for så vidt angår omlægning af eksisterende forretninger til en anden ressortmyndighed.

Datatilsynet bemærker, at der i bemærkningerne i forbindelse med vurderingen efter databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 2 og 3, er henvist til ”artikel 6, stk. 1, litra og e, jf. stk. 2 og 3.” Tilsynet formoder, at ordet ”og” skal udgå af sætningen.

2.2. Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (National planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, nye regler for fælles digital infrastruktur, ændringer som følge af lov om Digital Sundhed Danmark og Statens Serum Instituts infrastrukturer, databaser m.v.)

2.2.1. Lovforslagets § 1, nr. 4-8

Det fremgår af udkastets § 1, nr. 8, at sundhedslovens § 157-157a, der bl.a. regulerer, hvilke sundhedsfaglige persongrupper og myndigheder der kan få adgang til oplysningerne i Det Fælles Medicinkort (’FMK’) og i Det Danske Vaccinationsregister (’DDV’), ophæves. Samtidig ophæves straffebestemmelsen i sundhedslovens § 271, stk. 4, for uberettiget adgang til oplysninger i FMK og DDV.

"Det foreslås, at der i § 42 a, stk. 4, indsættes som nyt punktum: »Ledelsen på regionale, kommunale og private bosteder samt andre tilsvarende boligheder kan tillige godkende, at andre personer, der efter lovgivningen er underlagt tavshedspligt, ved opslag kan indhente oplysninger som nævnt i stykke 1, hvis det er nødvendigt i forbindelse med medicinudlevering eller oplysninger om en patients vaccinationer og hertil knyttede oplysninger, herunder vaccinationsstatus.

Med den foreslåede ændring vil andre personer, der efter lovgivningen er underlagt tavshedspligt, ved opslag kunne indhente oplysninger om patienter i forbindelse med medicinudlevering eller oplysninger om en patients vaccinationer og eventuelle vaccinationsstatus. Bestemmelsen sikrer, at ledelsen på regionale, kommunale og private bosteder samt andre tilsvarende boligheder vil skulle godkende, at andre medarbejdere kan få den nødvendige adgang til at indhente disse oplysninger, når de bistår patienten."

Af de specielle bemærkninger til § 1, nr. 5, fremgår bl.a. følgende:

"Det foreslås, at der i sundhedslovens § 42 a indsættes efter stk. 4 som nyt stk. 5: »Apotekere og apotekspersonale, som er undergivet tavshedspligt, kan indhente oplysninger om patientens ordinationer til brug for ekspedition heraf.« Stk. 5-6 bliver herefter stk. 6-7.

Med den foreslåede ændring vil apotekere og apotekspersonale fortsat kunne udlevere medicin til patienter efter at have fået oplysninger om ordinationerne. Bestemmelsen sikrer derfor, at der er hjemmel til at apotekere og apotekspersonale kan udlevere medicin til patienten, som en læge har ordineret.

Det bemærkes, at apotekere og apotekspersonale er undergivet tavshedspligt om den medicin, som de udleverer til patienten."

Af de specielle bemærkninger til § 1, nr. 6, fremgår bl.a. følgende:

"Det foreslås i stk. 3, at ændre »den autoriserede sundhedsperson« til: »en sundhedsperson«, og »stk. 2, nr. 1 og 2« ændres til: »stk. 2, nr. 1, 2 og 4«.

Det foreslåede vil betyde, at der vil kunne ydes teknisk bistand af andre personer, der efter lovgivningen er undergivet tavshedspligt, til sundhedspersoners indhentning efter stk. 2, nr. 4. Det vil sige, hvor indhentningen er nødvendig for at kunne videregive oplysninger efter § 43, stk. 2, nr. 1-3, § 45 eller § 45 a.

Baggrunden for lovforslaget er et ønske om, at lovgivningen i højere grad muliggør en praktisk og effektiv tilrettelæggelse af standardmæssige arbejdsgange i forbindelse med klagesager. Lovforslaget vil også have den effekt, at sundhedspersonernes ressourcer i højere grad frigøres til behandling af patienter frem for administrativt arbejde."

Datatilsynet har noteret sig, at de foreslåede bestemmelser vil medføre, at flere personer får adgang til sundhedsfaglige elektroniske registre. Datatilsynet bemærker hertil, at det er vigtigt, at der er opmærksomhed omkring adgangsrettigheder og adgangsstyring, hvorfor der skal indføres en adgangs- og rettighedsmodel, som afspejler de roller/adgange, der tildeles efter loven. Samtidig er det væsentligt, at der indføres foranstaltninger, hvor der føres fornøden kontrol for at sikre imod uberettigede opslag, f.eks. i form af periodisk stikprøvekontrol, jf. herved databeskyttelsesforordningens artikel 32 om passende sikkerhed.

2.2.2. Lovforslagets § 1, nr. 11-15

I medfør af ændringsforslagene til §§193a og 193b sker der en udvidelse af Indenrigs- og Sundhedsministeren bemyndigelse.

I henhold til § 193 a får Indenrigs- og sundhedsministeren bl.a. bemyndigelse til at fastsætte krav til IT-anvendelse på sundhedsområdet, stille digitale løsninger til rådighed, som skønnes nødvendige til brug for opfølgning på sundhedsvæsnets nationale sundhedsplan og øvrige forhold, fastsætte regler om elektronisk kommunikation mellem myndigheder, samt om anvendelse af nærmere fastsatte standarder i forbindelse med aflevering af oplysninger efter loven, og at private sygehuse skal overholde de fastsatte krav.

I medfør af ændringsforslagene til §193 b får ministeren bl.a. bemyndigelse til at udpege andre offentlige eller private aktører til at varetage opgaver med at drive fælles digital infrastruktur og opgaver, dataansvar og tilsyn m.v. for personoplysninger i den fælles digitale infrastruktur. I forbindelse med driften af den digitale infrastruktur fastsættes nærmere regler om opgaver, dataansvar og tilsyn m.v. for personoplysningerne i den fælles infrastruktur.

Datatilsynet skal i den forbindelse igen gøre opmærksom på databeskyttelseslovens § 28, og Datatilsynet forventer dermed at blive hørt i god tid i forbindelse med udnyttelsen af bemyndigelsesbestemmelsen.

2.2.3. Lovforslagets § 1, nr. 16 og 17

Det fremgår af udkastet, at sundhedslovens § 222 foreslås ændret, således at § 222 fremover får følgende ordlyd:

”§ 222. Statens Serum Institut er et institut under indenrigs- og sundhedsministeren, hvis formål er at forebygge og bekæmpe smitsomme sygdomme, medfødte lidelser og biologiske trusler. Statens Serum Institut fungerer som centrallaboratorium, for så vidt angår diagnostiske analyser, herunder referencefunktioner. Instituttet har en national rolle i forhold til varetagelse af landets opgaver i medfør af internationale forpligtelser i relation til grænseoverskridende sundhedsrisici. Instituttet sikrer forsyning af vacciner til de offentlige vaccinationsprogrammer og beredskabsprodukter gennem fremskaffelse, lagring og distribution. Instituttet prioriterer og tilrettelægger distributionen med henblik på at sikre forsyningen og nedbringe risiko for spild af vacciner og beredskabsprodukter. Instituttet indgår i det operationelle beredskab mod smitsomme sygdomme og biologisk terrorisme og beredskabet på det veterinære område. Instituttet driver videnskabelig forskning og yder rådgivning og bistand på områder, som vedrører instituttets opgaver. Som led i instituttets opgaver drifter og forvalter instituttet en række infrastrukturer, databaser m.v.

Stk. 2. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om Statens Serum Instituts behandling af personoplysninger, herunder om formålsbegrænsning, indsamling af oplysninger, dataansvar og videregivelse af personoplysninger, herunder om udstilling af personoplysninger og deling af statistik m.v., og om drift og forvaltning af de i stk. 1 nævnte infrastrukturer, databaser m.v., herunder om indberetning af oplysninger til Statens Serum Institut.

Stk. 3. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler, herunder om betaling, for instituttets udlevering af præparater og udførelse af undersøgelser m.m.”

Datatilsynet bemærker, at tilsynet generelt forudsætter, at behandling af personoplysninger foranlediget af lovforslaget sker inden for rammerne af databeskyttelsesforordningen, herunder særligt forordningens artikel 6, stk. 1, om hjemmel til videregivelse af oplysninger, artikel 5, stk. 1, litra a, samt forordningens artikel 32 om behandlingssikkerhed.

Afslutningsvis bemærkes, at Datatilsynet forventer at blive hørt, i det omfang bemyndigelsesbestemmelserne udnyttes, jf. databeskyttelseslovens § 28.

3. Afsluttende bemærkninger

Side 9 af 9

Udkastene til lovforslag giver udover det ovenstående ikke umiddelbart Datatilsynet anledning til bemærkninger. Datatilsynet skal opfordre til, at tilsynets synspunkter inddrages ved færdiggørelsen af lovforslaget og den fortsatte behandling heraf.

Hvis ovenstående giver Indenrigs- og Sundhedsministeriet anledning til spørgsmål, kan ministeriet kontakte Datatilsynet, gerne telefonisk.

Datatilsynet har sendt en kopi af dette høringssvar til Justitsministeriets Lovafdeling til orientering.

Med venlig hilsen

Ajla Catovic

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

1. juli 2025

Høringssvar til Lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte d. 4. juni 2025 forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.) i høring. Diabetesforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Diabetesforeningen bakker op om lovforslagets mål om at skabe et sundhedsvæsen tættere på borgerne.

I dette høringssvar fokuserer vi på en række udvalgte udfordringer for mennesker med diabetes og kronisk sygdom, samt hvad vi ser som afgørende for, at lovændringen forbedrer behandlingen for disse mennesker. Det skal desuden bemærkes, at vores fokus på udvalgte områder ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for enighed i de dele af lovforslaget, som vi ikke kommenterer konkret.

Finansieringen skal følge med ambitionerne for patientrettet forebyggelse

En af ambitionerne med sundhedsreformen er at styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen, herunder at flytte en række opgaver fra kommunerne til de nye sundhedsråd, som med en større volumen og tæt tilknytning til det specialiserede sundhedsvæsen, skal opnå bedre forudsætninger for at sikre en højere kvalitet i bl.a. den patientrettede forebyggelse. Det er en ambition, som Diabetesforeningen bakker op om og ser som helt central for, at omstillingen til mere og bedre behandling i det nære sundhedsvæsen skal lykkes.

I Danmark har vi både forløbsprogrammer med evidensbaserede anbefalinger og en kvalitetstandard for forebyggende tilbud til borgere med kroniske sygdom, så vi ved, hvad der karakteriserer god forebyggelse og behandling. Alligevel er der alt for store geografiske forskelle på, om mennesker med kronisk sygdom tilbydes patientrettet forebyggelse og på kvaliteten af tilbuddene.

Nu sætter sundhedsreformen en ny struktur og opgavefordeling i spil for at øge udbud og kvalitet – men det lykkes ikke uden den nødvendige finansiering. Patientrettet forebyggelse er en langtidsinvestering, der kommer både den enkelte med kronisk sygdom og samfundsøkonomien til gavn. Det er veldokumenteret, at en god forebyggende indsats reducerer risikoen for følgesygdomme, giver lavere sundhedsudgifter og færre tabte år på arbejdsmarkedet. For mennesker med type 2-diabetes kan patientrettet forebyggelse spille en afgørende rolle for at få sænket deres blodsukkerniveauet markant og hermed mindske risikoen for alvorlige følgesygdomme som nerve-,

nyre- og øjen- og hjerte-kar-sygdomme. En bedre og mere ensartet kvalitet i den patientrettede forebyggelse er en forudsætning for at indfri ambitionen om færre indlæggelser.

Derfor er det essentielt, at der afsættes tilstrækkelig finansiering til opgaven med patientrettet forebyggelse både i forbindelse med den aktuelle opgaveflytning og på langt sigt, når regioner og sundhedsråd skal finansiere og prioritere opgaven. Og der er behov for, at flere dele af kvalitetsstandarder bliver bindende, hvis vi skal udligne de kvalitetsforskelle, der er på tværs af landet i dag.

Opgaveflytning skal føre til højere kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Diabetesforeningen lægger desuden vægt på, at opgaveflytningen skal ske med respekt for, at de store forskelle i dag også afspejler, at nogle kommuner har prioriteret at udvikle og drive fx patientrettet forebyggelse i en høj kvalitet med god effekt for patienterne. De gode erfaringer, der allerede findes ude i landet i dag, og hvor der eksisterer tilbud af høj kvalitet, som er faglige fyrtårne, bør fremhæves som inspiration og sætte niveauet for opgaveløsningen i hele det enkelte sundhedsråd og i hele landet. I Diabetesforeningen er vi optagede af, at flytningen af opgaverne mellem kommune og regioner/sundhedsråd ikke fører til, at kvaliteten sænkes til laveste fællesnævner.

Derfor bør loven tydeligt beskrive, at målet er en fælles høj kvalitet i de opgaver, som flyttes. Konkret kan der indføres mulighed for, at sundhedsrådene får en overgangsperiode på en årrække, hvor der gives tid til at opbygge kvalitet og kapacitet, så kvaliteten hæves de steder, hvor den halter efter i dag, fremfor at fastsætte en fælles lavere kvalitet hurtigst muligt. Loven bør derfor formuleres, så den understøtter, at både regioner og kommuner prioriterer, at fastholde den gode kvalitet, der hvor den findes i dag, og give tid til at løfte kvaliteten i øvrige kommuner/områder. Det vil gavne både patienterne og forebyggelsen af indlæggelser.

Inddragelse af patienter og pårørende

Diabetesforeningen kvitterer for, at det nu er vedtaget, at der skal indføres patient- og pårørendeudvalg ifm. sundhedsrådene.

Vi finder det afgørende, at patienter og pårørende sikres en både formel og reel mulighed for indflydelse, når loven omsættes til praksis, der påvirker behandlingsmuligheder og -kvalitet. Systematisk inddragelse af patienter og pårørende vil sikre, at de rette tilbud bliver udviklet, at der sker løbende tilpasninger, og at sundhedsvæsenet tilpasses patienternes virkelige behov – til gavn for både dem det handler om og for samfundsøkonomien. Vi ser frem til at se og give bemærkninger til bestemmelsen om patient- og pårørendeudvalg ifm. lovpakke I.

Diabetesforeningen bidrager gerne til det videre arbejde

Diabetesforeningen bidrager gerne med viden fra patientperspektivet til det videre arbejde med at implementere lovgivningen. Skulle ovenstående medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Signe Riis Andersen

Politisk Chef i Diabetesforeningen



**Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Att. Kontor for Patientsikkerhed og Lovkvalitet**

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 1. juli 2025
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:

**Høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan,
nærsundhedsplaner m.v.**

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart til ovennævnte høring.

Bemærkninger til:

2.1. Opgaveflytning

Ergoterapeutforeningen finder grundlæggende, at indsatser indenfor rehabilitering og genoptræning med fordel findes i Sundhedsloven og dermed undgår at patienterne "falder mellem to stole" som følge af lovkomplekset.

Derfor kan vi have bekymringer for antallet af love indenfor området fortsat er for omfangsrigt. Ergoterapeutforeningen har for eksempel tidligere peget på uhenigtsmæssige snitflader mellem Sundhedsloven og Serviceloven.

Ergoterapeutforeningen kan derfor have bekymringer for, at det forsat kan medføre uklarhed, når borgere under 65 år kan være under Sundhedsloven og Serviceloven og borgere over 65 år kan være under Serviceloven, hvis de var under loven, hvis de var under 65 år, at borgere over 65 år er under Ældreloven, hvis de ikke har et lægefagligt begrundet behov for rehabilitering og genoptræning, at borgere over 65 år kan være under Sundhedsloven, hvis de har et lægefagligt begrundet behov for rehabilitering og genoptræning på regional døgnplads.

Ergoterapeutforeningen mener grundlæggende, at der bør udøves langt flere og mere intensive indsatser indenfor rehabilitering og genoptræning end hvad tilfældet er i dag.

Her kan vi derfor have en bekymring for om Sundhedsreformens opgaveflytninger i sidste ende vil tilgodese dette. Sundhedsreformens grundlag om at vi bliver flere

ældre og flere med kroniske sygdomme fordrer, at man stiller meget skarpt på indsatser, hvor patienterne/borgerne kan klare sig længst muligt med mindst mulig passiv hjælp.

Ergoterapeutforeningen mener, at det i høj grad er væsentligt på de midlertidige pladser, at patienterne får de nødvendige rehabiliterings- og genoptræningsindsatser. Derfor er vi godt tilfredse med, at lægen fra regionen får mulighed for at udskrive en genoptræningsplan til patienter på disse enheder. Ergoterapeutforeningen ser således frem til at rehabiliterings- og genoptræningsindsatser øges her som følge af et regionalt ansvar.

Ergoterapeutforeningen har imidlertid bekymring for, om effektiviteten af rehabiliterings- og genoptræningsindsatser bliver vurderet, hvis der ikke er en genoptræningsplan i forløbet, når borgeren ikke er på regional plads, men under indsatser i fx eget hjem, hvor der arbejdes efter et rehabiliterende sigte. Derfor anbefaler Ergoterapeutforeningen, at kvalitetsstandarder i nærsundhedsplaner tager højde for at patienten ikke falder "mellem to stole" ift. kvaliteten af rehabilitering og genoptræningsindsatser bredt set.

Bemærkninger til:

2.4. National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

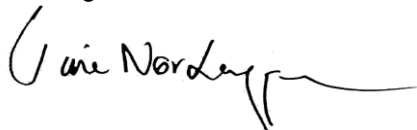
Ergoterapeutforeningen har store forventninger til den National sundhedsplan og de nærsundhedsplaner, som Sundhedsrådene skal udarbejde.

Vi kan imidlertid ikke læse ud af lovteksten, om hvordan kvalitetsniveau/ standarder i nærsundhedsplanerne sikres og dermed om nærsundhedsplanerne rent faktisk vil kunne give patienter og borgere et kvalitativt løft indenfor rehabilitering, forebyggelse og egen mestring mv.

Ergoterapeutforeningen er enige i, at patienter/borgere i fremtidens sundhedsvæsen bør stratificeres efter funktionsevneniveau og indsatser differentieres, og vi vil anbefale at National sundhedsplan anviser retningslinjer og procedurer for Sundhedsrådene så nærsundhedsplanerne kommer til at stå på så stærkt et fagligt fundament som muligt.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for ministeriet i det udviklingsarbejde som følger af lovforslagene.

Med venlig hilsen



Tina Nør Langager
Formand for Ergoterapeutforeningen

Høringssvar til udkast til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (supplerende høring om horisontale samarbejdsaftaler m.v.)

STRING takker for muligheden for at afgive høringssvar og har påtaget sig at svare på vegne af fire organisationer: **Femern Belt Development, Greater Copenhagen, Region Sønderjylland-Schleswig og STRING.**

Vi skal særligt henlede opmærksomheden på pkt. 2.2 i høringsmaterialet vedrørende konsekvensændringer i anden lovgivning, hvori det foreslås, at regionernes udviklingsopgaver – herunder den regionale udviklingsstrategi – bortfalder. Dette må antages at medføre væsentlige utilsigtede konsekvenser.

Bortfaldet af de regionale udviklingsopgaver efterlader et institutionelt og finansielt tomrum for de grænseoverskridende aktiviteter, som regionerne i dag varetager succesfuldt. Særligt samarbejder, der understøtter sammenhæng og mobilitet på tværs af grænser, kan dermed ophøre fra 2026, medmindre der etableres en klar politisk tilkendegivelse og en særskilt finansieringsramme.

De grænseoverskridende samarbejder i STRING – såvel som i de andre tre organisationer – udgør en væsentlig ramme for relationerne henholdsvis over Øresund og ved den dansk-tyske grænse. Disse fora har i en årrække bidraget til udviklingen af mobilitetsløsninger, arbejdsmarkedsintegration, uddannelses- og kulturudvekslinger, erhvervsudvikling samt den grønne omstilling.

EU-Kommissionen har gentagne gange fremhævet, at regionerne fortsat bør spille en central rolle i at afbøde de negative effekter af EU's indre grænser. På den baggrund bør det sikres, at de danske regioner også fremover har de nødvendige kompetencer og en særskilt finansieringsramme til at varetage internationale og grænseoverskridende samarbejder efter udmøntningen af sundhedsreformen.

Uden en sådan løsning må det forventes, at mere end 30 års opbyggede samarbejdsrelationer og tillid i de danske grænseregioner svækkes. Det bør tilstræbes, at de eksisterende strukturer styrkes og videreudvikles – ikke afvikles – særligt i en tid, hvor geopolitiske spændinger og eksternt pres på EU nødvendiggør et tæt og robust samarbejde på tværs af Europa.

På vegne af: **Femern Belt Development, Greater Copenhagen, Region Sønderjylland-Schleswig og STRING**



Thomas Becker

STRING

Managing Director

E-mail: thbec@stringmegaregion.org

Mobile: +45 29617010



Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), Flemming Frandsen (FLF@SUM.DK), Sarah Storm Egeskov (SSE@SUM.DK)
Cc: Lisa Goth (lg@fgu.dk)
Fra: Jo Mathiesen (jm@fgu.dk)
Titel: Høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.
Sendt: 02-07-2025 08:33
Bilag: Signature-20250702063459.txt;

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

FGU Danmark har ingen bemærkninger til jeres høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.
FGU Danmark takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Med venlig hilsen

Jo Mathiesen
HR Konsulent
FGU Danmark
Mail: jm@fgu.dk
Mobil: 2082 4329



FGU DANMARK

[Læs vores folder om FGU](#)



Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Mail: sum@sum.dk
CC: flf@sum.dk og sse@sum.dk

Dato:
02-07-2025

Høringssvar over forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nær-sundhedsplaner m.v.

FOA vil gerne takke for muligheden for at afgive høringssvar.

FOA har med interesse læst det foreliggende lovforslag, der indgår i sundheds-reformaftalens anden lovpakke, og ser både potentialer og udfordringer heri.

For FOA er det vigtigt, at der skabes mest mulig tryghed for medarbejderne i forbindelse med den opgaveflytning som følger af lovforslaget. FOA mener derfor, at der skal initieres tryghedsskabende foranstaltninger for at undgå unødvendig bekymring og utryghed for medarbejderne. FOA ønsker at bidrage hertil og understøtte, at der sikres en god overgangsproces for de medarbejdere, som berøres af opgaveflytningen.

FOA har desuden en række bemærkninger og bekymringer i relation til de foreliggende udkast, som vedrører:

- Kvalitetsstandarder
- Krav om rådgivning, sparring og vejledning til kommunerne
- Manglende afklaring om udbudsreglerne
- Behov for at skabe tryghed i overflytningen af opgaver

Ovennævnte bemærkninger vil blive uddybet i det følgende.

Kvalitetsstandarder

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at kvalitetsstandarderne skal understøtte det nære sundhedsvæsen og samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet. Tillige skal kvalitetsstandarderne understøtte en nytænkning af opgaveløsningen i forbindelse med omstillingen samt en effektiv brug af sundhedsvæsenets ressourcer. Sundhedsrådene får ansvaret for at sikre rammerne for implementeringen af kvalitetsstandarderne.

FOA finder det positivt, at de nye kvalitetsstandarder vil styrke kvaliteten af de sundhedsopgaver, som fremadrettet skal løses tæt(tere) på borgerne. FOA noterer sig, at kvalitetsstandarderne skal udvikles i samarbejde med relevante aktører, og stiller sig naturligvis til rådighed i den forbindelse.

For FOA er det vigtigt, at FOAs medlemmer medtænkes i forhold til de kompetencer, der efterspørges med de kommende kvalitetsstandarder. Herunder

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Kontaktperson:
Sofie Tolstrup

Mail:
soto.foa.dk

Telefon:
46972626

Direkte telefon:
31790841

www.foa.dk

hvilke opgaver social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere fremadrettet forventes at skulle løse i kommunerne, som følge af udflytningen af opgaver fra sygehusene. Disse to faggrupper varetager i dag en lang række sundhedsopgaver på sygehusene, men især i kommunerne, derfor er det vigtigt, at FOAs medlemmer indtænkes i forhold til kompetenceudvikling og uddannelse for at sikre kvalitetsudviklingen af de kommunale sundhedsydelser.

Krav til regionerne om rådgivning, sparring og vejledning til kommunerne – flytning af akutsygeplejefunktionen

FOA er bekymret for, at flytningen af akutsygeplejen vil påvirke de kommunalt ansatte medarbejderes mulighed for at få faglig rådgivning, sparring og vejledning, og at tilblivelsen af en ny sektorovergang ligeledes vil skabe mere dokumentation og øge behovet for koordination på tværs af sektorer.

En stor del af akutsygeplejens tid bruges i dag på faglig sparring med kollegaer. Akutsygeplejefunktionen er derfor en vigtig kilde til faglig støtte, rådgivning og sparring. For FOA er det derfor vigtigt, at indenrigs- og sundhedsministeren sikrer, at der stilles krav til regionerne om, at faglig støtte, rådgivning og sparring skal være systematisk og let tilgængelig, døgnet rundt for de kommunalt ansatte, der løser sundhedsopgaver i kommunerne.

Akutsygeplejens tilgængelighed for kommunerne bliver afgørende, hvis akutsygeplejefunktionen også i fremtiden skal kunne forebygge indlæggelser samt understøtte, at flere sundhedsopgaver fremadrettet løses udenfor sygehusene.

Manglende afklaring om udbudsreglerne

FOA finder det som udgangspunkt positivt, at der åbnes op for et kvalitetsløft i den kommunale sundhedsindsats gennem regional medfinansiering. Som anført i lovbemærkningerne betyder det dog et nybrud, der kan indebære problemstillinger, som der ikke umiddelbart er fundet løsninger på. Grundlæggende handler det om opdelingen af ansvaret mellem den offentlige bestiller af opgaven, og den offentlige eller private udfører af opgaven. I disse tilfælde kompliceres forholdet yderligere som følge af en finansiør-rolle, der i sidste ende er placeret i Staten.

Der findes forskellige modeller for at inddrage private leverandører fx i ældreplejen via reglerne for frit valg og generelt i den offentlige opgavevaretagelse via udbud og udliciteringskontrakter. Helt overordnet er erfaringerne, at jo mere komplekse ydelserne er, jo sværere er det at få en sådan model til at fungere uden problemer med ansvar for kvaliteten. Det bemærkes her, at der i lovbemærkningerne netop bliver peget på behovet for et entydigt ansvar (s. 42-43). Trods en særlig styringsmodel for medfinansieringen, er det uklart hvordan det netop vil være muligt at sikre dette entydige ansvar. FOA anbefaler, at det afklares mere præcist, hvordan dette entydige ansvar skal sikres via samarbejdsmodellen, og hvordan det samtidig sikres, at der reelt bliver tale om et kvalitetsløft, jf. 2. afsnit s. 47.

FOA finder det bekymrende, at det endnu ikke er afklaret, hvordan man vil håndtere udbudsreglerne ifm. opgaveflytningen. FOA går ud fra, at man naturligvis kan fastholde opgaven i offentligt regi, uden at opgaven skal sendes i udbud.

Der er behov for at skabe tryghed i overflytningen af opgaver

Afslutningsvist vil FOA gerne gentage budskabet om, at det for FOA er vigtigt, at der skabes mest mulig tryghed og sikkerhed for medarbejderne i forbindelse med opgaveflytningen. FOA skønner, at op mod 2.600 årsværk kan blive berørt af flytningen af sundheds- og omsorgspladserne fra kommunerne til regionerne, og at 1600 af disse årsværk vil omfatte social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. FOA opfordrer derfor til, at medarbejderne som berøres af opgaveflytningen orienteres og involveres tidligt i forløbene, og at der skabes mest mulig transparens omkring opgaveflytningen.

FOA stiller sig naturligvis til rådighed, hvis der er behov for uddybning eller drøftelse af vores bemærkninger.

Med venlig hilsen



Mona Striib,
Forbundsformand, FOA



Tanja Nielsen,
Formand for social- og
sundhedssektoren

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail: sum@sum.dk

CC: sad@sum.dk og sse@sum.dk

Dato:

18-09-2025

Høringssvar over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

FOA takker for muligheden for at afgive høringssvar.

FOA har med interesse læst den supplerende høring om horisontale samarbejdsaftaler i forbindelse med forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv. i forbindelse med tidligere lovforslag.

FOA finder det positivt, at der som følge af lovændringen indsættes mulighed for, at der kan indgås horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner.

For FOA er det fortsat afgørende, at der skabes mest mulig tryghed og transparens for medarbejderne i forbindelse med flytningen af opgaver. I den forbindelse foreslår FOA, at det præciseres i lovbemærkningerne, at de medarbejdere, der varetager opgaverne, som måtte aftales i en horisontal samarbejdsaftale, fortsat skal være ansat der, hvor opgaverne løses. I det tilfælde en region lader en kommune løse en opgave, er det også naturligt, at medarbejderen i dette tilfælde fortsat er ansat i kommunen.

FOA har enkelte bemærkninger og bekymringer i relation til de foreliggende udkast, som vedrører horisontale samarbejdsaftaler og ansattes rettigheder. Bemærkninger vil blive uddybet i det følgende.

Horisontale samarbejdsaftaler og ansattes rettigheder

FOA har i forbindelse med tidligere høringssvar udtrykt bekymring for den manglende afklaring vedrørende udbudsreglerne. Derfor finder FOA det positivt, at ministeriet peger på etableringen af horisontale samarbejdsaftaler som en mulighed for at fastholde opgaverne i offentligt regi, uden at de skal sendes i udbud.

I forbindelse med etableringen af horisontale samarbejdsaftaler, mener FOA, at:

- Der skal som udgangspunkt ikke være tale om en overdragelse af medarbejdere, hvis opgaverne fra start forbliver i kommunen. Kun efterfølgende overdragelse vil således skulle omfatte aftale om vilkår for medarbejderoverdragelse og følge de gældende regler i overgangsloven.
- Arbejdsgiveransvar for de medarbejdere, der er omfattet af en samarbejdsaftale, skal entydigt være placeret hos den udførende

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Kontaktperson:
Sofie Tolstrup

Mail:
soto.foa.dk

Telefon:
46972626

Direkte telefon:
31790841

www.foa.dk

myndighed. For FOA er det vigtigt, at medarbejderne er ansat der, hvor opgaverne løses. Det betyder, at i det tilfælde en region og en kommune indgår en horisontal samarbejdsaftale om løsning af konkrete opgaver, vil medarbejderne fortsat være ansat hos den arbejdsgiver, hvor opgaven løses.

- Vilkår for overdragelse af medarbejderne bør fastsættes via en rammeaftale mellem overenskomstparterne med udgangspunkt i gældende lovgivning, men med mulighed for at fravige lovgivningens beskyttelse i opadgående retning. Dette for at sikre kontinuitet, fastholdelse af medarbejderne og generel tryghed. En sådan aftale bør omfatte alle tilfælde af medarbejderoverdragelse/arbejdsgiverskift i forbindelse med sundhedsreformen.

FOA mener tillige, at ansattes rettigheder ved overførsel af opgaver mellem kommuner og regioner som led i Sundhedsreformen, skal ske på et identisk lovgrundlag. I forlængelse heraf vil FOA støtte op om HKs forslag om, at:

"det præciseres i lovbemærkningerne, at det af hensyn til ligebehandlingsprincippet er væsentligt, at vilkårene for overførsel af ansatte fastsættes med tilsvarende rettigheder, som følger af kapitel 10-13 i overgangsloven, og at fravigelse alene kan ske, såfremt der er tvingende årsager til tilpasninger fx i relation til fremgangsmåden for overførslen og deling af aktiver, passiver mv."

Der er behov for at skabe tryghed i overflytningen af opgaver

Afslutningsvist vil FOA gentage budskabet om, at det er vigtigt, at der skabes mest mulig tryghed og sikkerhed for medarbejderne i forbindelse med opgaveflytningen. FOA opfordrer derfor til, at medarbejderne som berøres af opgaveflytningen orienteres og involveres tidligt i forløbene, og at der skabes mest mulig transparens omkring opgaveflytningen. FOA forventer naturligvis, at Virksomhedsoverdragelsesloven vil danne grundlag for opgaveflytningen.

FOA stiller sig naturligvis til rådighed, hvis der er behov for uddybning eller drøftelse af vores bemærkninger.

Med venlig hilsen



Mona Striib,
Forbundsformand, FOA



Tanja Nielsen,
Formand for social- og
sundhedssektoren

Forenede Cares hørings svar vedr. opgaveflytning i rehabiliteringsindsatsen

Vi støtter intentionen om at styrke det nære sundhedsvæsen og sikre ensartethed. Vi ser dog med stor alvor på de konsekvenser, lovforslaget vil have for neurorehabilitering under § 140.

Lovforslaget skriver specialiserede aktører ud af fremtiden

Tre private aktører leverer p.t. den mest specialiserede rehabilitering, herunder Forenede Care:

- Forenede Care alene samarbejder med over 50 kommuner – vi har kapacitet.
- Forenede Care står bag specialiseret rehabilitering, som ingen andre har kunnet løfte.
- Forenede Care dokumenterer effekt, der både gavner borgeren og samfundsøkonomien.

Bekymringer ved det fremlagte lovudkast

- Lovudkastet stiller ikke krav til leverandører om kapacitet og helhedsrehabilitering.
- Der lægges op til valgfrie samarbejder, men uden hjemler og implementeringsplaner.
- Udbud og DUF-model nævnes som muligheder, men uden konkret afklaring.
- Frit valg-modellen er skrevet ind, men er i praksis uanvendelig i konteksten:

Frit valg-model aktiveres syv dage for sent:

Lovudkastets eneste struktur for private aktører er frit valg, dvs. at private aktører alene tænkes ind gennem § 140, stk. 3 om frit valg, hvis den offentlige part ikke kan tilbyde opstart inden for syv dage. Denne konstruktion er ikke anvendelig ved neurorehabilitering:

- Konsekvensen er, at de mest kompetente aktører udelukkes fra opgaveløsningen, og at specialiserede fagmiljøer lukker.
- Neurorehabilitering er akut og kontinuerlig – indsatsen skal igangsættes umiddelbart efter udskrivning.
- Specialiseret rehabilitering kan ikke vente syv dage uden betydelige konsekvenser for borgerens funktionsevne og livskvalitet.

Forslag til ændringer i lovudkastet

1. Indskriv private aktører i den primære opgaveløsning fra dag ét:

- Samarbejdsformer skal afklares i lovgivningen – ikke overlades til lokal fortolkning.
- Regionen skal kunne indgå konkrete samarbejder via udbud, DUF-model eller kontraktlige partnerskaber.
- Regioner henviser til afklaring af samarbejde efter 1. april 2026. Kapacitet og faglighed kan ikke stå standby i over ét år – begge dele vil forsvinde som konsekvens.

2. Opdel § 140 i modulopbyggede¹ forløb:

§ 140-ydelser struktureres i moduler, der:

- Gør det muligt at navigere i komplekse forløb med gennemsigtig finansiering og ansvar.
- Sikrer helhedsrehabilitering, glidende overgange og tværfaglighed.
- Tager højde for individuelle behov og progression.

3. Indfør nationale krav til leverandører af specialiseret rehabilitering:

Stil nationale krav til leverandører af specialiseret neurorehabilitering. Kravene skal understøtte sundhedsreformens intentioner:

- Krav om kapacitet og helhedsrehabilitering, dvs. at private leverandører skal kunne levere rehabilitering både på døgnophold og i eget hjem. Leverandører skal sikre alle overgange fra udskrivning til eget hjem.
- Krav om adgang til alle syv relevante fagligheder (læge, sygepleje, ergo- og fysioterapi, neuropsykologi, socialrådgivning m.fl.). De rette fagligheder er afgørende.
- Krav om dokumentation af indsatsens effekt.

Konsekvenser ved status quo

- Det aktuelle lovforslag vil lukke miljøer, som samfundet har brug for – borgere med svære hjerneskader tabes.
- Vi har i over et år søgt dialog om samarbejdsmodeller uden resultat. Vi har standset planlagt kapacitetsudvikling, da vi ikke ved, om vi indgår i fremtidens struktur.

Vi opfordrer til, at lovforslaget justeres i overensstemmelse med ovenstående forslag, og at der omgående igangsættes dialog med relevante aktører. Forenede Care stiller sig i høj grad til rådighed for dialog og fælles løsning af fremtidens rehabiliteringsbehov.

¹ Jf. "Specialeaftale og tro & love-erklæring for tværfaglig smertebehandling under specialet: anæstesiologi under det udvidede frie sygehusvalg" af Danske Regioner, 2022

Høringssvar vedrørende forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

Sundhed Danmark takker for muligheden for at indgive høringssvar til det foreslåede lovforslag.

Generelle bemærkninger:

Vi anerkender og støtter intentionen bag lovforslaget, som søger at skabe et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen tættere på borgerne. Vi ser positivt på initiativer, der sigter mod at forbedre kvaliteten af sundhedsydelser og sikre en mere ensartet behandling på tværs af landet.

Vi mener, at det er vigtigt at sikre, at private sundhedsvirksomheder, herunder privathospitaler og private fysioterapeutiske klinikker, kan spille en aktiv rolle i sundhedsvæsenet og bidrage til opgaveløsningen.

Sundhed Danmark opfordrer desuden til en styrket indsats i forbindelse med hensyn til patienternes frie valg i forbindelse med genoptræning. Det er afgørende, at man på tværs af regioner og kommuner får den samme information om deres ret til, at vælge private fysioterapeutiske klinikker i forbindelse med genoptræning efter udskrivelse.

Specifikke bemærkninger:

1. Flytning af opgaver fra kommuner til regioner

- Vi støtter flytningen af ansvaret for patientrettet forebyggelse, akutsygepleje og dele af genoptræningsindsatserne til regionerne. Det er vigtigt, at regionerne sikrer en høj kvalitet og faglig bæredygtighed i disse indsatser. Vi opfordrer til, at private sundhedsvirksomheder inddrages i planlægningen og udførelsen af disse opgaver, da de kan bidrage med ekspertise og kapacitet.
- Sundhed Danmark opfordrer til, at private sundhedsaktører såsom privathospitaler og private fysioterapeutiske klinikker med ydernummer inkluderes i den patientrettede forebyggelse.

- Der er stærk evidens for, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for hjertekarsygdomme og type 2-diabetes.¹ Fysioterapeuter er eksperter i at rådgive og vejlede om træning, motion og en fysisk aktiv livsstil, samt igangsætte og varetage både individuel træning og træning på hold. Derfor anbefaler Sundhed Danmark, at den patientrettede forebyggelse varetages i et tæt samarbejde med private fysioterapeutiske klinikker, der tilmed er placeret tæt på borgerne.
- Når dele af genoptræningen flyttes fra kommuner til regioner, bør det samtidig sikres, at der på tværs af aktører informeres korrekt til retten til frit valg ved genoptræning.
 - Af §84 stk. 6 fremgår det, at Indenrigs- og Sundhedsministeren kan fastsætte regler om kommunalbestyrelsens og regionsrådets forpligtelser i forhold til blandt andet information til borgerne om frit valg og vilkårene herfor. Sundhed Danmark opfordrer til, at der igangsættes en indsats på tværs af regioner og kommuner, så borgere i hele landet, informeres ens og korrekt om deres ret til frit valg.

2. National sundhedsplan

- Vi støtter indførslen af en national sundhedsplan, der sætter en fælles retning for sundhedsvæsenet. I den forbindelse opfordrer vi også til, at man inkluderer private aktører i realiseringen af målene i den nationale sundhedsplan. Et af de væsentlige mål i planen er at styrke det nære sundhedsvæsen tæt på borgerne. Sundhed tættere på borgerne kan blandt andet inkludere udbuddet af sundhedscentre, hvor forskellige sundhedsydelser som almen praksis, fysioterapi og andre sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen er samlet i sundhedscentre.
- Vi foreslår, at man udnytter den kapacitet og ekspertise, der i forvejen eksisterer hos de private sundhedsaktører, og tillader at private aktører kan byde ind på driften af hele sundhedscentre.

3. Kvalitetsstandarder

- Vi støtter muligheden for at fastsætte kvalitetsstandarder for sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen. Det er vigtigt, at kvalitetsstandarderne udarbejdes i samarbejde med relevante aktører, herunder private sundhedsvirksomheder, for at sikre en høj kvalitet og faglig bæredygtighed.

¹ Sundhedsstyrelsen. 2023. Fysisk aktivitet for voksne (18-64 år) – Viden om sundhed og forebyggelse. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Fysisk-aktivitet/Fysisk-aktivitet-18-64-aar.ashx>

- Kvalitetsstandarder bør gælde på tværs af sektorer, så patienterne kan regne med den samme høje kvalitet – uanset om behandlingen foregår i offentlig eller privat regi.

Vi håber, at vores bemærkninger vil blive taget i betragtning i den videre proces med lovforslaget. Sundhed Danmark ser frem til at fortsætte dialogen og samarbejdet om at skabe et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Signe Bøgevald Nielsen, politisk chefkonsulent, Sundhed Danmark

Indenrigs- og sundhedsministeriet
 Slotholmsgade 10-12
 1216 København K

Att: sum@sum.dk, flf@sum.dk, sse@sum.dk

d. 30. juni 2025

Hjernesagens høringssvar til udkast til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Hjernesagen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Hjernesagen er medlem af både Danske Handicaporganisationer og Danske Patienter, som ligeledes afgiver høringssvar. Hjernesagen forholder sig i nedenstående kun til konsekvenserne for hjerneskadeområdet.

Hjernesagen er en forening for mennesker med erhvervet hjerneskade, særlig stroke og deres nærmeste. Hjernesagens formål er bl.a. at forebygge, at mennesker får stroke, og hvis de gør, at de i den forbindelse får den bedste behandling og genoptræning.

Sundhedsplaner

Nærværende udkast har en ambition om et klarere kædeansvar på tværs af sundhedstilbud, hvilket er tiltrængt. Omvendt kan vi godt være bekymret for at det store fokus på et mere nært og alment sundhedsvæsen kan føre til afspecialisering. Specialiseringen af behandlingen af stroke på færre enheder har gennem de seneste år været afgørende for de gode resultater, vi ser i det præhospitale og akutte fase med hurtigere behandling, som fører til flere overlevende og færre følger. Det nære fokus i udkastet må ikke blive på bekostning af det specialiserede fokus.

Hjernesagen finder rigtig gode takter i forhold til både national sundhedsplan og sundhedsrådenes nærsundhedsplaner med fokus på det lokale.

Det fremgår af udkastet, at en national sundhedsplan skal sætte den strategiske retning for udvikling af sundhedsvæsenet og national og lokal sundhedsplanlægning. Hjernesagen vil opfordre til, at den nationale sundhedsplan også sætter rammerne for det meget specialiserede område og tværgående sundhedsproblematikker for patienterne.

En del af Hjernesagens medlemmer har sjældne sygdomme, som medfører hjerneskade eller medlemmer hvor hjerneskaden medfører komplikationer i behandlingen af andre sygdomme. I dag oplever vi betydelige vanskeligheder med et sundhedssystem, der kan arbejde på tværs af specialer og sektorer. Hjernesagen mener, at en national sundhedsplan skal sikre rammerne for de meget komplekse og specialiserede forløb.

Eksempel 1: Ung kvinde med sjælden sygdom kan kun få behandling og opfølgning på Center for Sjældne Sygdomme på Rigshospitalet, men hun skal samtidig have genoptræning lokalt for sin hjerneskade. Her er det afgørende, at det specialiserede sygehusstilbud arbejder tæt sammen med hendes genoptræningstilbud. Det sker ikke i dag.

Eksempel 2: Kvinde har haft stort stroke, som medfører betydelige fysiske, sproglige og kognitive problemstillinger. Kvinden skal have en dropfodsoperation og efterfølgende specialiseret genoptræning i syhusregi. Her er det afgørende, at der fastsættes nogle rammer for samarbejdet mellem specialer, da en "simpel" operation og genoptræning af en dropfod bliver meget mere kompleks, når patienten har sproglige og kognitive funktionsnedsættelser. Det sker ikke i dag.

Eksempel 3: Ung mand med betydelige psykiatriske vanskeligheder får en traumatisk hjerneskade, hvilket stiller høje krav til et tæt tværspecialiseret samarbejde for behandling og genoptræningen af patienten. Det sker ikke i dag.

Forebyggelse

Hjernesagen finder rigtig god mening i at opdele forebyggelse i borgerrettet forebyggelse, som skal varetages af kommunerne og en patientrettet forebyggelse, som skal varetages af regionerne for at sikre rammerne for en bæredygtig opgaveløsning, når patientvolumen øges.

Hjernesagen synes det er ærgerligt, at der i bemærkningerne igen kun fokuseres på de klassiske kroniske sygdomme, fordi det vil medføre et fortsat ensidigt forebyggelsesfokus på netop disse sygdomsgrupper.

Stroke har hidtil ikke været set som en kronisk sygdom, men alene som en akut opstået sygdom. Stroke har store samfundsøkonomiske konsekvenser og kan i 80 % af tilfældene forebygges og forskning viser, at har du først haft stroke, er sandsynligheden for et nyt tilfælde større. I Sundhedsstyrelsens nyeste "Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom" er stroke igen ikke nævnt, som en sygdom, der skal forebygges. Der er behov for et øget fokus på stroke både i den borgerrettet forebyggelse og i den patientrettet forebyggelse.

Uambitiøs flytning af genoptræning og frygt for kvaliteten

Der er ingen tvivl om, at Hjernesagen er overordentligt glade for, at der sker en flytning af det mest specialiserede genoptræningsområde fra kommunerne til regionerne. Gang på gang har det været dokumenteret, at kommunerne har været for små til at kunne løfte den specialiserede og højt specialiserede genoptræning, fordi deres patientvolumen har været for lille. Den glæde vi har haft

er desværre skrumpet gevaldigt, når vi ser på udkastet. I udkastet nævnes det, at kun meget få med en genoptræningsplan på avanceret niveau vil få et regionstilbud. Forarbejdet til udkastet er simpelthen for dårligt. I StrokeLinjen – Hjernesagens rådgivning hører vi igen og igen fra borger med behov for specialiserede og koordinerede indsatser på avanceret niveau, at de i kommunalt regi stort set får det samme tilbud, som patienter på basalt niveau, men måske lidt oftere.

I Sundhedsstyrelsen er det påpeget, at deres arbejde har sine begrænsninger, når de skriver

"Der er tale om en lille delmængde af målgruppen inden for genoptræning på avanceret niveau, som har så komplekse behov, at en række kommuner i dag er udfordret på at opretholde fagligt bæredygtige tilbud. Der er således ikke lagt op til en omfattende gennemgang af den samlede avancerede genoptræning".

Hjernesagen har desuden haft samtaler med Sundhedsstyrelsen, som selv beklagede, at der ikke var afsat ressourcer til at foretag en ordentlig afdækning af den avancerede genoptræning, og de derfor ikke havde et ordentligt overblik over, hvor mange borgere, som rent faktisk kunne falde ind under et regionstilbud. Deres bedste tal havde de på hjerneskadeområdet, så det er dem styrelsen er gået ud fra. Dette må også ses som baggrunden for afgrænsningen af målgruppen, hvilket ligger langt fra den politiske ambition om at styrke kvaliteten for de patienter, der har behov for mere specialiserede indsatser for eksempel hos borgere med sjældne kræftdiagnoser, kroniske sygdomme i centralnervesystemet og hos børn og unge.

Det betyder, at der er lagt op til en opgaveflytning, som foretages på et ufuldstændigt grundlag – det er kritisabelt både fagligt og politisk.

Hjernesagen har allerede i Altinget den 23. maj 2025 sammen med Danske Patienter forsøgt at råbe vagt i gevær over udkastet, som vi vurderer, ligger langt fra det politiske ønske. Alene på hjerneskadeområdet vil der kun være tale om flytning af ca. 1.000 patienter på årsplan, hvis der ses på den økonomiske ramme. Hjernesagen er bekymret for, om den snævre økonomiske ramme reelt set risikerer at mindske kvaliteten i genoptræningsindsatsen, hvis det viser sig, at patientvolumen er større end antaget.

Lige nu ser vi ind i, at enten får for få patienter et tilbud, eller også risikere patienterne at få for dårlig kvalitet i deres genoptræning.

Hjernesagen vil opfordre til, at man fra politisk side genovervejer og afsætter ressourcer til en ordentlig afdækning af området, der står mål med de politiske ambitioner for området.

Omsorgs- og aflastningspladser

Hjernesagen er overordentlig glade for forslaget om indførsel af vederlagsfri omsorgs- og aflastningspladser i regionalt regi. Hjernesagen er desuden glad for den præcisering ministeriet giver vedrørende servicelovens § 84, stk. 1 og stk. 2 samt ældrelovens §§ 16-17, som ligger helt på linje med Hjernesagens fortolkning – nemlig – at formålet med disse ikke er at tilbyde ophold til

personer, der har behov for fx kompleks sundhedsfaglig behandling i forlængelse med en sygehusindlæggelse.

Hjernesagen har i årevis over for kommuner og Ankestyrelsens tilsyn påpeget, at der ikke var lovhjemmel til at opkræve egenbetaling efter de ovenfor nævnte lovgivninger, når der var tale om et genoptræningsophold, fordi patienten fik sundhedsfaglig behandling og genoptræning på grund af komplekse følger efter fx en erhvervet hjerneskade.

Hjernesagen mener, at kommunerne i årevis har forvaltet området i strid med loven, hvilket har betydet store ekstraomkostninger for patienten og deres evt. familier. Yderligere har det betydet, at visse patienter har takket nej til genoptræning, eller har fået gæld til kommunen, fordi de ikke har haft et alternativ, eller ikke har kunne vurdere de økonomiske konsekvenser af deres tilsagn.

Hjernesagen opfordrer derfor til en undersøgelse af området, og en vurdering af, hvorvidt patienter bør have tilbagebetalt deres egenbetaling. For mange patienter udgør det forholdsvis store summer fx kan 12.000-15.000,- kr. for 3 måneders ophold på en genoptræningsplads være mange penge for en folkepensionist, som også har skulle opretholde udgifterne til en bolig.

Hjerneskadekoordination

De nye sundhedsråd skal på regionsrådets vegne have en central rolle for at sikre det fortsatte fokus på de lokale behov for nærhed og sammenhæng i opgaveløsningen på tværs af kommuner og regioner.

På Hjerneskadeområdet har anbefalingerne fra både Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen siden begyndelsen af 2010'erne været, at kommunerne har en hjerneskadekoordinationsfunktion. For mange kommuner har hjerneskadekoordinationen været knyttet til patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau og avanceret niveau.

Hjernesagen har gennem de seneste år set, at hjerneskadekoordinationsfunktionen er under pres fra kommunerne og nogle steder af den forsvundet. Hjernesagen er meget bekymret for funktionens fremtidige rolle, når opgaveflytningen til regionerne implementeres.

Hjerneskadekoordinationsfunktionen er nødvendig for at koordinere indsatser mellem de sundhedsfaglige, socialfaglige og arbejdsrettede indsatser m.fl. for mennesker med erhvervet hjerneskade i deres rehabiliteringsforløb.

Hjernesagen vil opfordre til en overvejelse om en koordinerende funktion ved genoptræning under rehabilitering på specialiseret niveau og avanceret niveau, som har en fod i både kommunerne og sundhedsrådene, men er forankret i de fremtidige sundhedsråd, og er fælles finansieret af både kommuner og regioner.

Hjernesagen kan være bekymret for kommunernes incitament til at opretholde hjerneskadekoordinationsfunktionen efter opgaveflytningen, hvis de selv skal finansiere ordningen, og de ikke længere har opgaven til rehabilitering på specialiseret niveau og dele af den avancerede genoptræning.

Hjernesagen vil opfordre til at se på en bevarelse af hjerneskadekoordinationen og udvide en lignende koordinationsordning til andre patientgrupper.

Befordring

Hjernesagen er helt på linje med Danske Handicaporganisationer, når det drejer sig om befordring. Hjernesagen har gennem mange år og i forskellige sammenhæng gentaget at befordring af mennesker med handicap burde kunne smidiggøres, forsimples og gøres mere fleksibel til glæde for patienter/borger. Befordring er i dag afhængig af den behandling eller indsats patienten/borgeren skal have, og reglerne er forskellige, om du skal til praktiserende læge, speciallæge, sygehus eller genoptræning. Det er helt urimeligt, at det er patienten/borgeren som skal holde styr på de forskellige regler, og hvem de skal kontakte. For mennesker med kognitive udfordringer give de og deres nærmeste op, og det ender tit med at de nærmeste kører. Hvis patienten/borgeren ikke har nogen i sit nærmiljø, så kommer mange ganske simpelt ikke til lægen, fysioterapeut eller på sygehus, fordi det er for svært, uoverskueligt og for ressourcekrævende.

Hjernesagen stiller sig gerne til rådighed for en uddybning af ovenstående. Henvendelse kan rettes til mkl@hjernesagen.dk eller tlf. 21 82 30 03.

Med venlig hilsen

Jens Bilberg
 Landsformand



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K
Att: sum@sum.dk

17. september 2025

Høringssvar på supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Hjernesagen takker for muligheden for at afgive høringssvar om lovændring om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, nationale sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Hjernesagen er en forening for mennesker med erhvervet hjerneskade og deres pårørende. Foreningen har bl.a. til formål at sikre bedst mulig behandling og rehabilitering til mennesker, som har fået en skade i hjernen.

Hjerneskadeområdet – hvad kommer vi fra

Hjernesagen har behov for kort at skitsere, det vi kommer fra på hjerneskadeområdet og som bl.a. har været medvirkende til Sundhedsreformen.

Siden kommunalreformen i 2007 har hjerneskadeområdet været i fokus. Målgruppen med erhvervet hjerneskade har kommunerne haft overordentlig vanskeligt ved at levere den rette behandling og rehabiliteringsindsats til, der er nødvendig for at opnå bedst muligt funktionsniveau.

Trods omfattende fokus i form af bl.a. forløbsbeskrivelser/anbefalinger fra både Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen, faglige anbefalinger, kritik fra Rigsrevisionen, indførsel af differentierede genoptræningsplaner og indførslen af ret til genoptræning inden for 7 dage, så har det vist sig at kommunerne, som helhed ikke har kunne løfte opgaven. Kommunerne har ikke formået at lave tværkommunale samarbejder for at løfte patientvolumen og dermed opnå muligheden for at skabe et bæredygtigt fagligt miljø med interdisciplinært samarbejde, specialiserede redskaber og medarbejdere med specialiserede kvalifikationer og kompetencer. Uden dette har kommunerne som helhed ikke kunne yde rehabilitering til patienter med behov for rehabilitering på specialiseret og avanceret niveau.

Flere kommuner har i årenes løb erkendt, at de ikke selv kunne løse opgaven og har derfor købt sig til ydelser hos § 79-hospitalerne (Center for Hjerneskade og Vejlefjord Rehabilitering), hos private aktører eller på kommunale § 107-tilbud efter serviceloven. Trods de private alternativer har Hjernesagen set at flere kommuner alligevel selv har forsøgt at stykke tilbud sammen med tilkøb af ydelse fra eksterne. En praksis som Styrelsen for Patientklager ofte har givet omfattende kritik ved behandling af klagesager.

En del kommuner har siden 2011 haft hjerneskadekoordination, og der hvor ordningen har fungeret, har den været uvurderlig for fagfolk, patienter og pårørende. Det er ikke en lovbestemt ordning, og derfor har Hjernesagen oplevet, at ikke alle kommuner har haft funktionen. I de senere år har vi oplevet, at funktionen har været under pres, da det ikke er en ydelse, som kommunerne skal levere.

Kritikken har ikke alene omfattet kommunerne, men også Regionerne, hvor der er betydelige forskel i antallet af genoptræningsplaner til fx rehabilitering på specialiseret niveau i forhold til befolkningsstørrelsen, ventetid på genoptræningsplaner, ventetid på regional genoptræning og manglende henvisninger til specialiseret genoptræning i sygehusregi (Hammel Neurocenter og Bodil Eskesen Centret).

Generelt om horisontale samarbejdsaftaler

I forbindelse med flytning af en række sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne den 1. januar 2027 er der lagt op til, at kommunerne skal kunne varetage hele eller dele sundhedsopgaverne på vegne af regionen. Derfor giver det god mening af understøtte muligheden for fleksible samarbejdsformer og Hjernesagen er fortalende for betydelig bedre tværsektorielt samarbejde i fremtiden.

Hjernesagen finder det overordentligt vigtigt, at det fremgår af høringen, at de horisontale samarbejdsaftaler forudsætter, at der er tale om et reelt samarbejde med fælles målsætninger, hvor begge parter deltager i organiseringen og udførelsen. Hjernesagen finder det ligeledes vigtigt, at regionen til enhver tid har myndighedsansvaret.

Monitorering

Hjernesagen støtter til fulde hensigten om at der løbende opsamles erfaringer om indgåelse af samarbejdsaftaler. Hjernesagen finder, at der ikke skal være tale om en hensigt, men at der naturligvis SKAL være en løbende monitorering og opsamling af erfaringerne for at sikre at samarbejdsaftalerne bliver effektueret i forhold til deres formål, og at patienterne får det de har behov for. Sundhedsrådene skal derfor have mulighed for fx at stille krav til udarbejdelse af faglige standarder, effektmål, dokumentation, og løbende vurdering af om den leverede ydelse passer med målsætningen.

Vi ved at bl.a. manglende systematisk viden om kvalitet, dokumentation, volumen og effekt har gjort rehabilitering i kommunerne mangelfuld og uensartet trods anbefalinger fra både Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen.

Geografisk begrænsning

Med høringen er der et ønske om at skabe fleksible samarbejder, men alligevel skabes der begrænsninger ved at præcisere, at kommunen eller kommunerne, der indgår kontrakten skal ligge i den pågældende region (side 16). Hjernesagen finder dette begrænsende, for kunne man forestille sig, at det nærmeste specialiserede tilbud for patienterne i nogle kommuner vil ligge i en kommune i anden region, eller at der i en region ikke findes kommuner, som kan levere indsatser på tilstrækkeligt specialiseret niveau, men at det kan en kommune i en anden region?

Særlig opmærksomhed, når en del af leveringen af en sundhedsydelse overdrages

Hjernesagen bakker op om tæt tværsektorielt og interdisciplinært samarbejde, men vil gerne henlede til Styrelsen for Patientklagers afgørelser på rehabiliteringsområdet, da det i praksis har vist sig overordentligt vanskeligt at levere delydelser.

Styrelsen for Patientklager har i mere end én sag fremhævet, at fx en tilkøbt indsats ikke sikrede, at der blev tilrettelagt et koordineret og helhedsorienteret forløb med særlig fokus på timing og organisering i genoptræningen. Ligeledes er det blevet fremhævet i afgørelserne, at der ikke blev arbejdet tydeligt med den terapeutiske koordinering af patienternes hjerneskadeforløb, hvilket er en afgørende kompetence inden for specialiseret rehabilitering.

Der skal derfor være en særlig opmærksomhed, hvis der laves samarbejdsaftaler om levering af delydelser.

Eksemplerne på horisontale samarbejdsaftaler

Hjernesagen har bemærkninger til eksemplerne sundheds- og omsorgspladser samt rehabilitering på specialiseret niveau.

Sundheds- og omsorgspladser

Når der ydes genoptræning til rehabilitering på specialiseret niveau eller til de mest komplekse patienter på avanceret niveau omfatter det tit et behov for en døgnplads, på det sted genoptræningen varetages. I dag kalder kommunerne den type pladser for døgn-genoptræningspladser, aflastningspladser, omsorgspladser m.v. Set fra vores synspunkt hænger sundheds- og omsorgspladserne uløseligt sammen med genoptræningen, da genoptræningen på det mest avanceret og specialiseret niveau bør foregå i et tæt interdisciplinært samarbejde mellem alle faggrupperne hele døgnet for at opfylde fælles mål for patienten.

Hjernesagen henstiller til, at ved etablering af horisontale samarbejdsaftaler er der opmærksomhed på ovenstående.

Rehabilitering på specialiseret niveau

Under ovenstående afsnit om hjerneskadeområdet fremgår det, at det i dag er ganske få kommuner, som kan leve op til kravene for rehabilitering på specialiseret niveau. Dette er bl.a. en af årsagerne til, at der politisk er indgået en aftale om at flytte rehabilitering på specialiseret niveau og dele af det avanceret niveau til regionerne, da patientvolumen i mange kommuner er for lille.

Det bekymrer derfor Hjernesagen, at der nu lægges op til at, der kan laves horisontale samarbejdsaftaler med kommunerne på netop dette område. Endvidere undrer det Hjernesagen, at man ikke nævner den avanceret genoptræning, hvor det potentielt er mere relevant, at foretage horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner. Det må formodes, at der er en større andel af kommunerne, som kan varetage genoptræning på avanceret niveau end rehabilitering på specialiseret niveau.

Hjernesagen har en fornemmelse af, at den del af patienterne med mest komplekse behov på avanceret niveau er ved at blive glemt i lovarbejdet. Hjernesagen har brug for at præcisere, at sundhedsaftalen omfattede både patienter med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau og de mest komplekse patienter med genoptræningsplan på avanceret niveau.

Hjerneskadekoordination

Et område som slet ikke nævnes nogle steder i hverken sundhedsaftalen eller diverse lovforslag er hjerneskadekoordination, hvilket er påfaldende, da hjerneskadekoordinationsfunktionen har vist sig helt

uvurderlig, der hvor den har fungeret, for både fagfolk, patienter og pårørende i rehabiliteringsforløbet, som allerede nævnt.

Hjerneskadekoordinationsfunktionen burde blive lovbestemt og er oplagt at lave horisontal samarbejdsaftale omkring.

Hjerneskadekoordinationsfunktionen bliver ikke mindre relevant i fremtiden, da Hjernesagen ser et fremtidigt behov for medarbejdere, som arbejder på tværs af regioner og kommuner for at lave glidende og gnidningsfrie rehabiliteringsforløb for patienten, hvor det ikke kun handler om genoptræning, men også om livets andre store spørgsmål, som fx bolig, arbejde, meningsfulde aktiviteter og pårørendeindsatser. Der vil ligeledes blive et øget behov for at få koordineret det interdisciplinære samarbejde mellem fagfolk for at kunne levere fælles mål i samarbejde med patient og evt. pårørende.

Erfaringerne med hjerneskadekoordinationsfunktionen er, at hvis ingen har ansvaret for eller erfaringen med koordineringen af komplekse patientforløb, så kan der være nok så mange specialiserede fagfolk, men de lykkes ikke med at lave gnidningsfrie rehabiliteringsforløb. Derfor er hjerneskadekoordinationsfunktionen et vigtigt område at finde en løsning på i de fremtidige rehabiliteringsforløb.

Private leverandører og § 79-hospitaler

Hjernesagen er bevidst om, at der ikke kan laves horisontale samarbejdsaftaler med private leverandører, men i dag er det i praksis blandt andet disse der løser flere kommuners opgave med at kunne levere rehabilitering på specialiseret niveau. Hjernesagen tænker, at det kan være relevant at undersøge muligheden for at indgå andre typer samarbejdsaftaler med disse inden den 1. januar 2027 i det mindste i en overgangsperiode.

Med hensyn til hospitaler efter sundhedsloven § 79 bør det undersøges, hvilken form for samarbejdsaftaler regionerne kan have med disse. I dag er de både finansieret af det offentlige og som private leverandører til varetagelse af rehabilitering på specialiseret niveau. De har på hjerneskadeområdet i årtier leveret hjerneskaderehabilitering på det mest specialiseret niveau. Igen finder Hjernesagen det nødvendigt at afklare, hvilken type samarbejdsaftale, der skal indgå med dem inden den 1. januar 2027, da de i dag yder specialiseret rehabilitering og avanceret genoptræning for en lang række kommuner.

Patientinddragelse og samarbejde med civilsamfundet

Hjernesagen savner patienten i høringsforslaget.

Hjernesagen vil opfordre til at der stilles krav til patient- og pårørendeinddragelse i de horisontale samarbejdsaftaler. I dag hører vi alt for ofte, at patienten og de pårørendes bemærkninger ikke bliver inddraget i tilrettelæggelsen af fx rehabiliteringen, hvilket Styrelsen for Patientklager har påpeget som et problem i en del klagesager.

Hjernesagen er enige med Danske Patienter i at lovgivningen præcisere, at en afsøgning af samarbejds muligheder med civilsamfundet bør indgå i en integreret del af arbejdet med horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner.

Hjernesagen stiller sig gerne til rådighed for en uddybning af ovenstående. Henvendelse kan rettes til mkl@hjernesagen.dk eller tlf. 21 82 30 03.

Med venlig hilsen

Jens Bilberg
Landsformand

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Vognmagergade 7, 3.
1120 København K
+45 70 25 00 00
mfjordside@hjerteforeningen.dk
hjerteforeningen.dk

Hjerteforeningens høringssvar: Høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Hjerteforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Med sundhedsreformen bliver mange brikker rykket på samme tid – og det er en svær, men vigtig opgave at bevare overblikket over alle delelementerne. For os er det helt afgørende, at man i alle de mange beslutninger, der bliver truffet nu, fastholder grundtanken bag reformen; den skal løfte kvaliteten, sikre tilbud til alle dele af landet, sikre bedre rammer for de mange mennesker, der lever livet med en kronisk sygdom og skabe større sammenhæng. Samtidig med skal vi have et blik for, at de løsninger, som vi finder frem til, reelt aflaster et sundhedsvæsen, der er under et voldsomt pres. For at vi sikrer os, at reformen når i mål på alle de parametre, så skal vi også udarbejde de rigtige indikatorer og kvalitetsdata, så vi rent faktisk kan måle på om ambitionerne bliver indfriet.

Hjerteområdet er på mange måder et billede på vores sundhedsvæsen i Danmark i dag. Tidligere var en hjerte-kar-sygdom en dødsdom for mange, men i de seneste årtier er der sket så store fremskridt i behandlingen og den akutte indsats, at antallet af danskere, der dør af hjerte-kar-sygdom nu, er halveret. Det er en stor sejr for det danske sundhedsvæsen og for os som samfund, og det skal vi stå værn om. Men den næste store opgave er at sikre:

- at alle, der overlever mødet med en hjerte-kar-sygdom (eller får andre kroniske sygdomme) også lever gode liv med deres sygdom
- at vi forebygger, at flere får hjerte-kar-sygdomme (og andre livsstilssygdomme)

Det kræver en markant bedre og anderledes indsats end i dag. Og det er det primære afsæt for vores kommentarer til høringsmaterialet.

Et løft af (hjerter)rehabiliteringen?

I HjerteForeningen mener vi, at en forudsætning for at sundhedsreformen bliver en succes er, at vi indfrier den politiske ambition om at styrke (hjerter)rehabiliteringen. For når mennesker med hjerte-kar-sygdom – og andre kroniske sygdomme – evner at mestre deres sygdom, håndtere mentale udfordringer, træne og omlægge deres livsstil, så gør det dem i stand til at leve gode aktive liv med deres sygdom. Og det er samtidig her, vi ser potentialet for at aflaste sundhedsvæsenet med unødvendige akutte indlæggelser. Men det kræver en investering og en prioritering af (hjerter)rehabiliteringen. Når vi læser høringsmaterialet, har vi særligt tre opmærksomhedspunkter ift. (hjerter)rehabiliteringen.

1. Vi er bekymrede for, om der er afsat tilstrækkelig med økonomi til at gennemføre det løft af (hjerter)rehabiliteringen, som det er blevet tilkendegivet et ønske om politisk, og som vi deler ambitionen om.
2. Vi er glade for, at det bliver tilkendegivet, at man skal genåbne kvalitetsstandarden for §119 den patientrettede forebyggelse. Vi tror, at det med flyttet af opgaven til sundhedsrådene er væsentligt at få løftet niveauet i kvalitetsstandarden. Fx mener vi, at det er vigtigt at opgaven med brobygning til civilsamfundet bliver udfoldet, og at der kommer mere fokus på de mentale udfordringer, som vi ved, at alt for mange mennesker med hjerte-kar-sygdom har.
3. Vi har svært ved at se, hvor opgaven med hjerterehabilitering i praksis kommer til at blive varetaget fremadrettet, og vi frygter, at ændringerne i stedet for at føre til et løft af hjerterehabiliteringen reelt vil betyde nye sammenhængsproblematikker. Vores bekymring bunder i, at hjerterehabilitering i dag i praksis leveres under både §119 og §140. I nogle regioner har man lavet en aftale om, at al hjerterehabilitering i kommunerne igangsættes efter §119. I andre regioner har man lavet en aftale om, at al hjerterehabilitering i kommunerne igangsættes efter §140. Med fremtidens bodeling af opgaverne mellem region og kommune bliver der ikke taget højde for denne problematik, og det mener vi, at der er behov for en afklaring af.

Øvrige kommentarer

- Vi er bekymrede for, hvordan snittet mellem den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse kommer til at foregå i praksis ift. fx rygestop.
- Vi synes, at det er positivt, at man vil give sundhedsrådene mulighed for at give økonomisk støtte til forebyggelses tiltag i kommunerne, men det kræver en tæt monitorering af, hvordan sundhedsrådene konkret kommer til at udmønte midlerne, og hvilke resultater det fører med sig.
- Den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne bliver et afgørende redskab til at sikre den omstilling vi ønsker af sundhedsvæsenet. For at sikre en ensartet kvalitet mener vi, at det er afgørende, at de nationale sundhedsplaner forholder sig til de nye opgavesnit og fx laver en national afklaring af, hvordan arbejdsdelingen ift. hjerterehabilitering kommer til at være fremadrettet.
- Det er positivt at kvalitetsstandarderne for det nære sundhedsvæsen fortsætter.
- Vi synes, at det er positivt, at der indføres patient- og pårørendeudvalg ifm. sundhedsrådene.

- Det er vigtigt at have fokus på palliationsindsatsen på de nye regionale sundheds- og omsorgspladser – fordi vi ved, at mange af de borgere, der kommer her, har brug for palliative indsatser.

Vi uddyber meget gerne vores perspektiver i høringen.

Med venlig hilsen,



Anne Kaltoft
Administrerende direktør

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Vognmagergade 7, 3.
1120 København K
+45 70 25 00 00
post@hjerteforeningen.dk
hjerteforeningen.dk

Hjerteforeningens høringssvar vedr. supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Hjerteforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Sundhedsrådene kommer til at få en stor opgave med at realisere sundhedsreformens ambition om at løfte kvaliteten i de nære sundhedstilbud og sikre ensartede tilbud i hele landet. For at sundhedsrådene kan lykkes med den opgave, mener vi i Hjerteforeningen, at de horisontale samarbejdsaftaler er et vigtigt værktøj – for de vil kunne gøre det muligt for sundhedsrådene at finde de lokale løsninger, som understøtter den bedst mulige kvalitet i opgaveløsningen. Men forudsætningen for, at det lykkes er:

1. Velfungerende sundhedsråd.
2. At kvaliteten og ensartetheden i de nære sundhedstilbud sikres gennem andre kvalitetsstyringsværktøjer. Et af de styringsværktøjer er fx kvalitetsstandarden ift. den patientrettede forebyggelse (§119). Her mener vi i Hjerteforeningen, at der er behov for at genåbne den og bl.a. tilføje mere om behovet for brobygning til civilsamfund og mestring af mental sundhed.
3. En tæt monitorering så vi sikrer os, at opgaven rent faktisk bliver løftet. Her kan vi godt være bekymrede for, hvornår data ift. fx den patientrettede forebyggelse vil være af tilstrækkelig høj kvalitet til, at det er muligt.

Vi uddyber meget gerne vores perspektiver i høringen.

Med venlig hilsen



Anne Kaltoft
Administrerende direktør

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), Sarah Storm Egeskov (SSE@SUM.DK), Sofie Aas Dalsgaard (sad@sum.dk)
Cc: Helle Basse (Helle.Basse@hk.dk), Lars Brandstrup Nielsen (lars.brandstrup.nielsen@hk.dk), Mogens Jepsen (mogens.jepsen@hk.dk)
Fra: Lina Gisselbæk Lauritsen (Lina.Lauritsen@hk.dk)
Titel: Høringssvar til supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning mv.
Sendt: 11-09-2025 14:44
Bilag: Signature-20250911124553.txt;

Ved brev af 5. september 2025 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendt ovenstående høring.

Her fremsendes bemærkninger fra HK Kommunal

HK Kommunal har bemærkninger til den del af lovforslaget, der vedrører vilkår for overførsel af ansatte som led i indgåelse af eller ophør af horisontale samarbejdsaftaler.

Vi hæfter os ved, at der med en generel hjemmel til at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner på området for sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen bliver tale om, at overførsel af medarbejdere tidsmæssigt har et længere sigte, end hvad der indgår i overgangsperioden, hvor ansvaret for en række opgaver den 1. januar 2027 flyttes fra kommuner til regioner.

Som konsekvens heraf indføres der i forslag til ny § 205, stk. 3 en hjemmel til, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan fastsætte regler om, at *"hele eller dele af kapitlerne 10-13 i lov nr. 699 af 20. juni 2025 om overgangen til en ny sundhedsstruktur (Overgangsloven) finder anvendelse på overførsler af opgaver herunder med de fornødne tilpasninger."*

Det fremgår supplerende af lovbemærkningerne hertil s. 13, 3. afsnit, at der i anvendelsen af hjemlen kan *"hentes inspiration"* i de bestemmelser, der indgår om samme emne i Overgangslovens kapitel 10-13, herunder *"med de fornødne tilpasninger"*.

HK Kommunal finder det afgørende, at ansattes rettigheder ved overførsel af opgaver mellem kommuner og regioner som led i Sundhedsreformen sker på et identisk lovgrundlag.

Vi foreslår derfor konkret, at det præciseres i lovbemærkningerne, at det af hensyn til ligebehandlingsprincippet er væsentligt, at vilkårene for overførsel af ansatte fastsættes med tilsvarende rettigheder, som følger af kapitel 10-13 i overgangsloven, og at fravigelse alene kan ske, såfremt der er tvingende årsager til tilpasninger fx i relation til fremgangsmåden for overførslen og deling af aktiver, passiver mv. .

Venlig hilsen



Lina Gisselbæk Lauritsen
Juridisk konsulent og advokatfuldmægtig

Telefon +45 7011 4545
Direkte +45 3330 4332
Mobil +45 41166024
Lina.Lauritsen@hk.dk

HK Kommunal
HK Kommunal
Weidekampsgade 8
2300 København S
<http://www.hk.dk/kommunal>



Anmeld os på  Trustpilot

[HK's privatlivspolitik](#)



Drik
#kollegakaffe
på ok26.hk.dk

Den 19-09-2025

Til Indenrigs- og sundhedsministeriet

Sundhedsstruktur

sum@sum.dk med kopi til sad@sum.dk og sse@sum.dk samt: jov@im.dk og flf@sum.dk

Emne: ” **Supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv. ”**

Foreningen af høreapparatbehandlende øre-, næse- og halslæger i speciallægepraksis (HØPA) er den 5. september 2025 blevet gjort opmærksom på høringsprocessen for ovenstående.

Vi takker Indenrigs- og sundhedsministeriet for muligheden for at afgive høringssvar, som bemærkninger:

HØPA har følgende bemærkninger.

HØPA finder det dybt problematisk at horisontale samarbejdsaftaler i udbudsloven er en undtagelse til udbudspligten, som skal sikre overholdelse af EU-retten, lighedsgrundsætningen i grundloven, retssikkerhed for virksomheder og forbud mod vilkårlighed i offentlig forvaltning.

HØPA påpeger vigtigheden af fortsat udbud af offentlige høreapparater og fritvalgsordningen for privat høreapparatudlevering.

Dette omhandler område om **in-house og horisontalt samarbejde** (ofte kaldt “Teckal-undtagelsen” og “Hamburg-doktrinen”) i EU-udbudsretten.

Dilemma:

- Når en region eller kommune indgår en **gensidigt bebyrdende kontrakt** om en ydelse (fx høreapparatudlevering), er der som udgangspunkt udbudspligt efter udbudsloven.
- Men der er **undtagelser**, hvis kontrakten indgås internt i det offentlige, uden at private virksomheder dermed får konkurrencefordel.

Horisontale samarbejdsaftaler (mellem offentlige myndigheder)

Efter udbudsloven § 15 og EU-domstolens praksis kan samarbejdsaftaler mellem offentlige myndigheder falde uden for udbud, hvis følgende kriterier er opfyldt:

1. **Samarbejdet sker udelukkende mellem offentlige ordregivere** (regioner og/eller kommuner).
2. **Samarbejdet har til formål at sikre, at offentlige opgaver, som de skal udføre, bliver varetaget** – dvs. opgaver, der er pålagt ved lov (fx sundhedsydelse, høreapparatbehandling).
3. **Samarbejdet reguleres alene af hensyn til det offentliges interesser** – dvs. der må ikke være private aktører, som får en fordel.
4. **Mindre end 20 % af aktiviteterne** i samarbejdet må være rettet mod markedet (jf. udbudsloven § 15, stk. 2).

Dette kaldes ofte *Hamburg-samarbejdet* (C-480/06, Hamburg-sagen).

Anvendt på høreapparatudlevering

- Hvis regioner og kommuner laver en **fælles organisering** af høreapparatudlevering (fx region driver en klinik, som også betjener kommunens borgere, eller man koordinerer via fælles drift), kan det i princippet falde ind under denne undtagelse.
- Forudsætningen er, at aftalen handler om at løse en **lovpålagt offentlig opgave** (behandling/udlevering af høreapparater er en sundhedsopgave for regionerne) og at der ikke samtidig åbnes for privat deltagelse i driften.

Kan det forhindre udbud?

Ja, **hvis betingelserne er opfyldt**:

- Så længe samarbejdet er “rent internt” mellem regioner og kommuner, og ingen private leverandører blandes ind, kan det holdes uden for udbud.
- Dermed kan en horisontal samarbejdsaftale teoretisk bruges til at organisere høreapparatudlevering uden at udbyde til private klinikker.

Politisk beslutning:

- Den nuværende danske ordning bygger på et *fritvalgsprincip* for borgeren, hvor private klinikker kan benyttes med offentligt tilskud. Det er en politisk vedtaget model.
- Hvis regioner og kommuner ville bruge horisontalt samarbejde til at **udelukke private** og kun levere høreapparater gennem offentlige klinikker, skulle det ændres politisk og retligt, da fritvalgsordningen bygger på lov.

Konklusion

- **Ja**: Horisontale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner kan efter udbudsloven være en undtagelse fra udbudspligt (Hamburg-samarbejdet).
- **Men**: I praksis vil det ikke automatisk kunne bruges til at “slippe for udbud” af høreapparatudlevering, fordi den danske model er bundet op på frit valg og private tilskud. Skal samarbejdsaftalen erstatte fritvalgsmodellen, kræver det en **ændring af lovgivningen**, ikke bare et administrativt valg.

HØPA ønsker at påpege vigtigheden med ikke at ændre lovgivningen på dette område.

På vegne af HØPA

Bjarne J. Hansen, speciallæge i øre-næse-halssygdomme, Formand for HØPA

København, 30. juni 2025

Høringssvar vedrørende:

Høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Kirkens Korshær takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi er hver dag i kontakt med mennesker i udsathed, som kæmper med alvorlige fysiske og psykiske sundhedsudfordringer. Desværre oplever vi alt for ofte, at de ikke får den hjælp i sundhedsvæsenet, de har brug for. Fordi de ikke er i stand til at følge en ambulant behandling. Fordi de ikke er i stand til selv at opsøge hjælp. Eller fordi de ikke passer ind i sundhedssystemets kasser – fx på grund af samtidigt stofbrug eller hjemløshed.

Konsekvensen af dette er, at mennesker i udsathed lever markant kortere end andre, og at de har markant dårligere livskvalitet. Det er uacceptabelt.

Hvis vi skal sikre større lighed i sundhed, kræver det, at der sættes ind på en lang række fronter. Sundhedsvæsenet skal både blive bedre til at opsøge udsatte, rumme dem og give dem den rette hjælp på deres præmisser. Det kræver bl.a. ændrede arbejdsgange og specialiserede kompetencer hos personalet.

Vi anerkender, at nærværende lovforslag såvel som en række andre af de aftaler, der er indgået af Folketingets partier på sundhedsområdet, indeholder vigtige skridt mod at sikre bedre behandling af udsatte. Vi har dog et par opmærksomhedspunkter til nærværende lovforslag, som er afgørende for at sikre, at det faktisk kommer til at ske i praksis.

Afskær ikke udsatte fra sundheds- og omsorgspladser

De foreslåede sundheds- og omsorgspladser har i vores øjne potentialet til at sikre flere udsatte den sundhedsfaglige behandling, de ikke får i dag. Det gælder ikke mindst mennesker i hjemløshed.

Vi kan dog være i tvivl, om det også vil ske i praksis, da mennesker med primært behov for socialfaglige indsatser ifølge lovforslaget ikke er en del af målgruppen – heller ikke selvom indsatser til dem sjældent kan tilrettelægges hensigtsmæssigt i deres eget hjem.

Pladserne vil naturligt have et sundhedsfagligt sigte. For mennesker i udsathed kan det dog ofte være vanskeligt at adskille sundhedsmæssige udfordringer fra sociale. De spiller ofte sammen og forværrer hinanden, ligesom behandlingen af dem skal spille tæt sammen for at have den ønskede effekt.

Derfor bekymrer det os, at målgruppebeskrivelsen udelukker mennesker, som vurderes til primært at have behov for socialfaglige indsatser – uanset at de samtidig kan have sundhedsmæssige udfordringer, der med fordel kunne håndteres på en sundheds- og omsorgsplads. I praksis risikerer det at betyde mindre hjælp til dem, der har mest brug for den.

Kirkens Korshær er 450 ansatte og 9000 frivillige, som blandt andet driver varmestuer, herberger og genbrugsbutikker med glæde. Vores arbejde er baseret på det kristne menneskesyn og støttes af stat og kommuner, men finansieres grundlæggende af private midler, doneret af mennesker, som tror på den store værdi af de små, gode øjeblikke.

Ligeledes er det problematisk, at udsatte kan blive afskåret fra sundheds- og omsorgspladser, hvis deres sundhedsfaglige behov vurderes ikke at have tilstrækkelig høj kompleksitet. Hvad der for andre borgere ikke nødvendigvis fordrer adgang til lægefaglige kompetencer, kan for mennesker med komplekse udfordringer sagtens gøre det.

Husk sammenhængende indsatser

Ifølge lovforslaget forpligtes regionerne ikke til at levere sundhedsindsatser til borgere på sundheds- og omsorgspladserne udover dem, som direkte relaterer til formålet med opholdet. Det er imidlertid afgørende for udsatte, at der sikres størst mulig sammenhæng i indsatserne til dem, så fx alkohol- og stofbehandling kan køre sideløbende med opholdet.

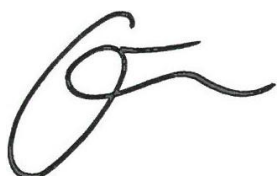
På tværs af ovenstående er det afgørende med en tydelig fordeling af ansvar mellem kommuner og regioner. Udsatte borgere må ikke falde imellem forskellige stole eller udsættes for usammenhængende behandling. Indsatserne til dem skal samtænkes og koordineres på tværs af områder og sektorer.

Endelig er et centralt problem for de mest udsatte, at de ofte slet ikke er i kontakt med sundhedsvæsenet. Det risikerer at spænde ben for deres muligheder for at benytte sig af sundhedssystemets tilbud til dem, inkl. de foreslåede sundheds- og omsorgspladser.

For at adressere det problem opfordrer vi til, at der tænkes mere i opsøgende indsatser og fremskudte indsatser.

Med værdighedsreformen oprettes Gadens Huse og mobile udsatte-enheder, som skal samle tilbud på tværs af civilsamfund, kommuner og regioner under samme tag, så de bliver lettilgængelige for de mest udsatte. Vi anbefaler, at det benyttes som afsæt for at rykke sundhedsvæsenet tættere på udsatte borgere. Det gælder også for de udkørende og opsøgende indsatser, som ligger i psykiatraftalen, og som med fordel også kan tænkes ind i Gadens Huse.

Med venlig hilsen



Jeanette Bauer

Chef for Kirkens Korshær



**KIRKENS
KORSHÆR**

Nikolaj Plads
1067 København K
Tlf. 33121600
j.bauer@kirkenskorshaer.dk

www.kirkenskorshaer.dk

Kirkens Korshær er 450 ansatte og 9000 frivillige, som blandt andet driver varmestuer, herberger og genbrugsbutikker med glæde. Vores arbejde er baseret på det kristne menneskesyn og støttes af stat og kommuner, men finansieres grundlæggende af private midler, doneret af mennesker, som tror på den store værdi af de små, gode øjeblikke.

Høringssvar vedr. lovforslag om opgaveflyt

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslaget til lov om opgaveflytning fra kommuner til regioner m.v., som er sendt i høring med frist den 2. juli 2025. KL har med interesse læst lovforslaget og har både en række generelle bemærkninger og mere konkrete kommentarer til lovtæksten, som fremgår nedenfor.

Indledningsvist ønsker KL at fremhæve en række særlige pointer. Pointerne er uddybet i høringssvaret:

- Forårsaftalen mellem regeringen, KL og Danske regioner er en central del af det samlede grundlag for det videre arbejde med sundhedsreformen. Aftalen skal derfor afspejles tydeligt i lovtæksten og bemærkningerne for at sikre retning, sammenhæng og forudsigelighed i implementeringen.
- Et bærende princip i reformen er, at regionerne får et større ansvar for behandlingen før og efter indlæggelse (inspireret af kommissionens tanker om kædeansvar/end-to-end ansvar). Det bør reflekteres i lovgivningen, således at alle opgaver forankres hos den myndighed, der bærer myndigheds- og finansieringsansvaret, herunder fx befordring.
- Det er en central del af sundhedsreformen, at kommuner og regioner kan samarbejde om tilbud, herunder særligt, at kommunerne kan varetage driften af tilbud på vegne af regionerne. For at understøtte en mulig fortsat kommunal drift er det afgørende at der sikres fleksible rammer herfor, der kan afspejle lokale behov.
- Kommuner og regioner har også fremover et fælles ansvar for at sikre sammenhængende patientforløb. Dette fælles ansvar bør rummes i modellerne for afregnings- og færdigbehandlingstakster med henblik på et fælles (balanceret) økonomisk incitament til samarbejde.
- Bortfald af øvrige regionale opgaver vil have betydning for indsatser, der sikrer sammenhængende infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling, klimatilpasning og hjemtag af EU-midler.

Generelle bemærkninger

Med sundhedsreformen er det et politisk mål at styrke udviklingen af det nære sundhedsvæsen for at skabe et mere balanceret sundhedsvæsen og reducere ulighed i sundhed på tværs af landet. Hensigten er ligeledes at skabe mere sammenhæng i borgernes forløb. Lovforslaget fastsætter bl.a. rammerne for opgaveflytning af sundhedsopgaver fra kommuner til regioner, national sundhedsplan, etablering af sundheds- og omsorgspladser samt om bortfald af en række regionale udviklingsopgaver i overensstemmelse med den politiske aftale om en sundhedsreform.

Lovforslaget fastlægger og afgrænser de konkrete opgavesnit i forbindelse med overførslen af opgaver fra kommuner til regioner. Nærhed for borgerne og en mere ensartet kvalitet i hele landet er centrale pejlemærker i

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 15

sundhedsreformen og bør afspejles i de konkrete opgaveflytninger. Det er afgørende for en god start på implementeringen af sundhedsreformen, at lovgivningen giver tydelige og anvendelige rammer for arbejdet med reformen, opgaveflytningen og de nye samarbejdsformer mellem kommuner og regioner.

Klare og meningsfulde opgavesnit er en forudsætning for et velfungerende samarbejde, en smidig overgang og tryghed for både borgere og medarbejdere, som bliver berørt af reformen. Det er samtidig en forudsætning for at sikre borgernes fortsatte adgang til de sundhedstilbud, der overgår til regionerne.

Opgavesnit og sammenhæng til Forårsaftalen

Forårsaftalen mellem Regeringen, KL og Danske Regioner fra den 25. maj 2025 indeholder væsentlige beskrivelser af snitflader, målgrupper og ansvarsfordeling i forbindelse med opgaveflytningen – herunder for sundheds- og omsorgspladser, jf. aftalens bilag 5. Aftalen er resultat af et fælles arbejde med at tilpasse og afklare centrale elementer, som parterne lokalt kan arbejde frem mod i reformens implementering. Samtidig er det vigtigt at understrege, at der fortsat er udestående vedrørende sundhedsreformen, der skal afklares fremadrettet.

Det gælder særligt i forhold til kommende kvalitetsstandarder, der skal fastlægge snittet mellem myndigheder, som på en række områder for nuværende er uklart, fx i forhold til hvilken myndighed, der i hvilke situationer bærer ansvaret for sygepleje i borgers hjem.

Det gælder også afregningstakster og incitamentsstrukturen ift. sundheds- og omsorgspladser, jf. neden for. Og for samspil mellem alment medicinske tilbud og kommunalt plejepersonale.

Forårsaftalen udgør dermed en central del af det samlede grundlag for opgaveflytningen. Aftalen bør derfor afspejles tydeligt i lovteksten og bemærkningerne for at sikre retning, sammenhæng og forudsigelighed i implementeringen. Det bemærkes i den forbindelse, at lovforslaget i flere stræk adskiller sig fra forårsaftalen. Det er u hensigtsmæssigt, da det kan give grobund for fortolkninger, der adskiller sig fra de rammer, der er aftalt mellem de centrale og decentrale parter. Dette vedrører i særlig grad etablering af sundheds- og omsorgspladserne samt investeringsmotoren jf. nedenfor.

Regionernes finansiering af kommunale indsatser

KL bemærker, at det er u hensigtsmæssigt, at midler, der er afsat til udbygning af kommunale indsatser i sundhedsrådene, samtidig kan anvendes til finansiering af regionale indsatser jf. lovforslagets § 118 c, stk. 4. Selvom det forudsætter opbakning fra alle kommuner, vil tilstedeværelsen af muligheden for at midlerne anvendes til at styrke den regionale kapacitet vanskeliggøre samarbejdet lokalt i sundhedsrådene om at udbygge kommunale sundhedsindsatser. Det strider samtidig mod sundhedsreformens klare ambition om at omstille til et nært sundhedsvæsen og styrke den nære sundhed. Midlerne er desuden, i fald de prioriteres til regionerne, ikke klart afgrænset til nære regionale sundhedsindsatser.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 15

Derfor er det særligt uhensigtsmæssigt, at § 118 c, stk. 4 indeholder kantede parenteser omkring betegnelsen [nær sundhed] i beskrivelsen af det statslige tilskud til kommunale sundhedsindsatser og samarbejdet mellem kommuner og regioner via sundhedsrådene.

Afregningstakst ved afslutning af forløb på sundheds- og omsorgspladser

KL bemærker, at regionerne med opgaveflyt af den kommunale akutfunktion og hovedparten af kommunernes midlertidige pladser har et samlet finansierings- og myndighedsansvaret for sundhedsfaglige indsatser uden for borgerens hjem – dog fraregnet kommunale sygeplejeklinikker. KL mener, at dette skal afspejles i en ny afregnings- eller færdigbehandlingstakst, som regeringen forventer at fremsætte lovforslag om i en senere lovpakke.

KL er opmærksom på, at kommuner og regioner også fremover har et fælles ansvar for at sikre sammenhængende patientforløb. I en ny struktur mener KL dog ikke, at kommunerne fortsat skal betale en ensidig afregnings- eller færdigbehandlingstakst. KL ser derfor frem til at drøfte modeller, hvor såvel kommuner som regioner får et fælles (balanceret) økonomisk incitament til at arbejde for hensigtsmæssige overgange mellem sektorer.

Økonomiske konsekvenser ved udstedelse af kvalitetsstandarder

KL skal for god ordens skyld understrege, at kommunerne skal kompenseres for de omkostninger kommuner påføres i situationer, hvor nationale kvalitetsstandarder stiller krav til den kommunale opgavevaretagelse. Det kan i afsnit 7.1.2. læses som, at der alene ”kan være økonomiske og administrative konsekvenser for regioner og kommuner forbundet med at udmønte kvalitetsstandarder”.

Befordring og samling af større ansvar hos regionerne

KL noterer sig, at der i regi af økonomiaftalen for 2026 skal gennemføres et eftersyn af reglerne om befordring og befordringsgodtgørelse, som også skal rumme befordring til og fra de regionale sundheds- og omsorgspladser. KL skal i den forbindelse understrege, at økonomien i opgaveflyttet er inklusive alle udgifter og herunder også transport til og fra de aktiviteter, der flyttes til regionerne. KL mener derfor ikke kommunerne efter 2027 kan have finansierings- og myndighedsansvar for befordring til/fra regionale sundheds- og omsorgspladser, specialiseret rehabilitering, mv.

KL skal i den forbindelse i øvrigt understrege, at hensynet til et entydigt kædeansvar, som er et bærende princip i reformen – og i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger forud for – taler for, at det samlede ansvar, hér konkret i forhold til befordring for borgere med ophold på regionale sundheds- og omsorgspladser forankres hos den myndighed, der bærer myndigheds- og finansieringsansvaret.

Sammenhæng til anden lovgivning

Ifølge lovforslaget skal aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der ”udelukkende eller overvejende er knyttet til en sundhedsopgave, der overføres, som udgangspunkt overføres til den myndighed, der overtager opgaven”. Denne beskrivelse er i modstrid med lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur L213 (Overgangsloven), hvor det fremgår, at det er aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, der ”helt overvejende eller

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 15

udelukkende” er knyttet til den sundhedsopgave, der overføres, som udgangspunkt overføres til den myndighed, der modtager opgaven. Teksten i lovforslaget bør derfor konsekvensrettes. Dette henset til, at det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem de forskellige lovforslag til sundhedsreformen, så der ligger en tydelig og klar hjemmel til baggrund for det kommende implementeringssamarbejde mellem regioner og kommuner.

Rammer for kommunernes evt. drift af regionale opgaver

Det er en central del af sundhedsreformen, at kommuner og regioner kan samarbejde om tilbud, herunder særligt, at kommunerne kan varetage driften af tilbud på vegne af regionerne. KL har forståelse for, at der på nuværende tidspunkt fortsat er udeståender, der skal afklares – blandt andet i forhold til kommunernes mulighed for at drive tilbuddene på egne vegne eller vegne af flere kommuner set i relation til udbudslovgivningen.

Det bør fremgå tydeligt af lovforslaget, at Indenrigs- og Sundhedsministerens beføjelser til i overgangsperioden 2027-2028 at fastsætte regler og vilkår for, at en kommune kan varetage driftsopgaver på regionens vegne, kan udøves efter indstilling fra regionen og på baggrund af oplysninger fra den eller de pågældende kommuner. Det skal i den forbindelse understreges, at det bør være en forudsætning, at kommunen selv vurderer sig i stand til at påtage sig opgaven. Dette princip er allerede anerkendt i lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur L213 (Overgangsloven) og bør videreføres i nærværende lovforslag. I den nuværende formulering lægges der vægt på, at det er ministeren, der fastsætter vilkårene for, at en kommune kan varetage driften på en regions vegne, uden tilsvarende tydelighed om, at dette forudsætter opbakning og tilkendegivelse fra både region og kommune.

Bemærkninger til opgaveflyt

Almen kommunal sygepleje

KL skal foreslå, at termen *”almen kommunal sygepleje”* erstattes af *”kommunal sygepleje”*. Dette henset til, at *”almen”* er misvisende i forhold til den opgave, den kommunale sygepleje løfter også efter 2027. I såvel kommuner som i regioner vil der også fremadrettet være både almene og specialiserede sygeplejeopgaver.

KL noterer sig, at lovforslaget tydeligt understreger den regionale akutfunktions ansvar for at rådgive og understøtte den kommunale sygepleje. Det er helt afgørende, at der også efter 2027 er et tæt og forpligtende samarbejde mellem akutfunktion og sygepleje/hjemmepleje for at sikre borgerne en faglig kompetent sygeplejefaglig indsats.

KL noterer sig også, at kommunerne med overdragelsen af akutsygeplejen til regionerne fra 2027 ikke skal understøtte samarbejdspartnere i almen praksis, lægevagt/1813 m.v. i forhold til patienter med akutte behov (dvs. inden for få timer, jf. kvalitetsstandarden for kommunale akutfunktioner) henset til, at ansvaret for den akut syge patient forankres i regionerne.

KL ser frem til arbejdet med en national kvalitetsstandard for den kommunale sygepleje, herunder til at sikre klare snit mellem f.eks. kommunal sygepleje og regional hjemmebehandling.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 15

KL anerkender, at formålet med sygepleje i helhedsplejen er at "*sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og den kommunale sygepleje*." Det er en vigtig målsætning, men det bør også eksplicit anerkendes, at der allerede i dag i praksis er en tæt koordinering og høj grad af sammenhæng mellem pleje- og sygeplejeindsatserne i kommunerne. Dette henset til, at det i mange tilfælde er de samme medarbejdere, der udfører både plejeopgaver og dele af sygeplejen gennem opgaveoverdragelse og dermed allerede understøtter kontinuitet og helhed i borgerens forløb og i øvrigt bidrager til både faglig bæredygtighed og ressourceeffektivitet.

Den videre udvikling af helhedsplejen og modellen for integration af kommunale sygeplejeydelser i ældreloven skal derfor bygge videre på de eksisterende praksisser og styrke det tætte samarbejde – ikke mindst for at sikre, at organisatoriske ændringer ikke utilsigtet svækker det velfungerende tværfaglige samarbejde, der allerede findes.

KL skal endelig pege på, at det af lovforslaget er uklart, hvem der kan visitere til indsatser i den regionale akutfunktion. Vil en alment praktiserende læge/alment medicinsk tilbud eller en vagtlæge fx kunne visitere til indsatser fra den regionale akutfunktion? KL lægger i øvrigt til grund, at regionale ansatte ikke kan visitere til den kommunale sygepleje.

Regionale sundheds- og omsorgspladser

KL bemærker, at regeringens, KL's og Danske Regioners politiske aftale (forårsaftalen) fra maj 2025 om implementering af sundhedsreformen bør være afsæt for lovforslagets juridiske ramme for opgaveflyt m.v. KL foreslår derfor også, at lovforslaget konsekvensrettes, så det matcher den politiske aftaletekst, jf. oven for.

Det fremgår fx af lovforslagets almindelige bemærkninger, at "*ansvaret for ophold og indsats for en større gruppe borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats (...) flytter til regionerne*". I den politiske aftale fremgår, at regionerne overtager ansvaret for "*hovedparten*" af målgruppen. Det bør konsekvensrettes i lovforslaget.

Det fremgår videre, at de regionale pladser skal "*give regionerne mulighed for at skabe større sammenhæng til sygehusindsatserne*". Dette hensyn er ikke nævnt i den politiske aftale. Det er bekymrende, at netop dette hensyn betones i lovforslaget uagtet, at overgang til eget hjem bør være helt centralt for pladserne, jf. kommunernes hidtidige brug af de midlertidige pladser. KL mener, at der er behov for at sikre en tydelig beskrivelse af formål og målgruppe. Man kan i forlængelse heraf frygte, at pladserne på sigt kan udvikle sig til forlagt sygehusbehandling tæt knyttet til regional drift fremfor at fungere som borgerens overgang til det nære sundhedsvæsen og eget hjem.

Det fremgår herudover af den politiske aftale, at regionen skal varsle kommunerne, når borgere afsluttes fra en regional plads (hverdag 48 timer før og fredag 72 timer før). Det er ikke nævnt i lovforslaget uagtet, at det er afgørende for kommunernes mulighed for at gøre hjemmet egnet til ophold, at de varsles rettidigt af regionen. De 48/72 timer skal derfor nævnes eksplicit i lovforslaget som aftalt politisk i forårsaftalen.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 15

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 6 af 15

Det fremgår desuden af lovforslagets særlige bemærkninger, at forløb på en regional sundheds- og omsorgsplads forventes *"overvejende at være kendetegnet ved at være subakutte eller akutte og komplekse"*. I bilag 5 til den politiske aftale fremgår, at forløb kan omfatte akut opstået sygdom, forværring af kendt sygdom eller helbredstilstande med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov. Det fremgår herudover, at borgere med behov for basal palliation eller almen genoptræning kan have behov for regionalt ophold – altså en langt bredere gruppe end den markerede tekst i lovforslaget lægger op til.

Det fremgår endelig af den politiske aftale, at organisatorisk bæredygtighed er et væsentligt hensyn for ophold på en regional plads. Det bør også nævnes i lovforslaget som et bærende princip bag regionernes visitation til ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

KL bemærker også, at det i lovudkastet pointeres, at borgerens sundhedsfaglige behov fordrer adgang til lægelige kompetencer. KL skal i den forbindelse påpege, at ophold også kan tilskrives andre årsager end behov for tæt adgang til lægelige kompetencer alene, fx organisatorisk bæredygtighed og ophold, mens hjemmet gøres klar, jf. aftale om 48/72 timers varslings og jf. oven for i øvrigt. I fald tæt adgang til specialiserede lægefaglige kompetencer bliver det bærende princip for visitation til regionale pladser vil det i praksis betyde, at den nuværende målgruppe for kommunalt ophold bliver betydeligt smallere, når ansvaret overgår til regionerne. Det kan i praksis tvinge kommunerne til på ny at opbygge kapacitet, og kan også have konsekvenser for borgerne.

KL bemærker herudover, at det fremgår af lovforslaget, at ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads er vederlagsfrit. KL undrer sig i den forbindelse over, at borgeren samtidig kan pålægges udgifter til medicin og evt. også befordring under regionalt ophold. Det fremstår inkonsekvent, at selve opholdet er uden egenbetaling, mens der ikke tilsvarende er taget højde for øvrige sundhedsrelaterede udgifter, som borgeren måtte have under opholdet. KL opfordrer til, at dette præciseres nærmere i bemærkningerne til lovforslaget.

KL noterer sig videre, at det vil være et regionalt ansvar at levere almen genoptræning til borgere under ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads, og at regionen har myndigheds- og finansieringsansvaret for dette.

Regionen skal i forbindelse med afsluttet ophold på en regional plads beskrive rammer for den videre almene genoptræning i kommunalt regi, og de kommende nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser skal indeholde overvejelser vedrørende planlægningen af de kommunale indsatser, der skal finde sted efter afsluttet ophold – eksempelvis for borgere med fortsat behov for genoptræning. KL lægger her til grund, at kommunerne kompenseres økonomisk for de eventuelle forventninger til den kommunale opgavevaretagelse, der måtte følge af en kommende kvalitetsstandard. KL foreslår i den forbindelse, at den almene genoptræning, der finder sted under regionalt ophold, monitoreres for at sikre, at regionen ikke blot afslutter borgere til genoptræning i kommunalt

regi, hvis denne genoptræning rettelig burde være sket under det regionale ophold.

KL bemærker endvidere, at regionen skal monitorere anvendelsen af kapaciteten og indsatser på de regionale pladser. Det er efter KL's opfattelse helt afgørende, at kapacitet, tilgængelighed m.v. følges tæt for at sikre, at indsatsen lever op til intentionerne med sundhedsreformen.

KL bemærker herudover, at indenrigs- og sundhedsministeren med lovforslaget får hjemmel til at fastsætte nærmere regler om sundheds- og omsorgspladser, og at der i lovforslaget nævnes konkrete områder hjemlen kan tages i anvendelse i forhold til samt, at ministeren i kommende lovforslag vil fastsætte yderligere regler for brug af pladserne. KL forventer hér at blive inddraget i det løbende arbejde omkring rammer for pladserne. Og særligt i forhold til bemyndigelsen til at *"fastsætte regler ved uenighed mellem region og kommune om ansvarsfordeling i relation til sundheds- og omsorgspladser"* henset til, at ændret ansvarsfordeling kan presse kommunerne til at styrke kapaciteten udover, hvad der er aftalt i forårssaftalen.

Det er for KL svært at se, hvilke socialfaglige indsatser en borger skal modtage, mens denne har ophold på en regional plads. Borgeren er ikke i botilbud, og bostøtte gives i hjemmet – ikke mens borgeren opholder sig på en plads. Hér må det derfor være de socialfaglige kompetencer, som regionen skal stille til rådighed på pladserne, der skal varetage evt. socialfaglige problemstillinger under opholdet. Regionen kan i den forbindelse i øvrigt ikke beslutte, hvilke socialfaglige indsatser, kommunen skal sætte i værk efter opholdet. Regionen skal, hvis de vurderer, der er et behov for socialfaglig indsats efter ophold, give kommunen besked i så god tid som overhovedet muligt, så kommunen kan igangsætte en udredning, mens borger stadig er på pladsen.

KL skal bede ministeriet om at overveje, hvordan man i den kommende struktur håndterer uhensigtsmæssige forløb/snit for borgere, der har et sundhedsfagligt behov for ophold på en regional plads og samtidig har behov for behandling for alkoholmisbrug eller socialtandpleje – ydelser, som det i lovforslaget understreges ikke vil være et regionalt ansvar. Dette særligt henset til, at ophold på en regional plads kan have et andet tidsperspektiv end en indlæggelse på et sygehus.

KL skal endelig pege på, at det fremgår af de specielle bemærkninger, at rehabilitering på specialiseret niveau ikke skal tilbydes med ophold på en regional plads i tilfælde, hvor der er behov for døgnophold. KL skal bede ministeriet uddybe, hvor indsatsen i så fald skal tilbydes i regionalt regi.

Patientrettet forebyggelse

Med sundhedsreformen flyttes patientrettet forebyggelse til regionalt myndigheds- og finansieringsansvar, men selve formålet med tilbuddet forandres ikke. Det bør tydeligt fremgå af lovforslaget, at det primære formål med patientrettet forebyggelse er at give borgerne indsigt, redskaber og tro på egne evner, som over tid kan føre til bedre håndtering af livet med kronisk sygdom, herunder forbedret helbredsstatus, egenomsorg og sundhedsadfærd. Indsatsen skal gerne føre til færre akutindlæggelser og

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 15

genindlæggelser, men hovedformålet er at hjælpe borgere til at leve et godt liv med kronisk sygdom, herunder forebygge udvikling og forværring af kronisk sygdom.

Den patientrettede forebyggelse har et stærkt ophæng til civilsamfundet og en tydelig sammenhæng til øvrige kommunale velfærdsopgaver, herunder på social- og beskæftigelsesområdet. Med flytning af opgaven til regionerne tydeliggøres sammenhæng til sygehusbehandling, men samtidig fjernes den brede kobling til socialområdet og beskæftigelse og potentielt også til foreninger og øvrigt civilsamfund, som kommunerne har stor kontakt og samarbejde med.

Mange af de borgere der lider af kronisk sygdom, er heldigvis stadig en aktiv del af arbejdsstyrken, men har på grund af deres sygdom i perioder brug for tæt og koordineret kontakt med andre forvaltningsområder i kommunen. Det bør derfor fremgå, at regionerne i deres forvaltning af den patientrettede forebyggelse aktivt skal samarbejde og understøtte sammenhængen til kommunale velfærdsindsatser.

Det fremgår af lovforslagets særlige bemærkninger (side 109), at "*den foreslåede ændring om at lade regionerne være ansvarlig for patientrettede forebyggelsestilbud vil kunne føre til, at nogle borgere kan få længere transporttid til relevante tilbud.*" Begrundelsen herfor er et ønske om at sikre tilstrækkelig kvalitet og bæredygtighed i tilbuddene, hvor der kræves en særlig ekspertise eller et patientgrundlag for at sikre faglig bæredygtighed i tilbuddene. Det anføres endvidere, at der vil kunne udvikles flere og mere specifikke tilbud til borgerne.

Det er KL's vurdering, at geografisk tilgængelighed, herunder kort afstand, har afgørende betydning for borgernes deltagelse i forebyggende tilbud. Ikke mindst blandt udsatte og sårbare borgere, der i mindre grad har mulighed for at flyttes sig langt. Den økonomiske bæredygtighed i reformen må ikke ske på bekostning af borgernes adgang til og brug af ydelserne. Det flugter ikke med sundhedsreformens ambition om et nært, tilgængeligt og lige sundhedsvæsen, men bidrager tværtimod til en centralisering af tilbuddene. Det er endvidere uklart hvem der skal assistere med tilbud om transport for de borgere der måtte have behov herfor.

KL anbefaler derfor, at der i højere grad tænkes i differentiering af tilbud, samt at digitale og hybride løsninger, som kan understøtte nærhed, fleksibilitet og tilgængelighed, særligt i områder, hvor regionernes tilbud medfører lang transporttid. Digitale formater kan i mange tilfælde øge borgernes mulighed for at tage imod et tilbud og samtidig sikre en ensartet kvalitet på tværs af landet. Differentiering vil desuden understøtte, at ressourcer målrettes de borgere, som har det største behov for indsats.

Genoptræning

I dag er der stor forskel på, hvordan de enkelte specialiserede rehabiliteringstilbud er tilrettelagt, hvilke indsatser de indeholder, hvem der driver dem og hvilken målgruppe de har fokus på. Paletten er stor med døgnrehabilitering, ambulante, murstensløse, nogle i regi af specialsygehusene, andre selvejende og nogle, som er drevet af de større kommuner. Nogle tilbud har fx fokus på, at borgere selv kan lade sig

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 15

transportere til og fra og at de har et potentiale ift. arbejdsmarkedet. Andre håndterer borgere, som har brug for døgnpleje og er sengeliggende.

Det er væsentligt, at kravene til indholdet af disse tilbud bliver klart defineret, såfremt intentionen om mere ensartethed og kvalitet skal sikres. Fx er der tilbud, som også indeholder neuropsykologisk indsats, som en del af tilbuddet og andre, hvor indsatserne kobles på.

Det er derfor vigtigt, at det tydeliggøres, hvad der fremover kan forventes af et specialiseret rehabiliteringstilbud, hvilke målgrupper de skal håndtere og hvordan samspillet med kommunernes tilbud efter andre lovgivninger er. Det handler også om at tydeliggøre de forskellige faser i borgerens forløb og hvordan de enkelte dele skal spille sammen fremover.

KL mener ikke, at der - som det fremgår af lovforslaget - bør stilles krav om, at de kommunale tilbud på genoptræningsområdet skal beskrives i regionale kvalitetsstandarder. Disse tilbud foregår efter anden lovgivning og vil typisk komme i spil efter et forløb på et specialiseret rehabiliteringstilbud og sker allerede i dag med afsæt i de enkelte vejledninger på området. Skal der stilles yderligere krav til de kommunale tilbud på fx social-, undervisnings- og arbejdsmarkedsområdet bør det ske i regi af de enkelte ministerier og styrelser og understøttes økonomisk.

Det fremgår ikke klart af lovforslaget, hvad kommunens rolle er, hvis patienten henvises til et specialiseret rehabiliteringstilbud. Hvordan tænkes visitationen at foregå og koblingen til evt. andre tiltag? Det bør fremgå, at regionen er ansvarlig for løbende at følge op på patientens fremskridt og sikre dialogen til kommune, almen praksis og de pårørende. Det fremgår ikke, hvem, der har ansvaret for at tage hånd om patienten, hvis vedkommende ikke er klar til at modtage specialiseret rehabilitering og vedkommende fx ikke kan klare sig i eget hjem.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at det forudsættes, at alle kommuner fortsat vil have en hjerneskadekoordinator eller team. Ikke alle kommuner har en hjerneskadekoordinator eller koordinerende team i dag og derfor kan man ikke forudsætte, at dette er gældende og særligt vil være det med de opgaver, der nu overgår til regionalt myndighedsansvar. KL anerkender dog, at de har en væsentlig rolle, særligt hvis der ikke i regionalt regi kommer en koordinator.

KL bakker op om behovet for, at man på sundheds- og omsorgspladserne – for de borgere der fortsat har behov for almen genoptræning i kommunen – har mulighed for at udarbejde en sundhedsfaglig vurdering af den aktuelle status for funktionsevnen som tillæg til genoptræningsplanen fra sygehuset. Det er dog vigtigt, at der kommer klare retningslinjer for en sådan sundhedsfaglig vurdering herunder hvilke fagfolk, som udarbejder vurderingen. Dette for ikke at skabe usikkerhed ift., hvilken karakter en sådan vurdering har og at det sker på en nogenlunde ensartet måde.

Endeligt vil KL opfordre til, at man nationalt og lokalt følger udviklingen i såvel antallet af genoptræningsplaner og fordelingen mellem sygehuse, så man sikrer en vis ensartethed ift. hvem der får en plan herunder fordelingen mellem de enkelte niveauer af planer. I dag er der stor forskel fra region til region, hvilket er med til at skabe ulighed i sundhed.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 15

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 10 af 15

lft. tilpasning af bekendtgørelsens regler om frit valg til genoptræning, bemærker KL, at borgeren efter gældende bestemmelser har ret til frit valg af leverandør *"såfremt kommunalbestyrelsen ikke kan tilbyde opstart af genoptræningstilbud inden for syv dage efter udskrivning"* (jf. Bekendtgørelsen § 7, stk. 3). Dette kriterium for frit valg bør skrives mere tydeligt frem i lovforslaget, når det tilpasses til også at omfatte regionsrådet. Herudover fremgår det af lovforslagets særlige bemærkninger, at det fremover vil være *"borgerens ansvar at finde og vælge en leverandør, samt afklare med denne, om der kan tilbydes opstart senest samtidig med kommunalbestyrelsens eller regionsrådets tilbud om opstart"*. KL bemærker, at kommunerne i dag understøtter borgerne i denne proces via portalen Min Genoptræning, som har samlet al nødvendig information, herunder godkendte leverandører, til borgeren. Det bør overvejes, hvordan det sikres, at borgeren oplever samme serviceniveau uagtet genoptræningsplan, såfremt regionsrådene vælger en anden løsning.

Regional finansiering af kommunale sundhedsopgaver (investeringsmotor)

Det fremgår af lovforslaget, at regionsrådene skal have mulighed for at rejse forskelligartede økonomiske tilsagn og ledsagende krav til forskellige kommuner, der i vidt omfang også har forskelligartede sundhedsindsatser, politiske interesser og kvalitet i sundhedsydelse.

Det fremgår tilsvarende af forårssaftalen, at der skal være proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde. Kommunerne skal fortsat have mulighed for tværgående prioritering på tværs af opgaveområder, herunder sundheds- og ældreområdet.

KL mener, at teksten i lovforslaget bør afspejle teksten i forårssaftalen.

Det fremgår desuden af lovforslaget, at et regionsråd eksempelvis kan aftale med en eller flere kommunalbestyrelser at medfinansiere kommunale sundhedsopgaver mod betingelser om, at der ikke sker en samtidig udhuling af direkte relaterede kommunale sundhedsopgaver.

Jf. ovenfor fremgår det af forårssaftalen, at kommunerne skal have mulighed for tværgående prioritering på tværs af opgaveområder, herunder sundheds- og ældreområdet. KL mener, at teksten i lovforslaget vil åbne op for, at regionerne i vidt omfang kan begrænse kommunernes prioriteringsrum. KL mener derfor at teksten i lovforslaget bør omformuleres – og afspejle den aftalte ramme i forårssaftalen.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at parterne skal sikre proportionalitet mellem tilsagnets størrelse og kravenes omfang og rækkevidde, herunder så aftalerne ikke binder kommunernes mulighed for prioriteringer på tværs af opgaveområder unødigt.

Den formulering fremgår flere gange i lovforslaget. KL mener at formuleringen i lovforslaget bør afspejle indholdet i forårssaftalen, hvor det fremgår at kommunerne skal have mulighed for tværgående prioritering og at tilsagnskrav ikke kan låse en kommune på et bestemt udgiftsniveau.

Det er væsentligt for KL, at kommunerne sikres finansiering til bindende krav til kommunale indsatser, der udmøntes via nationale kvalitetsstandarder. Der fremgår følgende af lovforslaget: *"[En del af rammen til kvalitetsstandarder fordeles til kommunerne efter en centralt aftalt fordelingsnøgle, som baserer sig på kommunernes indbyggertal samt tager højde for kommunens patienttyngde og alderssammensætning.] Disse kobles til de bindende krav til kommunale indsatser i kvalitetsstandarderne."*

KL er enig i ovenstående – der også er i tråd med forårsaftalen, hvorfor denne del af teksten ikke bør være i kantet parentes.

KL skal foreslå, at det i lovforslaget, jf. den politiske aftale, understreges, at det primære hensyn bag finansiering af kommunale sundhedsindsatser er langsigtet kapacitetsopbygning. Det kan i lovforslaget læses som, at midlerne kan prioriteres ligeligt til kapacitetsopbygning og udviklings- og forsøgsprojekter. Det er ikke hensigtsmæssigt.

KL undrer sig over, at der i bemærkningerne til lovforslagets § 118 c, stk. 5 alene står, at midler kan bruges til anlægsinvesteringer. Det følger således af forårsaftalen, at der er *"afsat 3,5 mia. kr. (...) (anlægsmidler) til nybyggeri, ombygning og/eller renovering af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser samt nødvendige investeringer i IT, teknologi og udstyr"*. Det bør ligeledes fremgå af lovforslaget.

National sundhedsplan

Det fremgår af lovforslaget, at en national sundhedsplan skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet. Dette støtter KL op om og opfordrer til, at det sikres, at en strategisk retning er med fokus på en reel omstilling af det samlede sundhedsvæsen, der styrker det primære sundhedsvæsen uden for sygehusene og understøtter en mere lige fordeling af ressourcer - både geografisk og socialt.

Det er afgørende, at planen klart afspejler de behov, som både sundhedsvæsenet og borgerne står overfor nu og i de kommende 8-10 år, som planen dækker. Planen bør imødekomme de centrale samfundsudfordringer, herunder en stigende andel ældre borgere samt en øget forekomst af borgere med én eller flere kroniske sygdomme, således at ressourcerne anvendes optimalt til gavn for både effektivitet og kvalitet i sundhedsindsatserne. KL er enige i, at ressourcer skal prioriteres til det primære sundhedsvæsen fremfor til yderligere at vækste sygehusene. Denne prioritering og udbygning af det nære sundhedsvæsen bør dog ske i tæt samspil med de øvrige velfærdstilbud i kommunerne for reelt at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen, der både forebygger sygdom og indlæggelser på sygehusene. Det er derfor afgørende, at den nationale sundhedsplan tager et helhedsperspektiv og omfatter både regionernes og kommunernes samlede sundhedsindsatser.

KL bemærker, at lovforslaget indeholder et forslag om, at der på nationalt plan, i samarbejde med regioner og kommuner, følges op på den retning, som er angivet i den nationale sundhedsplan. Opfølgningen skal ske ved hjælp af relevante indikatorer for målopfyldelse. KL støtter denne tilgang og understreger vigtigheden af, at der følges op på de fastsatte mål i den nationale plan. Det er afgørende, at opfølgningen muliggør en løbende

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 11 af 15

evaluering af målopfyldelsen, så der kan foretages nødvendige justeringer undervejs.

Det fremgår ikke af den foreslåede § 206 d, om nærsundhedsplaner, i hvilket omfang kommunerne bør inddrages i de regionale sundhedsplaner. KL bemærker, at nærsundhedsplanerne udarbejdes i sundhedsrådene, hvor både regioner og kommuner er repræsenteret, og at nærsundhedsplanerne blandt andet skal afspejle den regionale sundhedsplan. KL understreger derfor vigtigheden af, at den regionale sundhedsplan udarbejdes i tæt samarbejde med kommunerne. Det vil være afgørende for at sundhedsrådene kan leve op til reformens ambition om at omstille til et mere nært sundhedsvæsen, at den regionale sundhedsplan kan rumme og give plads til, at nærsundhedsplanerne indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Herunder give plads til et fortsat tværsektorielt samarbejde mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser.

KL bemærker, at ovenstående intention derfor bør fremgå tydeligt af den foreslåede § 206 d.

Bortfald af øvrige regionale opgaver

Med Forårsaftalen er der en afklaring af rammerne for den kommende omstilling af sundhedsvæsenet – og de økonomiske konsekvenser i opgaveflytningen fra kommuner til regioner. Dertil er der enighed mellem KL, regeringen og Danske Regioner om flytning af kulturmidler til kommunerne, jf. sundhedsreformen. Kommunerne får ca. 33 mio. kr. over blokken, som det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at beslutte, hvordan bedst anvendes.

Det konstateres i aftalen og i lovforslaget, at regionernes opgaveportefølje, udover den primære sundhedsopgave, fremadrettet vil være smallere.

Regionernes opgaveportefølje vil udover den primære sundhedsopgave, fremadrettet alene bestå af følgende:

1. Drift af tilbud og institutioner på det specialiserede socialområde og på specialundervisningsområdet
2. Jordforurening
3. Råstofindvinding på land
4. Opgaver på uddannelsesområdet
5. Indstillingsret til 20 pct. af socialfondsmidlerne i programperioden 2021-2027
6. Åbenhed om privat partistøtte for folketingskandidater og kredsorganisationer
7. Opgaver relateret til kollektiv trafik

Regionernes resterende øvrige opgaver om regional udvikling, herunder regionernes mulighed for at udarbejde udviklingsstrategier samt aktiviteter, der relaterer sig hertil, bortfalder.

Det betyder konkret, at der vil være en lang række udviklingsindsatser- og projekter, som regionerne ikke længere må løfte. Det gælder også særligt indsatser inden for klima.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 12 af 15

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 13 af 15

KL noterer sig samtidig, at regionerne, i henhold til aftalen, fortsat vil have mulighed for at deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder, herunder Interreg-projekter, som ligger inden for deres opgaveportefølje på det tilbageværende regionale udviklingsområde. Den administrative forankring af Interreg-programmer vil fortsat være i regionerne.

Derudover vil Region Syddanmark og Region Østdanmark fortsat have adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

Der er således foretaget en positiv afgrænsning af, hvilke opgaver regionerne fremadrettet skal varetage og finansiere på det regionale udviklingsområde. På baggrund heraf forudsætter KL, at den regionale finansiering af indsatser på nævnte områder fortsætter.

Kommunernes grundbidrag til regionerne på udviklingsområdet fastholdes uændret i 2026.

KL bemærker, at der fortsat vil være behov for indsatser, der sikrer sammenhængende infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning.

Tilpasningen som følge af opgavebortfaldet vil få konsekvenser for en række aktiviteter, analyser og udviklingsprojekter, som regionerne hidtil har løftet med medfinansiering og medarbejdertimer.

Særligt i forhold til at sikre hjemtag af EU-midler, der understøtter regional udvikling, kan det blive en udfordring, at regionerne ikke længere kan medfinansiere de regionale EU-kontorer med dette formål. Dette konkret i forhold til EU-ansøgninger og -projekter som fx COHEAT, EU Missions Adaptation To Climate Change, Climate pol, Climate Blue og Poseidon. Uden denne kapacitet vil det samlede danske hjemtag af EU-midler forventeligt blive svækket.

Tilpasningen vil også kunne have betydning for en lang række vigtige aktuelle regionale samarbejder med fokus på vækst, udvikling, mobilitet og jobskabelse, som eksempelvis samarbejdet om Femernforbindelsen, Greater Copenhagen, Business Region North Denmark og Supercykelstisamarbejdet i Hovedstadsregionen.

Regeringen bør tillige være bevidst om, at kommunerne ikke vil kunne løfte den tværgående udviklingsindsats uden tilførsel af ressourcer. Selvom den lovbestemte opgave bortfalder, forsvinder behovet for indsatser, der sikrer sammenhængskraft og udvikling, ikke. Dette vil åbenlyst medføre et samlet udviklings- og væksttab for Danmark.

Det vurderes, at der fortsat er betydelige frie midler og medarbejderkapacitet i regionerne på udviklingsområdet – også efter, at regeringen og Danske Regioner har aftalt en regulering af regionernes bloktilskud med 112 mio. kr. (2025-pl) i 2026 og 223 mio. kr. (2025-pl) fra 2027 og frem som følge af opgavebortfaldet. KL forventer at indgå i en dialog om anvendelsen af de fortsatte regionale udviklingsmidler.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 14 af 15

Konkrete bemærkninger til lovforslaget

Bemærkninger til afsnit 3.1.1.5 om midlertidige pladser

Det fremgår, at *"vederlagsfri sygepleje, som leveres til borgere på en midlertidig plads, herunder akutplads også omfatter kost, linned, tøjvask og lignende"*. Det er ikke korrekt. Iflg. bekendtgørelse nr. 165 af 26. februar 2019 er det alene den *"sygepleje, der i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, leveres ved en kommunal akutfunktion, organiseret som en kommunal akutplads... [der] omfatter tillige kost, linned, tøjvask o. lign."*.

Bemærkninger til lovforslagets § 206 c og § 206 d

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

Det fremgår af den foreslåede § 206 c, at Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter en national sundhedsplan. KL bemærker, at det med fordel kan præciseres i lovgivningen, at både kommuner og regioner inddrages i processen.

Det fremgår desuden af den foreslåede § 206 c, stk. 2, at sundhedsmyndigheders, regioners og kommuners planlægning af sundhedsvæsenet skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan. KL gør opmærksom på, at det bør tydeliggøres, at kommunerne ikke er forpligtiget på at udarbejde kommunale sundhedspolitikker, ligesom det fremgår af bemærkningerne.

KL bemærker, at der fortsat mangler afklaring vedrørende afslutningsprocessen for de gældende sundhedsaftaler, som ophører før deres oprindelige udløbsdato. Det følger sædvanligvis, at en sådan proces indebærer opfølgning, midtvejsstatus og slutstatus til Sundhedsstyrelsen. KL ønsker derfor en tydelig afklaring af procedurerne, både i tilfælde hvor regioner og kommuner vælger at videreføre den nuværende sundhedsaftale, der udløber i 2028, samt i tilfælde hvor planen afsluttes i 2026 i henhold til hjemlen i L 214 om den nye regionale forvaltningsmodel.

Bortfald af regionsrådenes adgang til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning

Det foreslås, at regionsrådene udgår af planlovens § 22 a, stk. 2, således at regionsrådene ikke længere vil have adgang til på eget initiativ over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægningen.

KL bemærker, at regionsrådenes adgang til over for ministeren for byer og landdistrikter at fremsætte forslag til landsplanlægning ikke har været brugt og bakker på den baggrund op om forslaget.

Bortfald af regionale opgaver på erhvervsfremmeområdet

Det foreslås, at regionernes opgaver vedrørende regionale udviklingsstrategier, udviklingsaktiviteter i relation til udviklingsstrategierne, samt indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet, bortfalder.

I forhold til bortfald af regionernes adgang til at udarbejde regionale udviklingsstrategier i henhold til lov om erhvervsfremme bakker KL op om den foreslåede lovændring, idet der ikke ses et behov for en overordnet

regional strategi, men derimod konkrete indsatser, der sikrer sammenhængende infrastruktur, udvikling i yderområderne, natur og rekreative formål, grøn omstilling og klimatilpasning mv.

I forhold til, at regionernes indstillingsret til bestyrelser på erhvervsfremmeområdet, bortfalder, finder KL, at det er en naturlig konsekvens af, at regionerne ikke længere skal lave regionale udviklingsstrategier og derfor ikke længere har opgaver inden for erhvervsområdet.

KL foreslår, at KL overtager regionernes plads i Danmarks Erhvervsfremmebestyrelse, dette i lyset af fortsat behov for at styrke den nationale koordinering, lokal forankring og sammenhæng i erhvervsfremmeindsatsen, fortsat sikre en stærk decentral indsats med tæt kobling mellem lokale og statslige initiativer samt at fastholde en fortsat stærk demokratisk legitimitet.

KL bakker op om, at reglerne om genudpegning af formanden og medlemmerne i erhvervshusenes bestyrelser ophæves.

Bortfald af regionale opgaver på kulturområdet

Det foreslås, at regionerne ikke længere kan arbejde med kultur i samme udstrækning som tidligere, dog vil Region Syddanmark og Region Østdanmark fortsat have adgang til også at kunne deltage i og medfinansiere grænseoverskridende samarbejder på kulturområdet.

KL noterer sig, at der med lovforslaget opereres med en overgangsordning med hensyn til eksisterende projekter.

Dato: 2. juli 2025

Sags ID: SAG-2025-01875
Dok. ID: 3592850

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 15 af 15

Høringssvar til supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler mv

KL vil takke for muligheden for at afgive høringssvar til supplerende høring om ændring af lov om sundhedsloven og forskellige andre love (flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nær-sundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

Generelle bemærkninger

KL anerkender indledningsvist, at regioner og kommuner med lovforslaget får hjemmel i både overgangsloven og sundhedsloven til at indgå horisontale samarbejder om en række opgaver på sundhedsområdet, som nærmere afgrænses i lovforslaget. Denne hjemmel giver parterne mulighed for, efter drøftelser i sundhedsrådene, at etablere tværsektorielle samarbejder med det formål at sikre bedre og mere sammenhængende tilbud til borgerne.

KL tilslutter sig endvidere, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet udarbejder en vejledning til kommuner og regioner om horisontale samarbejdsaftaler, herunder rammer, indgåelse og lovgivning. Formålet er at sikre, at parterne trygt kan udarbejde og indgå aftaler og fokusere på et hensigtsmæssigt samarbejde om varetagelsen af opgaverne. KL stiller sig til rådighed i arbejdet med udarbejdelsen af vejledningen.

Tydelighed om hjemler i overgangsloven og sundhedsloven til horisontale samarbejder

Med lovforslaget sikres adgang til at indgå horisontale samarbejder med hjemmel i overgangslovens § 5, stk. 2 og sundhedslovens § 118d. KL finder i den forbindelse, at der er behov for at tydeliggøre, hvad forskellen er på hjemlen i overgangslovens § 5, stk. 2, og hjemlen i sundhedsloven § 118d, herunder formålet med opretholdelse af hjemlen i overgangsloven, når sundhedsloven fungerer ved siden af. Hvad betyder det, hvis ministeren ved bekendtgørelse fastsætter, at horisontalt samarbejde efter overgangsloven har en gyldighedsperiode på fx 1-2 år, når parterne samtidig efter sundhedsloven har hjemmel til en anden type horisontalt samarbejde?

Adgang til mellemkommunalt samarbejde med regionen i overgangsloven og i sundhedsloven

KL bakker op om, at der med sundhedslovens §118d fra 2026 indføres en generel hjemmel til, at et regionsråd og en eller flere kommunalbestyrelser kan indgå en kontrakt om samarbejde om kommunale og regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen (horisontalt samarbejde).

Det er af afgørende betydning for sundhedsrådenes mulighed for at tilrettelægge opgavevaretagelsen ud fra lokale hensyn, at horisontale samarbejder med deltagelse af flere kommuner kan træde i kraft fra 1. januar 2027 fx

Dato: 18. september 2025

Sags ID: SAG-2025-02283
Dok. ID: 3614030

E-mail: MACB@kl.dk
Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 4

gennem en videreudvikling af eksisterende kommunale samarbejder om fælles tilbud til borgerne.

KL er i forlængelse heraf bekymret for, at velfungerende samarbejdsmodeller, der understøtter både effektiv opgaveløsning og sammenhængende borgerrettede tilbud, går tabt, hvis der ikke er mulighed for at videreføre dem fra 1. januar 2027. En sådan begrænsning vil begrænse sundhedsrådene og kommunernes mulighed for at tilpasse løsninger efter lokale behov og står i kontrast til reformens mål om fleksibilitet og råderum.

KL finder, at det bør overlades til de lokale parter inden 1. april 2026, at vurdere, om de ønsker at anvende en model med flere kommuner – herunder at fravælge modellen, hvis tidspres eller andre hensyn gør den uhensigtsmæssigt. KL foreslår videre, at der indsættes en bestemmelse om, at delingsaftaleudkastet tydeligt angiver, at der foreligger et eksisterende kommunalt samarbejde om (dele af) opgaveløsningen, således at regionen er bekendt hermed.

KL skal foreslå, at den bemyndigelse, ministeren med hjemmel i overgangsloven får til at fastsætte rammer for bl.a. gyldighedsperiode og opsigelse af samarbejdsaftaler indgået mellem en kommune og en region i regi af overgangsloven, giver den nødvendige fleksibilitet til, lokalt, efter drøftelse i sundhedsrådene, at indgå horisontale samarbejdsaftaler mellem en region og flere kommuner med hjemmel i sundhedslovens § 118d.

KL mener i øvrigt ikke, at en eventuel bekymring for potentielle konsekvenser for delingsprocessen af mellemkommunale samarbejder er et relevant hensyn, da eksisterende kommunale samarbejder i hovedsagen er uden selvstændig juridisk identitet. Det vil sige, at alle aktiver/passiver, rettigheder/pligter og medarbejdere kan henføres til en kommune. Det er derfor stadig den enkelte kommune, der skal udarbejde delingsaftaleudkastet, gennemføre en proces med medarbejderne osv.

Rammer for regionalt påbud

En region kan med hjemmel i overgangslovens § 5, stk. 3, give en kommune påbud om at drifte en eller flere opgaver, der med reformen overgår til regionalt myndighedsansvar. Indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges i den forbindelse til efter overgangsloven § 5, stk. 7 at fastsætte en gyldighedsperiode for kommunal drift af regionale tilbud.

KL lægger til grund, at bestemmelsen er forudsat anvendt alene, hvor det er nødvendigt ud fra forsyningssikkerhedsmæssige hensyn. Det vil sige i situationer, hvor de ansvarlige myndigheder ikke har andre muligheder for at sikre den fortsatte drift af området.

Hjemler til mellemkommunalt samarbejde efter andre bestemmelser

KL bemærker, at visse kommuner iflg. lov om forpligtende kommunale samarbejder, lovbekendtgørelse nr. 789 af 24. juni 2024, er forpligtet til at samarbejde om indsatser efter sundhedslovens § 140.

KL skal i forlængelse heraf bede ministeriet forholde sig til, hvordan kommuner omfattet af lov om forpligtende kommunale samarbejder, i fald regionen

Dato: 18. september 2025

Sags ID: SAG-2025-02283

Dok. ID: 3614030

E-mail: MACB@kl.dk

Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 2 af 4

giver påbud herom, skal levere specialiseret rehabilitering omfattet af opgaveflyt, hvis de ikke må indgå mellemkommunale samarbejder efter overgangsloven.

Adgang til indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte

Det fremgår af lovforslaget, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler om overførsel og fordeling mellem regioner og kommuner og mellem kommuner af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, når der som led i kontrakter mellem regionsråd og kommunalbestyrelser overdrages opgaver mellem dem, og tilsvarende i forbindelse med op- og nedlukning af kontrakter.

KL bemærker, at der kan være hensyn, der taler for at reglerne for deling af aktiver, passiver mv. i forbindelse med indgåelse og ophør af driftsaftaler er sidestillet med reglerne herfor i forbindelse med opgaveflytningen.

KL vurderer imidlertid, at muligheden for tvungen fordeling af aktiver, passiver mv. ved ophør af en driftsaftale, kan få betydning for investeringer i opgavevaretagelsen i driftsperioden – fx i forhold til at placere driftsopgaven i en ny bygning. Det vil i den situation være centralt, at reglerne indeholder en bestemmelse svarende til §141 stk. 2, hvorefter parterne kan aftale noget andet.

KL vurderer ligeledes, at ændringen kan forlænge den periode, hvor der er behov for at opretholde den pulje, der er forudsat til at finansiere kommuner, der vederlagsfrit skal afstå bygninger.

Bemyndigelse til at fastsætte frister m.v.

Det fremgår af lovforslaget, at indenrigs- og sundhedsministeren skal kunne fastsætte regler om horisontale samarbejder, herunder om, hvor lang tid der mindst skal gå fra kontraktens indgåelse indtil dens ikrafttræden, om kontraktens gyldighedsperiode, om parternes adgang til at kunne opsige kontrakten og om meddelelse til indenrigs- og sundhedsministeren om indgåelsen af kontrakten.

KL anerkender behovet for en klar tidsramme i overgangsperioden.

KL finder det derimod uhensigtsmæssigt, såfremt der i tilknytning til den permanente hjemmel til horisontale samarbejder i sundhedslovens §118d fra nationalt hold fastsættes en fast periode for ikrafttræden af samarbejdsaftaler om drift af sundhedsydelser. En fast periode for ikrafttrædelse risikerer at blive unødvendigt rigid og bureaukratisk og tager ikke højde for variation i opgaveomfang og lokale forhold.

KL finder, at lovgivningen bør fastlægge de overordnede rammer for horisontale samarbejdsaftaler og anbefaler, at der ikke fastsættes entydige og ensartede tidsfrister på nationalt niveau. En detaljeret og central regulering vil kunne medføre unødigt bureaukrati og begrænse parternes mulighed for at tilpasse aftalerne til lokale forhold og konkrete opgaver, jf. også bemærkningerne oven for om rammer for bl.a. gyldighedsperiode og opsigelse af aftaler i regi af overgangsloven.

Dato: 18. september 2025

Sags ID: SAG-2025-02283

Dok. ID: 3614030

E-mail: MACB@kl.dk

Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 3 af 4

KL foreslår derfor, at ministeren bemyndiges til at fastsætte fleksible minimums- og maksimumsrammer, hvorefter parterne lokalt kan fastlægge de konkrete tidsmæssige vilkår. Dette vil sikre både ensartede minimumsgarantier og den nødvendige fleksibilitet, således at aftalerne kan understøtte en effektiv implementering og tage hensyn til lokale forhold.

Beregning og betaling af udgifter

KL er enig i den overordnede beskrivelse af, hvilke udgifter der skal indgå i vederlaget til den myndighed, der modtager opgaver.

KL ser desuden frem til at blive inddraget i drøftelser omkring en eventuel fastlæggelse af nærmere regler om beregning og betaling af udgifterne.

Afgrænsning i sundhedslovens afsnit IX af muligheden for at indgå horisontale samarbejder

KL bemærker, at muligheden for at indgå horisontale samarbejdsaftaler alene omfatter sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen jf. sundhedslovens afsnit IX. KL savner en begrundelse for ikke at inkludere andre sundhedsydelser, fx sundhedsydelser nævnt i sundhedslovens kapitel V, idet en sådan udvidelse vil kunne understøtte den lokale omstilling og muliggøre mere fleksibel koordinering. En begrænsning til at indgå aftaler om indsatser i det nære sundhedsvæsen hindrer muligheden for at koordinere fx udgående sygehusfunktioner (hjemmebehandlingsteams). En bredere hjemmel kan således sikre mere integrerede og effektive forløb for borgerne på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren.

KL vurderer desuden, at afgrænsningen af det nære sundhedsvæsen fremstår forholdsvis uklart i lovforslaget. Det anbefales, at dette tydeliggøres i lovtæksten, så det klart fremgår, hvilke sundhedsydelser der kan indgå i horisontale samarbejdsaftaler.

KL fremsender høringssvaret med forbehold for senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Dato: 18. september 2025

Sags ID: SAG-2025-02283

Dok. ID: 3614030

E-mail: MACB@kl.dk

Direkte: 3370 3153

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 4 af 4

Til

18. september 2025

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt til: sum@sum.dk, sad@sum.dk og sse@sum.dk

Vedr. Supplerende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler ifm. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Kommunale Velfærdschefer takker for muligheden for at afgive høringssvar på ovenstående høringssag og har nedenstående bemærkninger hertil.

Med de foreslåede lovændringer indføres et permanent hjemmelsgrundlag for, at regioner og kommuner kan etablere såkaldte horisontale samarbejder vedrørende opgavevaretagelsen i det nære sundhedsvæsen. Formålet med lovændringerne er at skabe en klar lovhjemmel til, at regioner og kommuner kan indgå sådanne samarbejdsaftaler.

Med den nye bestemmelse i sundhedslovens § 118d får kommuner og regioner mulighed for at indgå et fleksibelt samarbejde omkring opgavevaretagelsen for de opgaver, der pr. 1. januar 2027, flyttes fra kommune til region.

Kommunale Velfærdschefer hilser den nye juridiske ramme for samarbejdet mellem regioner og kommuner velkommen.

Mvh

Jakob Bigum Lundberg

Formand, Kommunale Velfærdschefer

Indenrigs- og sundhedsministeriet

Sum@sum.dk

Kopi til flf@sum.dk og sse@sum.dk

Høringssvar over Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

2. juli 2025

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

pha@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister takker for muligheden for at afgive høringssvar over Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love.

I forhold til regionernes fremtidige ansvar for den patient og borgerrettede forebyggelse bifalder vi, at der bliver lagt vægt på hensyn til lokale behov hos borgere/patienter, da vi håber, at dette skal understøtte mere lighed i sundhed for borgere /patienter med kronisk sygdom. Herunder at der i fremtiden bliver adgang til optimale ernæringsindsatser for borgere/patienter med kronisk sygdom. Vi ser frem til at indgå i arbejdet med revidering af Kvalitetsstandarder for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

I forhold til det videre arbejde med genoptræningsplaner er der fortsat udfordringer med manglende krav til, at en genoptræningsplan følges af en ernæringsplan. Genoptræningen får ikke den ønskede effekt, hvis patientens ernæringstilstand ikke er optimal. Det er derfor uforståeligt, at den store investering i genoptræning ikke følges af den helt nødvendige ernæringsindsats for at bidrage til bedret funktions-evne.

Det store fremtidige arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse giver anledning til, at vi gerne vil rette opmærksomheden på faggruppen Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed med toning Sundhedsfremme og forebyggelse. Det er en gruppe

ernæringsprofessionelle, der har specifikke kompetencer til opgaven med sundhedsfremme og forebyggelse. De giver et vigtigt bidrag i en tid med mange sundhedsfremme og forebyggelsesopgaver og mangel på arbejdskraft. Vi håber, at der fremadrettet vil være opmærksomhed på også at trække på disse kompetencer, sammen med de kliniske diætister i det tværfaglige samarbejde med borgere og patienter i både somatikken og i psykiatrien.

Med venlig hilsen

Pernille Hansted
Sundhedspolitisk chefkonsulent
Kost og Ernæringsforbundet

Mette Theil
Formand for
Fagligt selskab af Kliniske Diætister

01. juli 2025

Patientstøtte & Frivillig Indsats
Kvalitet & Udvikling

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail til:
sum@sum.dk

www.cancer.dk

kopi til:
flf@sum.dk og sse@sum.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedrørende høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Kræftens Bekæmpelse anerkender ambitionen om at styrke det nære sundhedsvæsen og fremme kvalitet og kontinuitet i indsatsen, som bl.a. sker ved bl.a. at flytte patientrettet forebyggelse, akutsygepleje og dele af genoptræningsindsatsen fra kommunerne til regionerne.

Det skal indledningsvis nævnes, at der i lovforslaget henvises til vedtagelser med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreform mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. For at undgå fejltolkninger, skal det sikres, at teksten i lovforslaget er formuleres i overensstemmelse med forårsaftalen.

Nedenfor fremgår Kræftens Bekæmpelses konkrete bemærkninger til lovforslaget.

Opgaveflytning

Lovforslagets punkt 3.1 - 3.1.3.1

Kræftens Bekæmpelse anerkender, at nærhed for borgerne kombineret mere ensartet kvalitet i hele landet er pejlemærker for overvejelserne bag de konkrete opgaveflytninger, samt at flere sundhedsopgaver samles under én myndighed for at styrke incitamenterne til patientrettet forebyggelse og skabe bedre rammer for sammenhængende indsatser på tværs af sundhedsvæsenet.

Det fremgår (s. 36), at lovforslaget indebærer, at bl.a. bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger om patientrettet forebyggelse, akutsygepleje, kommunal sygepleje og genoptræning, som indeholder nærmere regler og vejledning om, hvad de forskellige sundhedsindsatser indeholder, skal opdateres. Patient- og pårørenderepræsentanter bør inddrages i dette arbejde, og Kræftens Bekæmpelse deltager meget gerne.

Patientrettet og borgerrettet forebyggelse (s. 18-20 og 32-33)

Med sundhedsreformen er det besluttet, at det fulde ansvar for den patientrettede forebyggelse flyttes til regionerne, hvilket betyder, at forebyggelsesansvaret splittes mellem

kommuner og regioner. Kræftens Bekæmpelse anerkender, at ansvaret for patientrettet forebyggelse samles i regionerne med et potentiale for en bedre sammenhæng og kontinuitet for patienter med behov for patientrettet forebyggelse i deres udrednings-, behandlings- og opfølgingsforløb. Det er dog væsentligt at forholde sig til de forebyggelsesopgaver, der ligger i spændingsfeltet mellem det borgerrettede og patientrettede, som f.eks. nikotin- og rygestoptilbud, forebyggende alkoholindsatser mfl. Det bør desuden sikres, at det står klart for alle i sundhedsvæsenet, hvornår man betragtes som borger, og hvornår man betragtes som patient (med kronisk eller langvarig sygdom) med behov for regelmæssig og kontakt til sundhedsvæsenet – og dermed hvilke indsatser hhv. regionen og kommunen er forpligtet til at tilbyde. Endelig er det vigtigt at være opmærksom på, at patientrettet forebyggelse også indeholder opsporing og håndtering af senfølger, som kan opstå mange år efter endt behandling.

Kræftens Bekæmpelse er for eksempel bekymret for, om opgaveflytningen af den patientrettede forebyggelse til regionerne medfører, at kommunerne sparer deres eksisterende rygestoptilbud væk, eller at borgeren f.eks. risikerer at skulle køre langt efter et rygestoptkursus, hvis det kun udbydes få steder i regionen. Det er helt afgørende, at alle, som ønsker det, kan få hurtig og effektiv hjælp til at blive røg- og nikotinfri. Derfor bør kommuner og regioner forpligtes i lovforslaget til at tilbyde flere – ikke færre – lettilgængelige rygestoptilbud af høj faglig kvalitet til borgere og patienter. Der bør desuden fortsættes eller etableres et tæt henvisningssamarbejde med bl.a. almen praksis og sygehusene, med Stoplinien som ankerpunkt for overblikket over de forskellige tilbud.

Hensynet til et mere nært sundhedsvæsen og ønsket om mere lighed i sundhed bør afspejle sig i den geografiske placering af de forebyggende indsatser og tilbud, som er relevante for såvel borgere som patienter. Kræftens Bekæmpelse vurderer, at sundhedsrådene med afsæt i et populationsansvar kan etablere gode muligheder for at sikre synergi mellem den borgerrettede og patientrettede forebyggelse.

Akutsygeplejen – den foreslåede ordning (s. 34)

Kræftens Bekæmpelse anerkender intentionen i lovforslaget om at styrke den faglige bæredygtighed og ensartethed i akutsygeplejen ved at samle ansvaret i regionerne, hvor der er bedre mulighed for at sikre specialiserede kompetencer, tilgængelighed for en bredere målgruppe samt tættere integration med det øvrige sundhedsvæsen.

Akutsygeplejen spiller en væsentlig rolle i at forebygge unødige (gen)indlæggelser og understøtte tidlige indsatser for patienter, der har behov for hurtig sundhedsfaglig vurdering og behandling, men som ikke kræver sygehusindlæggelse. Det gælder i høj grad også kræftpatienter i bl.a. palliative og fremadskredne forløb, hvor akutte symptomer kan kræve specialiseret pleje i hjemmet eller på midlertidige pladser.

Det er vigtigt, at en fremtidig organisering af akutsygeplejen favner alle relevante målgrupper. I dag er akutsygeplejen i visse kommuner primært rettet mod ældre medicinske patienter. For at sikre lighed i adgang bør målgruppebeskrivelserne udformes bredt, og visitationskriterierne

bør være tydelige og ensartede på tværs af regioner. Samtidig skal det være tydeligt, hvem der fremover har kompetence til at henvise og rekvirere akutsygepleje. Uden klare retningslinjer er der risiko for forskellig praksis og ikke optimal udnyttelse af tilbuddet.

Koordination og sammenhæng mellem akutsygeplejen og øvrige tilbud – som den almene kommunale sygepleje, sundheds- og omsorgspladser og almenmedicinske tilbud – bør desuden være veldefineret og forpligtende. Særligt for patienter med komplekse og svingende behov er fleksibilitet og smidighed i overgange mellem tilbuddene afgørende. Derfor skal der også være klare aftaler om, hvordan den almene kommunale sygepleje fremover skal understøttes gennem rådgivning og sparring fra den regionale akutsygepleje.

Endelig bør det præciseres, hvordan regionerne vil sikre geografisk tilgængelighed i praksis, herunder om den udkørende funktion fortsat dækker hele regionen – også i yderområder, hvor behovet for nærhed er særligt udtalt.

Samlet set er der behov for en tydeligere beskrivelse af målgrupper, visitationskriterier, ansvarsfordeling, geografisk dækning og dimensionering.

Genoptræning og rehabilitering – den foreslåede ordning (s. 34-37)

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på intentionen om at styrke det faglige grundlag for genoptræning og rehabilitering gennem en tydeligere opgavefordeling mellem kommuner og regioner. Patienter med komplekse og langvarige forløb, herunder kræft, skal have adgang til relevante og specialiserede tilbud, som tilbydes på baggrund af klare og ensartede kriterier. For at sikre dette skal det præciseres, hvordan målgrupperne for hhv. almen genoptræning og specialiseret genoptræning og rehabilitering defineres i praksis. Afgrænsningen mellem niveauerne er noget uklar, hvilket kan skabe usikkerhed for både patienter og sundhedsprofessionelle.

I den nuværende lovgivning spreder rehabilitering sig over flere paragraffer og bekendtgørelser (§84, §119 og §140), hvilket er videreført i lovudkastet. Det bliver derfor uklart for de sundhedsprofessionelle, hvilke indsatser som hører under hvilke paragraffer og i hvilket regi. Dette kan udfordre efterlevelse af ambitionen om ensartet høj kvalitet i indsatserne og forebyggelse af unødige indlæggelser. Kræftens Bekæmpelse ved, at andre høringsparter også har fokus på denne problemstilling.

Genoptræningsplaner udarbejdet af sygehuslæger skal også fortsat være bindende i forhold til indsatsens karakter og niveau, så der ikke opstår variation i praksis eller unødige forsinkelser i indsatsen. For bl.a. kræftpatienter kan rehabiliteringsbehovet forandre sig over tid, så der skal være mulighed for fleksible og glidende overgange mellem almen og specialiseret genoptræning. Det forudsætter tydelige visitationskriterier og retningslinjer for ansvar og samarbejde, når borgerens behov ændrer sig.

Det fremgår, at den specialiserede genoptræning er målrettet en mindre patientgruppe med komplekse behov, herunder behov for indsatser på tværs af sektorer og lovgivning. Som det

fremgår af Sundhedsstyrelsens notat "Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau" fra marts 2025 – som lovforslaget henviser til – er bl.a. genoptræning efter hoved-halskræft et område med lav forekomst og behov for specialiserede kompetencer, hvilket kan udfordre den enkelte kommune i at levere en indsats af tilstrækkelig kvalitet. Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at vidensgrundlaget på området er spinkelt, og at der er geografisk variation i, hvorledes forløb organiseres i hhv. kommuner på alment niveau eller i regioner på specialiseret niveau på sygehusene eller i kombination. Dermed vurderer Sundhedsstyrelsen, at der kan ske forbedringer inden for den eksisterende lovgivningsmæssige ramme. Dette sætter dog fokus på, at behov for specialiseret genoptræning bør undersøges, så kapaciteten kan tilpasses og at der samtidig sikres tilstrækkelige kompetencer i den almene genoptræning, herunder adgang til rådgivning fra det specialiserede niveau.

Strukturændringen har potentiale til at styrke fagligheden, men medfører også en risiko for geografisk ulighed i adgangen til specialiserede tilbud. Det er uklart, hvordan både nærhed og tilgængelighed til regionale tilbud vil blive sikret – særligt for patienter uden bil, netværk eller i yderområder. Der bør derfor være fokus på at sikre geografisk dækning og tilgængelighed og både patienters ventetid og afstand til tilbud bør monitoreres.

Det er stadig uklart, hvordan kommende kvalitetsstandarder bliver revideret eller udformet og implementeret. Kvalitetsstandarderne skal være konkrete og bindende, så de understøtter en ensartet kvalitet på tværs af landet, og så indsatsen ikke varierer afhængig af lokale ressourcer, fortolkning eller prioriteringer. Samtidig bør der opstilles nationale indikatorer for kvalitet, herunder også den borger-/patientoplevelse, så det bliver muligt at følge både effekt og oplevelse – f.eks. i forhold til funktionsevne, livskvalitet og tilfredshed blandt kræftpatienter i genoptræningsforløb. Kræftens Bekæmpelse ser også frem til projektet nævnt i udmøntningsaftalen 2025 for Kræftplan V, som bl.a. har til formål at undersøge, hvordan en mere systematisk og ensartet henvisningspraksis til hhv. rehabiliteringstilbud (§119) og genoptræning (§140) kan understøttes, bl.a. gennem bedre dataunderstøttelse.

Etablering af sundheds- og omsorgspladser – den foreslåede ordning (s. 37-41)

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på intentionen om at styrke kvaliteten og ensartetheden af de midlertidige sundhedsindsatser ved at samle ansvaret for sundheds- og omsorgspladser i regionerne. Det er positivt, at der nævnes en række sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende og mere helhedsorienteret sigte. Kræftens Bekæmpelse bifalder derudover, at der er adgang til lægefaglige kompetencer og tæt koordination med øvrige dele af sundhedsvæsenet. Dette kan styrke kvaliteten og kontinuiteten i forløb for patienter med komplekse sygdomsforløb såsom kræft. Det er dog vigtigt, at der ikke er borgere, som med ændringen "falder mellem to stole" mellem regionale og kommunale tilbud – og at målgruppen er tydelig for hhv. de regionale sundheds- og omsorgspladser og de resterende kommunale midlertidige pladser.

Det fremgår af § 118 d (s. 2), at et ophold på de regionale sundheds- og omsorgspladserne er vederlagsfrit. Derfor undrer det, at borgeren pålægges medicinudgifter under opholdet (s. 29).

Det fremgår af lovforslaget (s. 38): *"at regionsrådet vil kunne tilvejebringe tilbud om ophold ved at etablere egne institutioner eller indgåelse af aftaler herom med andre regionsråd, kommunalbestyrelser eller private institutioner."* Kræftens Bekæmpelse ser en risiko for, at nærheden kan blive udfordret, hvis pladserne samles på få matrikler eller placeres i en anden region langt væk fra borgerens hverdag og netværk. Der bør derfor stilles krav om geografisk nærhed, så pladserne også bliver tilgængelige for borgere i yderområder eller med begrænset mobilitet. Ved overdragelse af driften til andre aktører fremgår, at regionen fortsat har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen. Vi mener, at der skal stilles tydelige kriterier for løbende kontrol med kvaliteten af indsatsen i forhold til lovgivning og standarder på området og krav til samarbejdet med kommunale aktører og det almenmedicinske tilbud. Det er afgørende, at de oprindelige pejlemærker bag opgaveflytningen – nemlig nærhed kombineret med ensartet kvalitet i hele landet – ikke udhules i den praktiske implementering.

Det fremgår derudover (s. 40), at: *"Der vil desuden kunne fastsættes kvalitetsstandarder i medfør af den foreliggende §118b om indsatser på sundheds- og omsorgspladserne. Sundhedsstyrelsen vil således kunne fastsætte forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger om blandt andet kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold, som vil blive beskrevet i en kommende kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladser."* Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at teksten strammes op, så der ikke står "vil kunne" men i stedet "skal", så det er et krav, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nationale kvalitetskrav.

Der står (s. 41), at: *"Indenrigs- og Sundhedsministeriet forventer i et andet kommende høringsvar at etablere en særskilt afregningsmodel i relation til sundheds- og omsorgspladserne. Formålet med ordningen er at understøtte, at kommunerne har et medansvar for patienterne, der opholder sig på pladserne, og at disse kan komme hjem, når det kan lade sig gøre med den fornødne kommunale hjælp og omsorg."* Det er afgørende, at afregningsmodellen ikke fører til en interessekonflikt mellem region og kommune. Udskrivning skal altid bero på en sundhedsfaglig vurdering og tryghed for patienten, ikke på økonomisk pres, hvilket bør være tydeligt i de kommende regler. Det er derudover nødvendigt, at der er de nødvendige tilbud at udskrive til. Modellen bør evalueres løbende ift. borgeroplevelen kvalitet og funktionsevne og ikke kun ift. belægning og afregning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet planlægger i kommende lovforslag (s. 40-41) at fastsætte nærmere regler om en række forhold vedr. sundheds- og omsorgspladserne, herunder bl.a. afregningsmodel, fritvalg til pladserne, kvalitetsstandarder med målgruppebeskrivelse og mulighed for rådgivning, befordring m.v. Disse uklarheder gør det vanskeligt at foretage en fuldstændig vurdering i den nuværende form. Se venligst også Kræftens Bekæmpelses anbefalinger vedr. befordring på side 9.

Det palliative område

Behovet for palliative indsatser kan opstå i hele sygdomsforløbet og skal koordineres med eventuelle rehabiliterende indsatser og genoptræning - og behovet for palliative indsatser skal kunne vurderes og tilbydes både i sygehusregi, i kommunerne og i almen praksis. Derfor er det palliative område helt centralt i forhold til indfrielse af ambitionerne i den nye sundhedslov. Palliative indsatser lindrer syge og døendes lidelse, sikrer god koordination, forebygger genindlæggelser og unødigt behandling. Palliation leveres på tværs af regioner, almen praksis og kommuner og er en central del af det nære sundhedsvæsen. Derfor undrer det, at palliation nærmest er fraværende i lovforslaget. Det fremgår både af sundhedsreformen og Kræftplan V, at der er behov for et styrket fokus på den palliative indsats på særligt basalt niveau. Derudover er det i både Kræftplan V, Rigsrevisionens beretning fra 2025 og den netop offentliggjorte Årsrapport for Dansk Palliativ Database for 2024 centralt, at der indføres en mere systematik i afdekning af palliative behov blandt patienter med alvorlig sygdom i både primær- og sekundærsektoren, da dette både kan sikre mere rettidig lindring og modvirke både den sociale og diagnosemæssige ulighed i adgang til den nødvendige lindring. Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at lovteksten tilpasses, så palliation, herunder vurdering af palliative behov, fremgår eksplicit. Kræftens Bekæmpelse er opmærksom på, at andre høringsparter også har adresseret problemstillingen.

Regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver

Lovforslagets punkt 3.2 - 3.2.3.2

Aftaler om regional medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser (s. 44)

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på intentionen om at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner gennem mulighed for regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver med § 118 c, stk. 1 – f.eks. til styrkelse af det basale palliative område, så ældre borgere i højere grad kan opleve en værdig død i kendte omgivelser jf. lovforslaget. Det er et skridt mod øget sammenhæng, kvalitet og fælles ansvar i det nære sundhedsvæsen. Det er dog afgørende, at ordningen udformes, så den ikke fører til ulighed i adgang. Eftersom regionerne ikke forpligtes til at indgå aftaler med alle kommuner, er der risiko for, at mindre eller ressourcetsvage kommuner stilles ringere på områder som eks. forebyggelse eller palliation. Det bør sikres, at aftalemødelen ikke øger geografiske forskelle, men tværtimod bidrager til en mere lige udvikling af sundhedsindsatser på tværs af landet.

Det er noget uklart, hvilke kriterier der ligger til grund for de implementeringskrav, som regionerne kan stille i forbindelse med medfinansieringen. Implementeringskravene bør være tydelige og rimelige, så de ikke underminerer kommunernes lokale prioriteringsrum. Kræftens Bekæmpelse støtter også muligheden for flerårige tilsagn, så kommunerne kan planlægge og udvikle bæredygtige tilbud. Det er samtidig vigtigt, at medfinansiering ikke blot træder i stedet for eksisterende kommunale indsatser. Kræftens Bekæmpelse støtter derfor, at der kan stilles krav om fastholdelse af serviceniveau i tilknytning til nye aftaler, så det reelt fører til øget kvalitet for borgerne.

Samlet set rummer modellen gode muligheder for at understøtte lokale sundhedstilbud og tværsektoriel udvikling. Men for at sikre lighed, gennemsigtighed og varig effekt er det vigtigt, at der fastlægges klare rammer for krav og at mindre eller ressourcetsvage kommuner også får mulighed for at opnå løft til udvikling.

3.2.3.2 Nationale kvalitetsstandarder i sundhedsrådene (s. 48)

Kræftens Bekæmpelse støtter op kvalitetsstandarder bestående af en blanding af bindende krav og en række ikke-bindende anbefalinger, men det er afgørende, at balancen mellem bindende krav og lokalt implementerede anbefalinger ikke fører til for uensartet implementering.

Fastsættelse af minimumsstandarder til sundhedsråd målrettet kommunale indsatser *Lovforslagets punkt 3.3 - 3.3.3*

Det fremgår af lovforslaget (s. 50), at *"Det foreslås i § 118 c, stk. 3., at "Indenrigs- og Sundhedsministeren årligt fastsætter minimumsgrænser målrettet kommunale indsatser for hvert sundhedsråd, som regionsrådene er forpligtet til at reservere til sundhedsrådene med henblik på medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver."* Kræftens Bekæmpelse ser det som positivt, at minimumsrammerne kan sikre et fast økonomisk grundlag for medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser, hvilket også kan fremme et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner og bidrage til, at midlerne til det nære sundhedsvæsen reelt bliver udmøntet lokalt.

Derudover foreslås videre (s. 51) i § 118 c, stk. 4, at *"de økonomiske minimumsrammer kan prioriteres til finansiering af regionale indsatser, såfremt alle kommunalbestyrelser under et givent sundhedsråd indgår aftale med regionsrådet herom, og forudsat at der er tale om sundhedsopgaver, regionerne må varetage eftergældende lovgivning i øvrigt."* Der bør være opmærksomhed på, at muligheden for at kunne omprioritere midler til regionale indsatser ikke må ske på bekostning af formålet om at styrke de kommunale sundhedsopgaver. Endelig bør det sikres, at processen omkring fordelinger og aftaler er gennemsigtig og inddragende.

Statsligt tilskud til regionerne målrettet løft af kommunale sundhedsindsatser og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde

Lovforslagets punkt 3.4 – 3.4.3

Det er hensigtsmæssigt, at de økonomiske midler til kommunale sundhedsindsatser med en ny § 243 a i sundsloven fremadrettet er fastlagt med en klar struktur, der kan understøtte den nære sundhed (s. 53). Det er dog vigtigt, at den administrative styring og krav om revision ikke bliver så omfattende, at det hæmmer fleksibilitet og lokalt samarbejde. Der bør særligt være opmærksomhed på, at uforbrugte midler ikke tilbageføres til staten uden en forudgående vurdering af årsagen, herunder f.eks. om midlerne ikke er udmøntet grundet manglende kapacitet, uenighed om aftalevilkår eller for sent udmeldte rammer. Det bør sikres, at modellen fremmer investering i nære, borgernære indsatser, og at der er gennemsigtighed i, hvordan midlerne fordeles og bruges.

Det undrer, at nær sundhed står i parentes [nær sundhed] (s. 52). Det anbefales, at parentesen konsekvent fjernes i lovforslagets punkt.

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

Lovforslagets punkt 3.5 – 3.5.3.1

3.5.1.2 [Pladsholder til beskrives af bestemmelse vedr. patient- og pårørendeudvalg] (s. 56)

Kræftens Bekæmpelse har i høringssvaret til forslag til "lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love" anbefalet, at antallet af medlemmer i patient- og pårørendeudvalg øges fra de nuværende 8 medlemmer til eks. 15-20 medlemmer i hjemmelen til patient- og pårørendeudvalgene. Dette antal tog udgangspunkt i, at der kun var ét patient- og pårørendeudvalg i hver region – og ikke et patient- og pårørendeudvalg i tilknytning til hvert sundhedsråd.

Det er en stor opgave at rekruttere medlemmer og vil kræve et stort administrativt og organisatorisk set up med 17 patient- og pårørendeudvalg med 15-20 medlemmer. Det anbefales, at der i bestemmelserne vedr. patient- og pårørendeudvalg er en åbning for, at antallet kan variere, så rådene kan være besat med f.eks. 10-15 medlemmer afhængig af bl.a. relevante kandidater, det enkelte sundhedsråds størrelse og optageområdets indbyggertal.

National sundhedsplan og 3.5.3.2 Nærsundhedsplaner (s. 62 og 63)

Kræftens Bekæmpelse støtter intentionen om, at den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne kan skabe en mere ensartet retning for omstilling og udvikling af det nære sundhedsvæsen, herunder styrke planlægning og samarbejde mellem regioner og kommuner. Kræftens Bekæmpelse bakker op om, at den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte, at nærsundhedsplanen også indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser. Det er dog afgørende, at det stærke fokus på at flytte aktivitet til det nære sundhedsvæsen ikke medfører en afspecialisering, som vil være et massivt tilbageskridt for patienterne og kvaliteten i sundhedsvæsenet samlet set. Det højt specialiserede sundhedsvæsen er nødvendigt for de mest sundhedsudsatte borgere. Derfor bør det fremgå af lovteksten, at den nationale sundhedsplan også skal forholde sig til udviklingen af og rammerne for den højt specialiserede behandling.

Kræftens Bekæmpelse glæder sig over, at sundhedsrådet systematisk skal inddrage dets tilhørende patient- og pårørendeudvalg i drøftelser af rådets nærsundhedsplan. Det er vigtigt, at både den nationale og de lokale sundhedsplaner får tydelige rammer for, hvordan patienter og pårørendes behov og oplevelser systematisk inddrages – ikke blot gennem rådgivning, men som en integreret del af prioriteringer og målsætninger. Det bør i bestemmelserne vedr. patient- og pårørendeudvalg derfor tydeligt fremgå, hvordan udvalget skal inddrages i arbejdet, så udvalgets viden reelt bliver brugt.

Det bør desuden sikres, at nærsundhedsplanerne får en reel forpligtende karakter, så de ikke blot bliver strategiske hensigtserklæringer, men et konkret styringsredskab med tydelig sammenhæng mellem mål, opfølgning, økonomi og ansvar. For at skabe kontinuitet i patientforløbene er det særligt vigtigt, at nærsundhedsplanerne konkret adresserer samarbejdsflader, kapacitetsbehov og overgange mellem sektorer – med særligt fokus på bl.a. sårbare borgere og borgere med komplekse forløb. Det er derfor også væsentligt, at det præciseres, at der mellem sundhedsrådene etableres en reel fælles administrativ struktur, da dette understøtter det forpligtende samarbejde og sikrer fælles ansvar for opgaveløsningen.

De kommende nærsundhedsplaner bliver et vigtigt styringsredskab for rådene og udgør bl.a. en mulighed for at sikre sammenhæng i folkesundhedsarbejdet på tværs af stat, regioner og kommuner. Nærsundhedsplanerne bør derfor også forholde sig til snitflader ift. folkesundhedsloven med henblik på at skabe sammenhæng i de opstillede mål for folkesundheden såvel nationalt og lokalt niveau.

Aftalepartierne bag Aftale om sundhedsreform 2024 (s. 73) er enige om, at der skal foretages løbende monitorering af omstillingen til det nære sundhedsvæsen og effekten for patienterne. Kræftens Bekæmpelse mener, at denne løbende landsdækkende monitorering af implementeringen af sundhedsreformen er afgørende, så omstillingen ikke resulterer i "17 forskellige nye sundhedsvæsener" og (ny) geografisk ulighed i praksis.

Øvrige bemærkninger fra Kræftens Bekæmpelse

Patientbefordring

Det fremgår af lovforslaget (punkt. 3.1.3.2. på s. 41), at Indenrigs- og Sundhedsministeriet som led i implementeringen af sundhedsreformen og som følge af samarbejdsprogrammet på det regionale område vil foretage et generelt eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven. Dette ser Kræftens Bekæmpelse særdeles positivt på.

De gældende regler for befordring og befordringsgodtgørelse til og fra behandlingssted er komplicerede og svære at gennemskue. Derudover er lovgivningen på området ikke tidssvarende i forhold til det danske sundhedsvæsen i dag, hvor mange patienter behandles på tværs af regionsgrænser. Reglerne er også uhensigtsmæssige og uklare, når terminal syge skal transporteres til hospice uden for patientens egen bopælsregion. Samlet set er der mange forhold, der gør, at reglerne for befordring og befordringsgodtgørelse er svære at administrere, og der ses regionale forskelle i regionernes praksis på området. Kræftens Bekæmpelse mener, at der er behov for følgende:

- En opdateret lovgivning med henblik på en forenklet og mere overskuelig regulering, som tager højde for, at patienter i det danske sygehusvæsen i dag behandles og indlægges på tværs af regionsgrænserne.
- Pligt for regionerne til at sørge for og betale for transport til det hospice, som patienten har valgt - uafhængigt om det pågældende hospice ligger i patientens bopælsregion.

- Genindførelse af klageadgang på området.

Kræftens Bekæmpelse står til rådighed i forhold til at belyse problemstillingen nærmere og bidrager meget gerne bidrager i arbejdet med en revision af reglerne.

Hjælpemidler og behandlingsredskaber

Aftalepartierne er med Sundhedsreform 2024 (s. 46) enige om, at regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler skal revideres. Kræftens Bekæmpelse mener, at der med sundhedsreformen skal sikres en bedre løsning med fokus på lighed og værdighed i bevilgning af hjælpemidler og behandlingsredskaber. I dag oplever patienter på tværs af diagnoser store udfordringer med at få tildelt hjælpemidler og behandlingsredskaber. I praksis kommer patienter i klemme både i regionalt og kommunalt regi, fordi der er uklarhed om ansvarsfordelingen. Kræftens Bekæmpelse anbefaler:

- At der på landsplan udarbejdes ensartet bevillingspraksis i kommunerne og i regionerne vedrørende tildeling af personlige hjælpemidler.
- At det er specialiserede sundhedsprofessionelle, som i dialog med borgeren vurderer, hvilket hjælpemiddel, som individuelt er optimalt i forhold til borgerens sygdom, funktionstab og borgerens arbejds- og hverdagsliv.
- At den maksimalt accepterede sagsbehandlingstid præciseres. Der er eksempler på sager, der varer op til 8 måneder, hvilket kan have store helbredsmæssige konsekvenser for borgeren.
- At ansvarsfordelingen mellem kommune og region klarlægges.

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at Sundhedsstyrelsen får til opgave at udarbejde faglige standarder på hjælpemiddelområdet med tilhørende indikatorer for måling af kvaliteten på tværs af kommunerne og regionernes indsats.

Afsluttende bemærkninger

Kræftens Bekæmpelse glæder sig over de positive initiativer i lovforslaget, som skal danne grundlag for et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet. Vi ser frem til at følge implementeringen af lovforslaget og den samlede sundhedsreform, ligesom vi naturligvis gerne vil bidrage i det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Pernille Slesager
Patientstøttedirektør



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1016 København K

24.06 2025

LAP Høringssvar: Udkast til forslag om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere takker for muligheden for at afgive høringssvar til ovennævnte lovudkast. Vi ønsker at fremhæve følgende synspunkter og anbefalinger:

1. Brugerindflydelse og medbestemmelse

Det er afgørende, at mennesker med psykosociale handicap sikres lige muligheder for deltagelse i beslutningsprocesser, der vedrører deres behandling og støtte. Vi anbefaler, at lovforslaget indeholder bestemmelser, der sikrer systematisk inddragelse af psykiatribrugere i udformningen og implementeringen af nærsundhedsplaner og andre relevante initiativer.

2. Fokus på ikke-tvangsprægede tilbud

LAP arbejder for at fremme udviklingen af nye og ikke-tvangsprægede hjælpeforanstaltninger. Vi opfordrer til, at lovforslaget understøtter etableringen af frivillige og brugerstyrede tilbud, der respekterer den enkeltes ret til selvbestemmelse og understøtter recovery-orienterede tilgange.

3. Ligestilling og antidiskrimination

Det er vigtigt at sikre, at personer med psykosociale handicap ikke udsættes for diskrimination og har lige adgang til sundhedsydelser. Vi anbefaler, at lovforslaget indeholder klare bestemmelser, der forpligter sundhedsvæsenet til at arbejde aktivt for ligestilling og modvirke forskelsbehandling.

4. Økonomisk støtte til brugerdrevne initiativer

For at styrke empowerment og selvhjælp blandt psykiatribrugere foreslår vi, at der afsættes midler til støtte for brugerdrevne aktiviteter og organisationer. Dette vil bidrage til kompetenceudvikling opbygning af social kapital og dermed fremme deltagelse i samfundslivet.

5. Retssikkerhed og juridisk bistand

Vi anbefaler, at lovforslaget sikrer adgang til gratis juridisk bistand for psykiatribrugere i forbindelse med klager og retssager relateret til sundhedsydelser. Dette vil styrke retssikkerheden og sikre, at den enkeltes rettigheder respekteres.

Vi håber, at disse synspunkter vil blive taget i betragtning i det videre lovgivningsarbejde. LAP står gerne til rådighed for yderligere dialog og samarbejde om udviklingen af et mere inkluderende og retfærdigt sundhedsvæsen.

Anette Pedersen
LL- medlem

På vegne af LAP

Med venlig hilsen
LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere

Store Glasvej 49
5000 Odense C.
Tlf.: 66 19 45 11
E-mail: lap@lap.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sendt via e-mail til sum@sum.dk med kopi til flf@sum.dk og sse@sum.dk.

Dato: 2. juli 2025

Navn: Anni Sørensen /
Hans Andersen

Høringssvar vedr. lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nær-sundhedsplaner m.v

Lev fremsender hermed høringssvar vedr. ovenstående lovforslag.

Lev tilslutter sig DH's (Danske Handicaporganisationers) høringssvar og vi vil særligt fremhæve afsnittene omkring på arbejdet med fast tilknyttede læger til botilbud, sundhedstjek hos den praktiserende læge, samt adgang til de rette sundhedsfaglige kompetencer i dagligdagen for borgere i botilbud / sundhedsfaglige botilbudsteams:

Sundhedsfaglige botilbudsteams

Mange mennesker med udviklingshandicap og andre kognitive funktionsnedsættelser har hidtil været en overset gruppe i det danske sundhedsvæsen og har bl.a. derfor markant kortere levetid samt flere sundhedsproblemer end andre borgere i Danmark.

Vi er derfor meget positive overfor indførelsen af sundhedstjek hos den praktiserende læge samt indførelsen af fast tilknyttede læger til botilbud. Disse tilbud er imidlertid ikke tilstrækkelige, da borgere med udviklingshandicap også har behov for langt bedre adgang til de rette sundhedsfaglige kompetencer i dagligdagen – både til at opdage og reagere på sundhedsproblemer og til at følge op på behandling.

Med lovforslaget opdeles den vederlagsfri sygepleje i en almen kommunale sygepleje og en regional sygepleje, der skal tage sig af akutte samt komplekse forløb. Indholdet i den samlede vederlagsfri sygepleje skal bl.a. beskrives i kvalitetsstandarder.

Vi vil gerne opfordre til, at der som del af, eller som supplement til, sygeplejen indføres "sundhedsfaglige botilbudsteams" bestående af bl.a. sygeplejersker med fokus på personer med handicap på botilbud. Det er ikke afgørende, hvor de specialiserede botilbudsteams bliver forankret, men med øje for de meget store og langvarige problemer på området, er det afgørende, at det bliver en "skal"-opgave i den nye sundhedsstruktur – og eftersom mange kommuner ikke har tilstrækkeligt befolkningsgrundlag vil det være en oplagt opgave for enten de nye sundhedsråd eller som del af de regionale akutsygeplejer. Det er i den

forbindelse afgørende, at "det nære" sundhedsfaglige løft for personer på botilbud bliver

- a) med tydeligt beskrevet høj kvalitet,
- b) entydigt placeret og
- c) forpligtende.

Fasttilknyttede læger til botilbud

Endelig vil vi gerne kvittere for det store fokus, der er på fasttilknyttede læger til botilbud i lovforslaget. Samtidigt mener vi dog, at der er behov for at sætte en tydelig og ambitiøs tidshorisont for implementeringen af disse, samt for en præcisering af retningen og indholdet af disse, ligesom vi mener, at der er behov for efter-/videreuddannelse for de fastknyttede læger, med særligt fokus på bl.a., kommunikation med målgrupperne, beslutningsstøtte samt specifikke sundhedsproblemer relateret til borgere på botilbud (fx epilepsi, psykofarmaka, syndromer mm).

Med venlig hilsen



Anni Sørensen
Landsformand
Lev

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
sum@sum.dk

Østerbro 18-06-2025

Høringssvar fra Lungeforeningen vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven m.fl. (opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.)

Lungeforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til det fremsendte lovforslag.

Vi har følgende bemærkninger til lovforslaget:

Mere kvalitet i den patientrettede forebyggelse

Vi anerkender behovet for at hæve kvaliteten i den patientrettede forebyggelse, og vi ser det som positivt, at der nu etableres nye rammer og incitamenter i form af bl.a. sundhedsråd og regionalt ansvar.

Vi vil dog opfordre til, at man i forbindelse med lovændringen kigger på at flere kvalitetsstandarder gøres mere bindende – dvs. at flere krav formuleres som "skal" frem for "kan". Det er afgørende, at alle borgere – uanset kommune – får adgang til forebyggende indsatser af høj kvalitet. En tydeligere forpligtelse kan hjælpe til at udligne de store kvalitetsforskelle, vi i dag ser på tværs af landet.

Afgørende at blive hjulpet i det nære

Vi hilser målet om en tidlig, nær og sammenhængende indsats varmt velkommen. For borgere med kroniske lungesygdomme er det afgørende at blive hjulpet i tide og tæt på hjemmet.

Alt for mange borgere med KOL mister livet i forbindelse med akutte indlæggelser. KOL er den enkelt sygdom flest danskere dør af, og dødeligheden efter 30 dage efter en akut indlæggelse ligger på hele 16 pct. Det skal vi kunne gøre bedre. Vi håber derfor, at styrkelsen af det nære sundhedsvæsen – fx gennem

hjemmemålingsordninger med tilhørende tilgængeligt sundhedspersonale, der kan reagere hurtigt kan være med til at nedbringe disse dødsfald.

Vi vil også fremhæve, at behandling tæt på borgerne ikke blot er en organisatorisk fordel – det er en nødvendighed for mange patienter. En tur til sygehuset kan for borgere med fremskreden KOL være en udmattende fysisk opgave, som koster al den luft, de har til rådighed den dag. Det gør det helt afgørende, at sundhedstilbud i højere grad gøres tilgængelige lokalt eller i eget hjem.

Derfor ser vi positivt på, at sundhedsrådene fremover får både flere midler og større ansvar – det giver mulighed for at udvikle lokale løsninger, der giver mening for borgerne tæt på dem.

Fordeling efter behov – en rigtig prioritering

Vi støtter, at udmøntningen af midlerne fra staten til sundhedsrådene baseres på demografi og sygdomsbyrde. Det er en rigtig prioritering, som forhåbentlig vil styrke de områder i landet, hvor sundhedstilbuddene i dag er svagest – og hvor borgerne derfor har allermest brug for et løft.

Lungeforeningen ser i alt væsentligt positivt på lovforslaget og vi bidrager gerne yderligere. Skulle vores høringssvar medføre spørgsmål eller ønske om en yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Ann Leistiko,
Direktør i Lungeforeningen



Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.m.)

01.07. 2025

Sagsnr:

Aktnr:

Fælles høringssvar fra Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation

Husk de sundhedsprofessionelle når der skal lægges planer

Vi ser frem til udarbejdelse af henholdsvis en national sundhedsplan samt Sundhedsrådenes arbejde med udvikling og gennemførelse af nærsundhedsplaner. Vi opfordrer i denne forbindelse til, at planerne udarbejdes på grundlag af et sundhedsfagligt – herunder lægefagligt - kvalificeret input på alle niveauer.

Vi kan henvise til vores tidligere høringssvar i forbindelse med udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel, hvor vi foreslår, at sundhedsrådene SKAL nedsætte mindst et underudvalg bestående af relevante ledelsesrepræsentanter og sundhedsprofessionelle (almen praksis, speciallægepraksis, den nye regionale plejesektor, den kommunale sundheds- og plejesektor, præhospitale funktioner og hospitaler m.fl.), bl.a. til udvikling og implementering af nærsundhedsplaner. [Høring over udkast til forslag til lov om en ny regional forvaltningsmodel m.v.](#)

Sikring af kædesammenhæng og nære patientforløb

Vi bakker som udgangspunkt op om den foreslåede samling af sundhedsopgaver med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb og flere nære patientforløb.

Derfor ser vi også frem til udarbejdelse af kommende udkast til bekendtgørelser om bl.a. sundheds- og omsorgspladser, kvalitetsstandarder, tilrettelæggelse og varetagelse af genoptræningsforløb, overgang til eget hjem, som indenrigs- og sundhedsministeren med dette lovforslag får hjemmel til og som vi naturligvis gerne bidrager til.

Med venlig hilsen

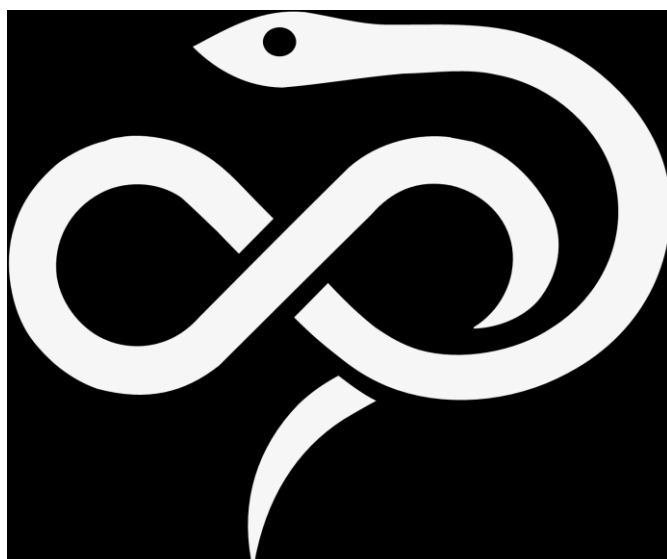
Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 3544 8214 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: ga@dadl.dk
www.laeger.dk



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Camilla Noelle Rathcke'.

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen



Høringssvar vedr.: Høring over Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

I Reddernes Fagforening hilser vi ændringerne af sundhedsvæsenets fokus på det nære sundhedsvæsen velkomment. Vi har med interesse læst at man ser en rolle for det præhospitale system i Det Nære Sundhedsvæsen i fremtiden. Vi er meget positive overfor denne udvikling, men vi er bekymrede over placeringen af det præhospitale område under Den Regionale Sundhedsplan, mens ansvaret for det nære sundhedsvæsen findes i De Nære Sundhedsplaner. Vi frygter at der kan komme et meget broget billede indenfor samme region, hvor det præhospitale potentielt vil kunne blive brugt meget heterogent imellem de 17 Sundhedsråds områder, hvilket vi ikke mener er hensigtsmæssigt. Vi vil derfor appellere til at der indenfor de enkelte regioner laves ensartede anvendelsesmuligheder for det præhospitale system indenfor det nære sundhedsområde, eller som minimum er særligt opmærksom på ikke at overbelaste det præhospitale system med opgaver i Det Nære Sundhedsvæsen, således at akuthjælpen til syge og tilskadekomne i det traditionelle præhospitale opgavekatalog ikke bliver kompromitteret pga. de nye opgaver i visse Sundhedsrådsområder. Vi mener dog absolut at det giver rigtig god mening at anvende de konventionelle præhospitale enheder indenfor Det Nære Sundhedsvæsen når der er ledig kapacitet, og igennem dedikerede subakutte enheder f.eks. Præhospitale Visitationenheder/Vurderingsenheder (PHV/PVE). En sådan omlægning finder vi ligger i naturlig forlængelse af den nuværende faglige udvikling indenfor de præhospitale uddannelser.

Med venlig hilsen

Martin Nielsen, Chefkonsulent

Tlf: 44109575 | E: mn@reddernesfagforening.dk



**REDDERNES
FAGFORENING**

Høringssvar vedr.: Supplerende høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Mange tak for indbydelsen til deltagelse i ”Supplerende høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.”.

I Reddernes Fagforening hilser vi muligheden for et forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner, med klar fordeling af myndigheds- og driftsansvar, velkomment ift. de muligheder der åbnes op for ift. de horisontale samarbejdsaftaler.

Vores medlemmer har igennem mange år, oplevet konsekvenserne af en kommunal og regional opdeling af sundhedsvæsenet, med store menneskelige konsekvenser for patienterne i vores medlemmers varetægt. Vi finder at muligheden for formaliserede horisontale samarbejdsaftaler kan være med til at øge samarbejdet mellem regionerne og kommunerne, og måske være et af de nødvendige skridt til at få gjort sundhedsvæsenet mere sammenhængende i Danmark.

Reddernes Fagforening støtter det tilsendte.

Med venlig hilsen

Martin Nielsen, Chefkonsulent

Tlf: 44109575 | E: mn@reddernesfagforening.dk



**REDDERNES
FAGFORENING**



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Per mail til

sum@sum.dk

med kopi til flf@sum.dk og sse@sum.dk.

Padborg, den 27. juni 2025

Høring forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

Høringssvar

Til rette vedkommende

Region Sønderjylland-Schleswig takker for muligheden for at kommentere på de fremsendte forslag. Bestyrelsen for Region Sønderjylland-Schleswig har arbejdet intensivt med konsekvenserne af sundhedsstrukturen siden sommeren 2024 og har igen drøftet emnet på sit seneste møde den 20. juni 2025. Der blev også sendt et brev til sundhedsministeren den 19. februar 2025.

Siden 1997 har Region Sønderjylland-Schleswig fungeret som det institutionaliserede samarbejde mellem tyske og danske kommuner. Region Sønderjylland-Schleswig udvider og vedligeholder den politiske og administrative dialog, fremmer kultur, sprog og borgermøder, fremmer arbejdskraftens frie bevægelighed gennem grænsependlerrådgivning og fungerer som kontaktpunkt for Grænsepanelet, hvis arbejde for at reducere mobilitetsbarrierer siden 2023 er blevet udført af udenrigsministerierne.

Samarbejdet blev etableret af Sønderjyllands Amt på dansk side, og i forbindelse med kommunalreformen 2007 trådte de 4 sønderjyske kommuner og Region Syddanmark ind i samarbejdet som juridiske efterfølgere for Amtsforvaltningen.

På grund af partnerstrukturen finansieres samarbejdet ligeligt af tyske og danske midler. Region Syddanmark yder et bidrag svarende til 3/4 af den samlede danske finansiering og udgør en drivende kraft i det fælles samarbejde.

Det lovforslag, der nu ligger på bordet, truer det samarbejde, der er blevet opbygget gennem årtier.



Selv om en lang række kendte politikere på det seneste har forsikret os om, at samarbejdet vil kunne fortsætte uændret, er der på nuværende tidspunkt uden en mere positiv præcisering af Region Syddanmarks grænseoverskridende opgavevaretagelse og økonomi hertil udsigt til et økonomisk underskud i det kommende regnskabsår, hvilket har tvunget direktionen til at skære i medarbejderstaben.

Med henblik på det foreliggende lovforslag finder Region Sønderjylland-Schleswig det nødvendigt at tilpasse eller konkretisere forslaget ved at

1. alle opgaver, som Region Syddanmark tidligere har støttet, medtages i opgavelisten. Hertil hører opretholdelse og udbygning af den politiske og administrative grænseoverskridende dialog,
2. sikre det eksisterende fremme af kultur, sprog og borgermøder,
3. sikre vejledning til borgere, virksomheder og institutioner om arbejdsmarkedsforhold.

For at sikre, at det arbejde, der med succes er udført i årtier til gavn for borgerne i grænseregionen, kan videreføres og udvikles og dermed også bidrage til et Europa, der vokser tættere sammen, beder vi om at oplysningerne i dette brev tages til efterretning.

Vi står gerne til rådighed ved spørgsmål.

Med venlig hilsen

Peter Hansen

Leder Regionskontor & Infocenter, Region Sønderjylland-Schleswig

2. juli 2025



Høringssvar til udkast til forslag til lov om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Røde Kors takker for muligheden for at bidrage med et civilsamfundsperspektiv ved et høringssvar til udkast til forslag til lov om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

I Røde Kors er vi særligt opmærksomme på patienter, som har få eller ingen pårørende og patienter som er særligt sårbare. Samtidig har vi også indsatser, der aflaster de sårbare patienters pårørende. Vores indsatser handler om at støtte mennesket bag sygdommen ved at give tryghed og omsorg til mennesker, der befinder sig i en sårbar eller udsat livssituation fx i svære overgange, og som har brug for ekstra støtte og fællesskab. Indsatserne er således ikke diagnosespecifikke.

Resumé af Røde Kors' anbefalinger:

1. At der bliver formaliseret en struktur for inddragelse af civilsamfundet på både et overordnet niveau og et praksisnært niveau.
2. At civilsamfundet indtænkes systematisk i den nære planlægning, dvs. at inddragelse af civilsamfundet beskrives i både de regionale sundhedsplaner og i nærsundhedsplanerne, jf. den foreslåede § 206.
3. At de centrale og relevante civilsamfundsaktører på sundhedsområdet får sæde i de kommende patient- og pårørendeudvalg, jf. den foreslåede § 204.
4. At der i lovforslagets bemærkninger bliver indskrevet, at hospitalerne henviser eller brobygger til Røde Kors' omsorgscentre, når hospitalerne har patienter, som de vurderer, er ramt af komplekse sociale udfordringer, der ligger uden for målgruppen af de regionale sundheds- og omsorgspladser, jf. den foreslåede § 118 d.

Generelle kommentarer

Røde Kors ønsker med dette høringssvar at opfordre til, at civilsamfundet tænkes systematisk ind 'hele vejen rundt' i det nye, nære sundhedsvæsen og den patientrettede forebyggelse ved at brobygge til de lokale civilsamfundstilbud, som kan komplementere den fagprofessionelle indsats og bidrage til en sammenhængende indsats. At samarbejde systematisk på tværs af sektorer vil i sig selv

være en kulturforandring, men hvis man indtænker civilsamfundet fra start både fagligt og strukturelt, kan det være med til at understøtte ønsket om et nært sundhedsvæsen og en velfungerende patientrettet forebyggelse.

Røde Kors anbefaler, at der dels bliver en fast struktur for inddragelse af civilsamfundet på *et overordnet niveau*, fx med en repræsentation i et udvalg i regi af de nye sundhedsråd, og at civilsamfundets tilbud indtænkes i den overordnede planlægning, fx ved at fremgå af nærsundhedsplanerne. Dertil kommer behovet for, at der allokeres ressourcer til at skabe brobygningen i overgangene mellem henholdsvis hospitaler, omsorgspladser og eget hjem, fx ved at der udpeges civilsamfundsansvarlige eller frivillighedskoordinatorer på hospitaler, rehabiliteringscentre mv. Det kan være med til at sikre, at vi tværsektorielt bedre kan understøtte hinanden om de regionale mål og udfordringer, jf. afsnittet om sundhedsrådene nedenfor.

På et *praksisnært niveau* er det også afgørende med en systematisk inddragelse af civilsamfundet. Det kan ske ved, at det bliver indlejret i arbejdsgangene blandt det sundhedsfaglige personale, så personalet vænnes til at forholde sig systematisk til, om civilsamfundet kan spille en rolle i forhold til borgeren. Personalet skal altså systematisk kunne henvise til de relevante frivillige tilbud, når en patient har brug for medmenneskelig støtte på hospitalet, eller når akutsygeplejersken ser mulighed for at samarbejde med f.eks. en vågetjeneste i hjemmet.

Sundhedsrådene og nærsundhedsplaner

Røde Kors mener, at der med etableringen af de 17 nye sundhedsråd, der får ansvaret for planlægning og drift af de regionale sundhedsopgaver, opstår en oplagt mulighed for at formalisere en inddragelse af civilsamfundet - ikke mindst i forhold til de kommende nærsundhedsplaner.

Nærsundhedsplaner

Røde Kors noterer sig, at de kommende sundhedsråd bliver ansvarlige for at udarbejde nærsundhedsplaner, der muliggør planlægning af de nære sundhedsopgaver, jf. den foreslåede § 206 (afsnit 3.5.2.2, side 61).

Røde Kors anbefaler, at civilsamfundet indtænkes systematisk i den nære planlægning - fx ved at der indgår et særskilt civilsamfundskapitel i både de regionale sundhedsplaner og i nærsundhedsplanerne, samt at civilsamfundet involveres i udarbejdelsen heraf. Civilsamfundsaktører kan:

- Bidrage med viden om lokale behov og sårbare grupper: Civilsamfundsorganisationer har ofte en tæt kontakt med borgere, der kan have vanskelig adgang til det etablerede sundhedsvæsen, herunder fx ældre i udsatte positioner, ensomme, hjemløse eller mennesker med psykiske lidelser.
- Identificere potentialer for frivillige indsatser: I samarbejde med sundhedsvæsenet afdække, hvor frivillige indsatser kan supplere de professionelle ydelser, fx i form af medmenneskelig støtte, praktisk hjælp eller aktiviteter, der fremmer sundhed og trivsel og forebygger genindlæggelser.
- Sikre sammenhæng og brobygning: Understøtte koordination mellem formelle sundhedstilbud og civilsamfundsborne tilbud for at skabe mere sammenhængende borgerforløb samt en tryk overgang mellem forskellige sektorer.
- Fremme innovation og lokale løsninger: Medvirke til at udvikle nye, fleksible og behovsorienterede løsninger tæt på borgerne, som kan tilpasses lokale forhold.

Patient- og pårørendeudvalg

I den foreslåede § 204 (afsnit 3.5.1.2, side 56) udestår beskrivelsen af de kommende patient- og pårørendeudvalg både i forhold til deres mandat, organisering og sammensætning. Røde Kors afventer resultatet af dette arbejde og støtter kravet om, at sundhedsrådene skal inddrage de nedsatte patient- og pårørendeudvalg systematisk i dets drøftelser af nærsundhedsplanen.

Røde Kors foreslår dog, at de centrale og relevante civilsamfundsaktører på sundhedsområdet får sæde i de kommende patient- og pårørendeudvalg.

I Røde Kors har vi med vores brede lokale forankring og særlige opmærksomhed på patienter, som har få eller ingen pårørende, meget at kunne byde ind med i forhold til de organisatoriske og patientnære forhold. Vi kan f.eks. bidrage betydeligt med brobygningen mellem de offentlige tilbud og civilsamfundets aktiviteter. Vi stiller os til rådighed med vores viden og erfaring for netop denne gruppe patienter også i et fokus på at mindske social og strukturel ulighed i sundhed samt ensomhed.

Etablering af regionale sundheds- og omsorgspladser

Røde Kors har fokus på at gribe sårbare borgere i de svære overgange mellem sektorer. Det gør vi f.eks. på Røde Kors' omsorgscentre, hvor borgere i hjemløshed støttes i den svære overgang efter udskrivelse fra hospital. Røde Kors driver fire, snart fem, omsorgscentre i Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden. På omsorgscentrene tilbydes mennesker, der lever i hjemløshed, 14 dages gratis kost og logi, ro og omsorg, adgang til fællesskab med frivillige, sygeplejefaglig assistance og socialrådgivning, der forbedrer borgernes fysiske og mentale sundhed. Opholdet giver borgeren mulighed for at restituere, for at kunne vende tryggere og raskere tilbage til hverdagen samt mindske risiko for genindlæggelse.

På baggrund af vores viden og erfaringer med bl.a. omsorgscentre, ser Røde Kors positivt på intentionen om at sikre overgangen efter udskrivelse fra hospital med etableringen af regionale sundheds- og omsorgspladser, jf. den foreslåede § 118 d (side 2). På sundheds- og omsorgspladserne tilbydes vederlagsfrit midlertidigt ophold til personer, der har bopæl i den pågældende region, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Vi mener, at dette vil gøre en stor forskel for patienter, som ikke kan udskrives til eget hjem.

Vi vil dog gøre opmærksom på, at målgruppen for de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser, jf. den foreslåede § 118 d (side 2), ikke omfatter borgere med komplekse sociale udfordringer. Målgruppen for sundheds- og omsorgspladserne omfatter primært borgere med sundhedsfaglige behov, der fordrer adgang til lægefaglige kompetencer. Det vil sige borgere med somatisk sygdom og eventuelt samtidig psykisk lidelse, der har behov for sundhedsfaglige indsatser som følge af f.eks. akut opstået sygdom, komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, m.v. Derimod omfatter målgruppen ikke borgere, der i kombination med sygeplejefaglige behov også har stort behov for socialfaglige indsatser, og har udfordringer, der primært relaterer sig til f.eks. hjemløshed, eller behov for social rehabilitering eller social misbrugsbehandling. Patienter, som ellers risikerer at blive særligt udsat for strukturel ulighed i sundhed.

Røde Kors har allerede et godt og konstruktivt samarbejde med myndighederne på sundhedsområdet. Men på ovenstående baggrund opfordrer Røde Kors til, at der i lovforslagets bemærkninger bliver indskrevet, at hospitalerne henviser eller brobygger til Røde Kors' omsorgscentre, når hospitalerne har patienter, som de vurderer, er ramt af komplekse sociale udfordringer. En systematisk henvisning vil sikre, at de borgere, som f.eks. er ramt af hjemløshed, misbrug, m.v. kan blive grebet i den svære overgang fra udskrivelse på hospitalet.

Røde Kors arbejder på at gøre tilbuddet med omsorgscentre landsdækkende. Et sundhedsøkonomisk studie foretaget af Klinisk Forskningsafdeling på Amager-Hvidovre Hospital i 2014-2020 viser, at der

er en gennemsnitlig årlig samfundsmæssig besparelse på 80.000 kr. pr. hjemløs borger, der får et ophold på et Røde Kors omsorgscenter. En skønnet fremskrivning af tallene fra 2020 viser, at dette svarer til en besparelse på cirka 97.000 kr. (eller helt korrekt: 96.985 kr.) årligt pr. hjemløs borger i 2025-tal¹.

Baggrund om Røde Kors' arbejde på sundhedsområdet

I dag er Røde Kors til stede i alle regioner med mange forskellige tilbud – både forebyggende, under indlæggelsen på hospitalet (både i somatikken og i psykiatrien) og i overgangen fra udskrivelse til eget hjem. Vi har 1260 frivillige på landets hospitaler fordelt på 34 matrikler. I 2024 havde vi kontakt med 672.300 patienter på sundhedsområdet, mens Ungdommens Røde Kors hjalp 1500 unge på hospitalerne. Røde Kors er med sine 201 lokalafdelinger til stede i hele landet og kan på den måde sikre geografisk nærhed, tilgængelighed og let adgang til vores tilbud. Det er med dette udgangspunkt, at vi giver input til denne høring.

Røde Kors tilbyder frivillig 1:1-støtte og fællesskabsaktiviteter med udgangspunkt i det enkelte menneskes behov. Det kan være alt fra at vise vej på hospitalet, yde omsorg for den nervøse patient eller pårørende til at våge over døende eller støtte den nybagte, sårbare mor i overgangen til eget hjem. Og vi hjælper også med akutte tidsbegrænsede opgaver, fx ledsagelse eller afhentning af medicin. På sundhedsområdet har Røde Kors følgende indsatser:

- Patientstøtter, herunder vejvisere og barselsstøtter
- Vågetjeneste
- Støtte i forbindelse med palliativ behandling
- Tidlige indsatser til gravide og nybagte sårbare børnefamilier
- Omsorgscentre for syge hjemløse
- Indsatser i psykiatrien, fx Ungdommens Røde Kors' Ungecaféer
- Parathjælpere fx vaccineledsagelse eller anden praktisk, medmenneskelig hjælp
- Støtte til pårørende fx via vågetjenesten og palliativ indsats
- Lokale fællesskabsrettede aktiviteter, følgeordninger, støtte på sundhedshuse mv.
- En bred vifte af indsatser på ældreområdet i samarbejde med den kommunale hjemmepleje

Røde Kors står til rådighed, hvis der skulle være spørgsmål til det fremsendte eller generelt på området.

Venlig hilsen



Anders Ladekarl

Generalsekretær

Røde Kors

¹ Der er statistiske usikkerheder forbundet med denne prisregulering, hvorfor den udelukkende skal betragtes som vejledende.

Dato: 02-07-25
Høringssvar

HØRINGSVAR VEDR. SUNDHEDSREFORMEN

Rådet for Socialt Udsatte takker for muligheden for at afgive høringssvar. Rådet tilslutter sig lovforslaget med følgende bemærkninger:

Sundheds- og omsorgspladser

Rådet har med glæde noteret sundhedsreformens fokus på at skabe lighed i sundhed. Dette skal naturligvis gælde for alle, også dem der lever med komplekse sundhedsmæssige og sociale problemstillinger.

Rådet for Socialt Udsatte bakker op om oprettelsen af sundheds- og omsorgspladser, som visiteres af regionerne. For mennesker i social udsathed er der et markant behov for denne type tilbud, som i dag kun i begrænset omfang imødekommes af de kommunale indsatser. Randomiserede studier viser, at omsorgspladser målrettet socialt udsatte har en dokumenteret effekt på nedbringelse af genindlæggelser.

Det er derfor afgørende, at pladserne reelt bliver tilgængelige for mennesker i social udsathed. Rådet er bekymret for, at målgruppebeskrivelsen i lovbemærkningerne vil medføre, at mange udsatte personer, der har behov for en plads, i praksis vil blive ekskluderet.

Det er givet, at pladserne skal have et sundhedsfagligt sigte. Men for mennesker med kompleks social udsathed lader sundhedsmæssige og socialfaglige behov sig sjældent adskille. En sundhedstilstand, der isoleret set er ukompliceret, kan forværres betydeligt – og føre til genindlæggelse – hvis borgeren fx er hjemløs eller har andre sociale udfordringer, som forhindrer dem i at tage vare på sig selv efter en hospitalsindlæggelse. Her kan sundheds- og omsorgspladser være en effektiv løsning, der understøtter, at patienten gennemfører sin behandling.

Rådet er derfor bekymret over, at målgruppebeskrivelsen eksplicit udelukker personer, hvis primære problemstilling vurderes at være social - uagtet at de også kan have alvorlige sundhedsproblemer. Tilsvarende bekymrer det Rådet, at borgere med betydelige sundhedsbehov kan blive ekskluderet fra at få en sundheds- eller omsorgsplads, hvis deres behov ikke vurderes at have en kompleksitet, der kræver tilsyn af læge eller specialist.

Det er positivt, at lovbemærkningerne lægger op til, at sundheds- og omsorgspladserne skal have både sundheds- og socialfaglige kompetencer til at imødekomme forskellige behov, herunder borgere i udsatte positioner og med psykiske lidelser, samt at der forudsættes et tæt samarbejde



med de kommunale socialarbejdere. Det er også vigtigt, at relevante kommunale indsatser kan iværksættes under opholdet.

Rådet støtter fuldt ud, at pladserne bliver vederlagsfrie, da det er en forudsætning for, at mennesker i social udsathed kan få adgang til dem.

Rådet bemærker også, at regionerne ikke forpligtes til at levere sundhedsindsatser, som ikke relaterer sig til formålet med opholdet – eksempelvis alkoholbehandling. Det er vigtigt, at dette ikke bliver en barriere for, at relevante behandlinger iværksættes, hvis borgeren ønsker det. Der arbejdes bredt for at skabe helhedsorienterede indsatser, senest med udspillet til en værdighedsreform. Rådet ser en oplagt mulighed for at starte indsatser under ophold på sundheds- og omsorgspladser.

Rådet anbefaler, at:

- Mennesker i social udsathed skal kunne tildeles en sundheds- og omsorgsplads, hvis de har et sundhedsmæssigt behov – også selvom det socialfaglige behov er lige så stort eller større. Der bør derfor kunne dispenseres fra kravet om lægefaglig kompleksitet, hvis borgerens sociale situation, fx hjemløshed, gør det vanskeligt at håndtere ellers simple sundhedstilstande.
- Det overvejes at indføre en ordning, hvor hjemkommunen medfinansierer sundheds- og omsorgspladser til borgere, hvis sundhedsmæssige behov helt eller delvist skyldes deres sociale situation.
- Det præciseres, at kommunen har ansvaret for anden sundhedsmæssig behandling herunder socialtandpleje og alkohol- og stofbehandling imens en borger har en sundheds- og omsorgsplads og at behandlingen kan opstartes under opholdet.

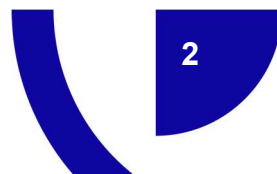
Regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver

Rådet hilser det velkomment, at der gives hjemmel til, at sundhedsrådene kan medfinansiere kommunale indsatser. Det er et vigtigt skridt mod at skabe et reelt fælles ansvar for de nødvendige sundhedstiltag dér, hvor behovet er størst – og modvirke kassetænkning. Rådet ser frem til at følge implementeringen og understreger, at en effektiv sundhedsindsats – særligt for mennesker i social udsathed – forudsætter, at sundhedsvæsenet tænker bredere end hidtil.

National sundhedsplan og nærsundhedsplaner

Rådet støtter, at der udarbejdes en national sundhedsplan med fokus på lighed i ressourcefordeling på tværs af landet, samt at de regionale sundhedsråd udarbejder nærsundhedsplaner for deres områder.

Rådet ser frem til at følge arbejdet med nærhedssundhedsplaner. Herunder at der lægges op til at sundhedsopgaven tænkes bredere og sammen med de kommunale indsatser. Det er i den forbindelse en oplagt opgave at sikre koordinering af de opsøgende sundhedsindsatser, der jf.





værdighedsudspillet fremover skal leveres af Gadens Huse og De mobile udsatte-enheder med relevante regionale og kommunale indsatser, herunder indsatserne i regi af 10-årsplanen for psykiatri. Derudover vil det bl.a.være tiltrængt, at der sikres mulighed for følgeordninger for mennesker i social udsathed bliver systematisk integreret som en del af sundhedsvæsenet og udbredt i hele landet.

Det fremgår af lovbemærkningerne, at patienter og pårørende skal høres i forbindelse med planerne. Rådet gør opmærksom på, at mange mennesker i social udsathed ikke har ressourcer til at deltage i almindelige patientforeninger, og at mange står uden netværk af pårørende. Deres perspektiv risikerer derfor ikke at blive repræsenteret. På nuværende tidspunkt har alle regioner etableret regionale udsatteråd for at løse denne problemstilling på regionalt niveau. Med oprettelse af sundhedsrådene kommer, der til at mangle en struktur, der kan sikre at mennesker i social udsathed bliver hørt på sundhedsrådsniveau.

Rådet anbefaler, at:

- Nærhedssundhedsplanerne sikre koordinering af opsøgende sundhedsindsatser.
- Der etableres strukturer i tilknytning til sundhedsrådene, som kan sikre, at mennesker i social udsathed bliver hørt i arbejdet med nærsundhedsplanerne.

Med venlig hilsen

Kira West, formand for Rådet for Socialt Udsatte



18. september 2025

Selveje Danmark høringssvar til lov om ændring af lov sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.)

Selveje Danmark har den 8. september 2025 modtaget høring til lov om ændring af lov sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

Selveje Danmark takker for muligheden for at afgive høringssvar. Selveje Danmark repræsenterer en lang række selvejende, nonprofit velfærdstilbud.

Generelle bemærkninger

Selveje Danmark tilslutter sig Dansk Erhvervs bemærkninger i høringssvaret til samme lov.

Selveje Danmark bemærker desuden, at lovudkastet ikke forholder sig særskilt til rammerne for de ikke-offentlige, herunder selvejende, underleverandører til kommunerne. Selveje Danmark opfordrer til, at der også på dette område sikres gode, ligestillede og forudsigelige rammer for offentlig-privat samarbejde.

Mvh.

Jon Krog

Direktør, Selveje Danmark

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), Flemming Frandsen (FLF@SUM.DK), Sarah Storm Egeskov (SSE@SUM.DK)
Fra: bentehelms13@gmail.com (bentehelms13@gmail.com)
Titel: Høringssvar vedr. lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.
Sendt: 02-07-2025 13:39

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.

Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

SIND, landsforeningen for psykisk sundhed sender hermed nogle bemærkninger til udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

SIND bakker op om indholdet i høringssvaret fra DH, men vil gerne supplere med nogle generelle bemærkninger.

SIND finder det vigtigt, at der fremover sikres en bedre og tydeligere sammenhæng i de mange tilbud til borgerne. Når kommuner og regioner skal dele opgaver, sker det for ofte, at samarbejdet og koordineringen ikke er helt på plads. Det bliver så borger/bruger, der lades i stikken og selv skal finde rede i hvor, hvem og hvad.

Sundhedsreformen stiller krav om en kulturændring i systemer og peronsale grupper.

SIND vil som DH pege på behovet for en grundig revision af reglerne for befordring, så den del af fx et behandlingsforløb kører uden problemer.

SIND opfordrer til, at de mange ændringer følges tæt og evalueres løbende, så der hurtigt kan justeres og ændres, hvis behovet opstår.

SIND vil også pege på vigtigheden af, at brugere og pårørende inddrages i formelle fora.

På vegne af SIND
Bente Helms, næstformand



Høringssvar fra Sjældne Diagnoser i forhold opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

2. juli 2025

Sjældne Diagnoser takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget om ændring af sundhedsloven m.fl. – med særligt fokus på flytning af sundhedsopgaver fra kommuner til regioner.

Helt overordnet bifalder vi intentionen om at skabe større sammenhæng og nærhed i sundhedsvæsenet. For mennesker med sjældne diagnoser – en patientgruppe kendetegnet ved komplekse, multidimensionelle behov – er det afgørende, at strukturændringerne reelt styrker kvaliteten, tilgængeligheden og koordineringen af indsatsen. For at stille mennesker med sjældne diagnoser lige med andre patientgrupper, er det afgørende, at der ved tilrettelæggelsen af flytningen af opgaver hele tiden, er et særligt fokus på om tilbuddene nu også reelt dækker behovene for sundhedsydelser for denne gruppe. Sundhedsstyrelsen har i 2025 udgivet en generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med sjældne sygdomme, som vi anbefaler i vides muligt omfang tages i anvendelse i dette arbejde.

Det følgende er med et særligt fokus på patienter med sjældne diagnoser:

1. Behov for specialiseret og bæredygtig indsats

Mange kommuner har i dag vanskeligt ved at løfte opgaverne omkring patienter med sjældne diagnoser – grundet lav volumen, begrænset specialviden og ringe adgang til tværfaglige samarbejdspartnere. Vi vurderer derfor positivt, at regionerne får ansvar for opgaver, hvor specialisering og volumen er nødvendige for kvalitet og faglig bæredygtighed.

2. Risiko for usynlighed ved generelle fordelingsmodeller

Vi opfordrer til, at fordelingen af ressourcer og planlægningen af det nære sundhedsvæsen tager højde for grupper med lav prævalens, men høj kompleksitet. Modeller baseret på gennemsnitsbetragtninger og demografi risikerer at overse sjældne patienter, hvilket kan føre til forringet indsats og øget ulighed i sundhed.

3. Det nære sundhedsvæsen skal også være kvalificeret

Et nært sundhedsvæsen må ikke alene måles på geografisk tilgængelighed. For patienter med sjældne diagnoser handler nærhed også om adgang til korrekt viden, kvalificeret vurdering og mulighed for hurtig og præcis visitation. Det er derfor vigtigt, at det regionale ansvar inkluderer opbygning af kapacitet til at understøtte mindre enheder og brobygning til højt specialiseret viden.

Sjældne Diagnoser er en frivillig organisation for små foreninger. Foreningernes medlemmer er voksne og børn med sjældne sygdomme og handicap samt deres pårørende – sjældne borgere. Vi huser også Sjældne-netværket for mennesker, der lever med sygdomme så sjældne at der ikke findes en relevant forening.

4. Planerne skal forpligte

Vi anbefaler, at både den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne forpligtes til at:

- Inkludere særskilt fokus på sjældne diagnoser
- Sikre klare visitationsveje og koordination på tværs af sektorer
- Inddrage relevante patientorganisationer i planlægnings- og evalueringsarbejdet

Opgaveflytningen i sundhedsvæsenet for patienter med sjældne diagnoser

Lovforslaget omfatter flere opgaver, der samlet set har stor betydning for mennesker med sjældne diagnoser. Nedenfor gives en vurdering af relevansen af de enkelte elementer i opgaveflytningen:

- Patientrettet forebyggelse – Moderat til høj relevans: Selv om mange sjældne sygdomme ikke kan forebygges, er der behov for målrettede indsatser for at undgå forværring og sikre korrekt opfølgning. Regionalt ansvar bør styrke kvalitet og koordination.
- Akutsygepleje – Høj relevans: Sjældne patienter har ofte komplekse behov, som kræver akut faglig vurdering. Regional organisering bør sikre adgang til relevant viden og støtte, som skal være tilgængelig for det primære personale
- Genoptræning – Varierende relevans: For nogle sjældne diagnoser er genoptræning essentiel, men kommunale tilbud er ofte utilstrækkelige. Regionale løsninger bør give mere specialiseret indsats.
- Akut- og midlertidige pladser – Høj relevans: Overgangs- og observationsforløb kræver kompetencer, der ofte ikke er til stede i kommunale rammer. Regionalt ansvar bør sikre mere kvalificeret pleje.
- Planlægning og økonomisk styring – Indirekte, men kritisk relevans: Nærsundhedsplaner og fordeling af midler skal tage højde for lavfrekvente, men komplekse patientgrupper. Der bør være eksplicit fokus på sjældne diagnoser i planlægningen. Vi kan frygte at de sjældne grupper bliver glemt.

Afsluttende bemærkning

Opgaveflytningen har potentiale til at forbedre vilkårene for mennesker med sjældne diagnoser, hvis der sikres målrettet fokus på denne gruppe. Vi ser frem til at bidrage til det videre arbejde og stiller gerne vores viden og erfaring til rådighed.

Med venlig hilsen



Liselotte Wesley Andersen, forperson

Sjældne Diagnoser er en frivillig organisation for små foreninger. Foreningernes medlemmer er voksne og børn med sjældne sygdomme og handicap samt deres pårørende – sjældne borgere. Vi huser også Sjældne-netværket for mennesker, der lever med sygdomme så sjældne at der ikke findes en relevant forening.

Kontakt:
Lotte Lyhne
lee@sl.dk
Dok.nr.
8017259
Sagsnr.
2025/00031

30-06-2025

Socialpædagogernes høringssvar til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love

Tak for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

Socialpædagogerne har følgende bemærkninger:

Det er overordnet positivt, at der med en national sundhedsplan sættes en fælles strategisk retning med fokus på geografisk fordeling af ressourcer og omstilling af aktiviteter fra sygehus til sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Vi ser det som vigtigt, at der i en national sundhedsplan og ikke mindst i de nærsundhedsplaner, som udarbejdes af de nye sundhedsråd, kommer et stærkere fokus på de mest udsatte borgere, borgere med svære handicap og psykiske lidelser, som bor på botilbud eller får massiv støtte i eget hjem.

Det er kendt, at der her er tale om mennesker med flere sundhedsudfordringer end befolkningen generelt og med en betydelig lavere gennemsnitlig levealder. Mere lighed i sundhed betyder for denne gruppe, at der skal sættes ind med særlige, individuelt tilpassede løsninger i tæt samspil med det socialpædagogiske personale mm., der støtter dem i hverdagen.

Vi foreslår, at det mere eksplicit skrives ind, hvordan fx borgere på botilbud i fremtiden sikres de rette forebyggende sundhedsfaglige indsatser, herunder hvordan de får adgang til specialiseret sundhedsfaglige undersøgelser og indsatser, hvordan de får støtte fra kendt personale fra botilbud under indlæggelser og rette sundhedsfaglig opfølgning efter indlæggelser.

Socialpædagogernes medlemmer arbejder dagligt for og med børn, unge og voksne med sociale problemer eller funktionsnedsættelser.

Derudover foreslår vi konkret, at beboere på botilbud generelt sidestilles med beboere på plejehjem i teksten, når det handler om at tage særlige hensyn, som fx på side 98 sidste afsnit, hvor vi foreslår følgende tilføjelser sat ind med *kursiv*: " Det er i den forbindelse væsentligt at vurdere den enkelte borgers behov for rette type af indsats og tilbud. For borgere, der bor i plejebolig, på plejehjem, *botilbud* mv., kan der ofte være et særligt behov for, at forløbet med sundhedsfaglige indsatser kan håndteres i vante rammer. Det gælder fx borgere med nedsat kognitiv funktion (eksempelvis demens eller *svære udviklingshandicap*), som er særligt følsomme over for ændringer i omgivelser og rutiner, og hvor et midlertidigt ophold på en sundheds- og omsorgsplads kan have en negativ indvirkning på behandlingsudfaldet. Her er det afgørende, at der arbejdes forebyggende, og at fx overflytningen fra sygehus til plejebolig eller *botilbud* sker i et tæt samarbejde mellem kommune og region, herunder borgerens egen læge. Det forhold, at en borger bor i en plejebolig, plejehjem, *botilbud* m.v. udgør dog ikke i sig selv et kriterium for udelukkelse fra adgang til sundheds- og omsorgspladser, hvis andre forhold taler for ophold."

Vi ser det i øvrigt som positivt, at der skal fastsættes nærmere krav og anbefalinger til kompetencer for sundheds- og omsorgspladser. Det vil kunne sikre, at særligt udsatte borgere kan være trygge ved, at de udover sundhedsfaglig indsats kan få socialpædagogisk støtte.

Med venlig hilsen



Gert Landergren Due
Næstformand Socialpædagogerne

Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmen 10-12
1216 København K

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

Sendt til på sum@sum.dk med kopi til flf@sum.dk og sse@sum.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 30. juni 2025

Sagsbeh: NOJ
E-mail: noj@tdl.dk
Sagsnr.: 2025-3036

Bemærkninger til høring vedr. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Tandlægeforeningen takker Indenrigs- og Sundhedsministeriet for høringsbrev vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven og tilknyttede regler.

Foreningen deler intentionen om at styrke en mere nært forankret, fagligt sammenhængende og borgernær sundhedsindsats, og det vurderes hensigtsmæssigt, at lovforslaget understøtter sammenhængende og koordinerede borgerforløb gennem koordinering og datadeling på tværs af sektorer.

Det er imidlertid Tandlægeforeningens opfattelse, at forslaget i sin nuværende form ikke i tilstrækkelig grad anerkender tandplejens rolle som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Tandpleje bør betragtes som en væsentlig sundhedsfaglig funktion, der skal indgå både i nationale planlægningsrammer og i de regionale nærsundhedsplaner, jf. lovforslagets § 206 d, stk. 1-3.

Der er behov for øget opmærksomhed på tandsundhedens betydning for både indikation på og medvirkende faktor til borgers generelle sundhedstilstand. Der foreligger solid faglig dokumentation for, at ubehandlede orale sygdomme har sammenhæng med alvorlige somatiske lidelser som eksempelvis diabetes og hjertekarsygdomme.

Tandlægeforeningen anbefaler, at det odontologiske område herunder tandlæger integreres i den fremtidige sundhedsstruktur. Det tandfaglige området bør indgå eksplicit i nærsundhedsplanernes indhold og prioriteringer. Etablering af faste samarbejdsfora mellem tandlæger, læger og relevante myndigheder vil kunne sikre et højt fagligt niveau, der styrker kvaliteten af indsatser i sundhedsvæsenet. Der bør udvikles og implementeres konkrete modeller for tværfagligt samarbejde, så tandpleje indgår systematisk i planlægningen og gennemførelsen af indsatser i sundhedsvæsenet. Dette vil være både fagligt velbegrundet og hensigtsmæssigt med henblik på at fremme en helhedsorienteret sundhedstilgang og derigennem øge kvaliteten i det danske sundhedsvæsen.

Tandlæger er autoriserede sundhedspersoner med forbeholdt virksomhedsområde og fuld ordinationsret. De varetager en lang række opgaver, der spænder fra

diagnostik og behandling til henvisning og tværfaglig opgavevaretagelse og planlægning. Det er derfor efter Tandlægeforeningens opfattelse af væsentlig betydning, at tandlæger – i kraft af deres kliniske kompetencer og sundhedsfaglige ansvar – indtænkes med øvrige sundhedsprofessionelle i de strukturelle rammer, som lovforslaget omfatter. Foreningen anbefaler derfor, at ministeriet tilsikrer, at tandlæger indgår i arbejdet med nærsundhedsplanerne, både hvad angår kortlægning, prioritering og implementering.

Tandlægeforeningen ønsker desuden at gøre opmærksom på, at voksentandplejen i dag er det eneste område i primærsektoren, som ikke er omfattet af en overenskomst med regionerne. Dette udgør en barriere for tværsektorielt samarbejde og for udvikling af ensartede kvalitetsstandarder. Der skønnes at være grundlag for at etablere en national overenskomst mellem regionerne og Tandlægeforeningen, så voksentandplejen bliver en formel og integreret del af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Tandlægeforeningen stiller sig gerne til rådighed for en dialog, hvor vi kan udbyde vores betragtninger.

Venlig hilsen



Torben Schønwaldt, tandlæge mTF
Formand



Isabel Brandt Jensen
Adm. direktør

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

sad@sum.dk

sse@sum.dk

Tandlægeforeningen

Amaliegade 17

1256 København K

Tel.: 70 25 77 11

info@tandlaegeforeningen.dk

www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 16.9.2025

Sagsbeh: SMA

E-mail: vik@tdl.dk

Sagsnr.: 2025-4076

Vedrørende høring over lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler i forbindelse med forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.

Tandlægeforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende lovændringer om horisontale samarbejdsaftaler som led i den foreslåede sundhedsreform.

Vi anerkender intentionen om at skabe mere fleksible samarbejdsmodeller mellem regioner og kommuner, særligt med henblik på at sikre en mere sammenhængende indsats i det nære sundhedsvæsen. Samtidig ønsker vi at fremhæve nogle væsentlige opmærksomhedspunkter set fra tandlægeområdet, jf. nedenfor.

1. Det er afgørende, at der i de foreslåede horisontale samarbejdsaftaler skabes tydelige og entydige rammer for, hvor ansvaret og finansieringen af de enkelte sundhedsopgaver placeres. Når der gives mulighed for at flytte opgaver og ansvar mellem kommuner og regioner, kan det skabe usikkerhed, særligt i mindre fagområde som tandplejen, som ofte tilside-sættes/glemmes i det store sundhedsbillede. Tandlægeforeningen imødeser derfor en præcis angivelse af rolle- og ansvarsfordeling, som vil være afgørende for et velfungerende samarbejde.
2. Tandklinikker og tandplejeområdet er ofte mindre synlige i det store sundhedsbillede, og erfaringen viser, at området nemt kan blive overset i bredere strukturelle reformer. Vi ser derfor et stort behov for at sikre, at der uagtet region, etableres et ensartet system og klare retningslinjer, som også dækker tandområdet. Det er vigtigt for tandlægeklinikker og kommunal tandpleje, at der ikke opstår store regionale forskelle i, hvordan samarbejdsaftaler indgås, implementeres og evalueres. National ensretning vil både sikre kvalitet og skabe gennemsigtighed for borgere og sundhedsaktører.

En anbefaling herfra vil være at inddrage tandplejeområdet aktivt i det videre arbejde med udmøntning af samarbejdsaftaler, da dette vil styrke implementeringen og sikre, at alle relevante sundhedsområder tænkes ind fra start.

Med venlig hilsen

Handwritten signature of Torben Schönwaldt in black ink.

Torben Schönwaldt, tandlæge mTF
Formand

Handwritten signature of Isabel Brandt Jensen in blue ink.

Isabel Brandt Jensen
Adm. direktør

Varde Kommunes høringssvar for forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Varde Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar til lovforslaget og dermed kunne bidrage med nære perspektiver på de foreslåede ændringer, der vil medføre større forandringer i den kommunale opgaveløsning på sundhedsområdet.

Varde Kommune har følgende bemærkninger til lovforslaget:

[Forebyggende sundhedsordninger](#)

Det ønskes, at der specifikt i loven anvendes begrebet "Borgerrettet forebyggelse" i forhold til de kommunale indsatser, når der til de regionale indsatser anvendes begrebet "Patientrettet forebyggelse".

[Den kommunale repræsentation i Sundhedsrådene](#)

Varde Kommune vurderer, at det er en svaghed, at kommunerne ikke må have embedsmænd repræsenteret i følgeskab med den kommunale politiske repræsentant i Sundhedsrådet. Dette med henblik på at sikre vidensniveau og information til den kommunale forvaltning.

Varde Kommune mener, at det er helt essentielt, at der er kommunal repræsentation i sundhedsrådene for at understøtte, at nærsundhedsplanen indeholder et klart kommunalt perspektiv på både omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder et fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser.

Derfor bør det også tydeligt fremgå, at Sundhedsrådet skal inddrages, når der på side 5 står: Stk. 3. Forud for regionsrådets behandling af nærsundhedsplanen skal regionsrådet indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning.

[Opgaveflytning](#)

Generelt mener Varde Kommune, at det er afgørende, at opgaveflytningerne sker med respekt for kommunernes forskelligartede forudsætninger og kapacitet.

Når patientrettighederne specifikt er nævnt på side 31, mener Varde Kommune, at det vil være hensigtsmæssigt også specifikt at nævne behovet for differentierede tilbud, således borgere med lav sundhedskompetence kan understøttes mere end borgere med høj grad af sundhedskompetencer.

[Sundheds- og omsorgspladser](#)

På side 2 beskrives, at Regionsrådet vederlagsfrit kan tilbyde midlertidigt ophold på sundheds- og omsorgspladser til personer, der har bopæl i regionen, og som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der tilsammen har et rehabiliterende sigte, hvis disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt under ophold i eget hjem. Det er uklart, hvem der har retten til at definere, om den rehabiliterende indsats kan tilrettelægges hensigtsmæssigt i eget hjem?

Det fremgår ligeledes af side 2, at Regionsrådet kan tilvejebringe tilbud ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftale med et andet regionsråd, kommunalbestyrelse eller privat institution. Varde kommune mener, at det bør være Sundhedsrådene, der definerer hvor og hvordan pladserne tilvejebringes, så kommuner har indflydelse herpå.

Varde Kommune anser det positivt, at der på side 106 foreslås, at regionen kan vælge at indgå aftale med andet regionsråd eller en kommune, der driver sundheds- og omsorgspladser på vegne af regionen, om, at regionen eller kommunen også kan visitere til pladserne. Det forventes i praksis både at være den indledende tildeling til selve tilbuddet og den løbende vurdering undervejs i opholdet. Det står dog uklart for Varde Kommune, hvorledes finansieringen af visitationspraksissen er tænkt, hvis den varetages af kommunen? Samt om det inkluderer borgere fra eget hjem?

På side 39 henledes opmærksomheden på, at der i dag er borgere, der uden forudgående indlæggelse, men med funktionsfald kan tilbydes et rehabiliteringsophold på en kommuneplads, således borger løfter sit funktionsniveau og udskyder behovet for hjælp. Disse borgere har et rehabiliteringspotentiale, der vil være hensigtsmæssigt at have ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Patientrettet forebyggelse

Når der på side 2 står, at »Kommunalbestyrelsen« ændres til: »Regionsrådet«, og »kommunen« ændres til: »regionen« i § 119, stk. 3, betyder det i praksis, at kommunen ikke må tilbyde patientrettet forebyggelse, hvorfor det er vigtigt, at der i kvalitetsstandarderne defineres hvornår, der er tale om patientrettet forebyggelse.

Almen kommunal sygepleje og regional akutsygepleje

Det er vigtigt, at der i kvalitetsstandarderne defineres, hvornår der er tale om almen sygepleje, når der på side 2 står, at der i § 138, stk. 1 efter »vederlagsfri« indsættes »almen kommunal«.

Som ovenfor er det også væsentligt at få en tydelig afgrænsning af, hvornår der er tale om akutsygepleje, når det på side 3 fremgår, at der efter § 138 indsættes: »§ 138 a. Regionsrådet er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri regional akutsygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i regionen. Stk. 2. Regionsrådet tilbyder kommunalbestyrelsen rådgivning og sparring i relation til indsatser efter § 138, stk. 1.

Genoptræning

Varde Kommune undrer sig over, at vederlagsfri almen genoptræning kobles til sygeplejeparagrafferne, når der på side 3 er beskrevet, at der efter § 139 indsættes i kapitel 39: »§ 139 a. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri almen genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner, jf. dog § 118 d, stk. 2. Ved at bibeholde vederlagsfri almen genoptræning undgår fx, at der skal ændres i diverse faglige- og informationsmaterialer, der er udarbejdet i landets kommuner.

Det er positivt, at regionerne jf. side 4 skal leve op til de samme 7 dages krav som kommunerne, når det gælder at tilbyde opstart af genoptræningen efter sygehusindlæggelse. Dog fremgår fristen ikke for genoptræning på en sundheds- og omsorgsplads?

Varde Kommune undrer sig over, at der på side 5 står, at der § 172 og § 263 ændres »§ 140« til: »§§ 139 a og 139 b«. Da det ikke bør være kommunen, der skal betale for befordring til specialiseret genoptræning, skal der kun stå § 139a, og i stedet bør finansiering af §139b skrives i en § til regionen.

Det nævnes på side 34, at myndigheds- og finansieringsansvaret for specialiseret genoptræning overgår til regionen. Dette anerkendes, når opgaven varetages der. Man kan på samme måde overveje, at finansieringen af vederlagsfri fysioterapi ligeledes overgår til regionen, da det er regionernes takstnævn, der indgår overenskomst med Danske fysioterapeuter.

Specialiseret rehabilitering

Varde Kommune er enig i:

- At målgruppen udvides til at omfatte borgere med de mest avancerede genoptræningsplaner
- Vurderingen af, at der ikke vil være mange aktører i privat regi, der hverken har kompetencerne eller specialiseringsniveauet til at løse den specialiseret rehabilitering
- At sundheds- og omsorgspladser ikke kan tages i anvendelse til specialiseret rehabilitering

Varde Kommune bakker op om, at behov for rehabilitering på specialiseret niveau ved udskrivning fra sygehus både kan omfatte ambulante og døgndækkende indsatser.

På side 124 står, at borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau ofte vil have behov for flere forskellige indsatser efter sundhedsloven og anden lovgivning, som en del af en bredere rehabiliteringsindsats. Det fremgår ikke tydeligt, hvem der kan visitere til indsatserne efter anden lovgivning?

Varde Kommune gør opmærksom på, at det vil kræve særlig god koordinering på tværs af sektorer, når der på s. 127 står beskrevet: Tilsvarende vil regionsrådets ansvar for genoptræning på specialiseret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau ligeledes kunne supplere og tilrettelægges i henhold til relaterede indsatser i både regioner og kommuner, også indsatser efter anden lovgivning såsom lovgivning på det sociale område, specialundervisningsområdet og beskæftigelsesområdet. Derfor er det også vigtigt, at der efterfølgende er beskrevet, at Sundhedsrådene forventes at få en central rolle i at sikre det fortsatte fokus på at sikre sammenhængende forløb for personer med behov for genoptræning og samtidige indsatser efter anden lovgivning. Med henblik på at sikre sammenhæng og koordination i håndteringen kan det være relevant og hensigtsmæssigt at indgå nærmere samarbejdsaftaler om at sikre sammenhængende genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

Aftaler om regional medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser

På side 44-46 vedrørende regional medfinansiering af de kommunale sundhedsindsatser, mener Varde Kommune, at det vil være hensigtsmæssigt, at det tydeligt fremgår, at kommunerne også på egen hånd har et ansvar for at finansiere sundhedsindsatser.

Ligeledes mener Varde Kommune, at tilskuddet til nær sundhed, der nævnes på side 6: § 246 a. Staten yder et tilskud til nær sundhed til regionerne, som målrettes til at finansiere aftaler mellem regionsråd og kommunalbestyrelser om økonomiske tilsagn til varetage af kommunale sundhedsopgaver i medfør af § 118 c, stk. 1-4, burde gives til Sundhedsrådene, for dermed at give kommunerne større indflydelse og medansvar for udviklingen.

Kvalitetsstandarder

Det kan være hensigtsmæssigt at give Sundheds- og Indenrigsministeriet mulighed for også at lave kvalitetsstandarder til kommunerne vedrørende borgere i risiko for eller symptomer på kronisk sygdom, når det nu beskrives som værende en borgerrettet forebyggelsesindsats, da det ellers bliver endnu sværere at skelne mellem den borgerrettede og patientrettede forebyggelse.

På side 56 vedrørende regler for regionsrådenes rådgivning, sparring og vejledning i forhold til kommunernes indsatser, kan det ønskes, at det i bekendtgørelsen skrives tydeligt frem, at rammerne og indhold for regionernes forpligtelse til sparring og rådgivning skal aftales mellem kommuner og regioner.

National sundhedsplan

Der er opbakning til at den nationale sundhedsplan, skal sætte fælles strategisk retning for sundhedsvæsenet både i den nationale-, regionale- og lokale sundhedsplanlægning. Da den nationale sundhedsplan bl.a. skal sikre, at sundhedsrådene har en ramme til udarbejdelse af nærsundhedsplaner og de lokale omstillingsindsatser, er det et ønske fra Varde Kommunes side, at den nationale sundhedsplan bliver konkret og specifik på udvalgte temaer, der kan omsættes til konkrete initiativer i nærsundhedsplanerne.

Nærsundhedsplanerne

Varde Kommune opfordrer til, at der i opbygningen af nærsundhedsplanerne tydeliggøres, hvad der er regionernes ansvar, hvad der er sundhedsrådenes ansvar, og hvad der alene hører til i kommunerne.

Det bemærkes på side 56, at der med ovennævnte lovforslag udgår bestemmelser vedrørende bl.a. sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg, sundhedsaftaler og praksisplaner. Varde Kommune er usikker på, om det også gælder, at praksisplan for fysioterapi udgår?

Somatik og psykiatri

Varde Kommune mener ikke, at det fremstår tydeligt, hvordan somatikken og psykiatrien skal samtænkes:

- Hvad er f.eks. "patientrettet forebyggelse", når det handler om psykisk sygdom?
- Får Sundhedsrådene / regionen ansvaret for f.eks. undervisning i mestringsstrategier for mennesker med udviklingsforstyrrelser / psykisk sygdom?
- Hvis der reelt skal arbejdes med at reducere uligheden i sundhed, bør Psykiatriplanen være et element der tydeliggøres

Bortfald af øvrige regionale opgaver

Kulturområdet

I forbindelse med, at kommunerne overtager regionernes kulturopgaver, er det vigtigt at pege på, hvad regionerne rent faktisk er lykkedes med. De er i høj grad lykkedes med at understøtte kommuner, institutioner og andre aktører med finansielt at løfte store indsatser og projekter inden for kulturområdet. Midlerne fra regionen har aldrig udgjort hele finansieringen, men har lagt en solid bund under tiltag, der fremmer det gode liv lokalt og regionalt. Derfor er det væsentligt, at midlerne stadig er en del af kommunernes kulturbudgetter, da kommuner, institutioner og andre aktører fortsat har til opgave at gøre det sydlige Danmark til et skønt og godt sted at leve og bo.

Man kunne have ønsket sig en stærkere kobling mellem kultur og sundhed i reformen, da deltagelse i kulturlivet i sig selv er strukturelt forebyggende. Samtidig er der betydelig evidens for, at deltagelse i specielt tilrettelagte kultur- og kunstforløb kan hjælpe med at rehabilitere borgere, som har ondt i livet og er ramt af stress, depression og angst. Kultur på Recept og Craft Psychology er eksempler på sådanne tilgange. Det vil kommunerne selv kunne fokusere mere på, når de overtager regionernes opgaver og finansiering på kulturområdet.

Kulturministeriets overvejelser vedr. finansiering af kulturelle initiativer

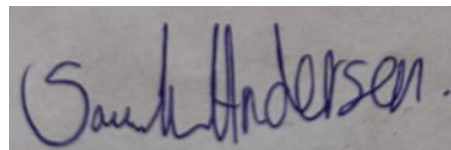
Varde Kommune vurderer det u hensigtsmæssigt og uambitiøst på det nære sundhedsvæsens vegne, at regionernes sundhedsbudgetter foreslås at finansiere evt. regionale kulturelle initiativer.

Med venlig hilsen



1. juli 2025

Mads Sørensen
Borgmester
Varde Kommune



1. juli 2025

Sarah Andersen
Formand Social & Sundhedsudvalget
Varde Kommune

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

kopi til:
flf@sum.dk og sse@sum.dk

2. juli 2025

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Ældre Sagen takker for invitation til høring og har følgende kommentarer.

Ældre Sagen har overordnet længe kæmpet for, at der skabes bedre sammenhæng i ældres pleje og behandling og på tværs af region og kommune. Ligeledes er det en mærkesag for os, at der for ældre er adgang til ensartet og høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Vi ser derfor positivt på intentionen i det aktuelle lovforslag.

Ældre Sagen har været og er positive over for, at regioner og herunder sundhedsråd får ansvar for flere sundhedsopgaver. Vi har dog en grundlæggende bekymring for, at den foreslåede lovramme – dels med en minimumsramme for økonomi kanaliseret ind i det nære sundhedsvæsen og de kommunale sundhedsindsatser, dels med lokale aftaler og selve opgaveflytningen – ikke i tilstrækkeligt omfang kan løfte forebyggelse af (gen)indlæggelser blandt ældre og sikre sammenhæng. Vi ser behov for, at lovforslaget og dets bemærkninger i højere grad rummer krav til tæt samarbejde mellem sundheds- og ældreområdet og til forebyggelse, også i kommunale indsatser.

Vi har således en række kommentarer og opfordringer til forbedring af lovforslaget i forhold til det overordnede sigte om bedre sammenhæng og ensartet kvalitet. Det knytter sig i overskrifter til følgende:

- Sundheds- og omsorgspladser – bevar politisk intention om pladser til sundhedsfaglig indsats, ellers stor risiko for ekstra ny overgang og mangel på sammenhæng
- Behov for helhedsorienteret indsats på sundheds- og omsorgspladser
- National sundhedsplan – stil krav til kvalitet og forebyggelse, også i kommuner
- Vigtigt med krav i kvalitetsstandards for at sikre ensartet kvalitet og lige adgang
- Behov for befordring ses i sammenhæng med behandling og sikres til og fra pladser og genoptræning
- Patientinddragelse vigtigt allerede i 2026 med udarbejdelse af nærsundhedsplaner – nedsæt forberedende patient- og pårørendeudvalg
- Model for fordeling af midler skal tage højde for antal ældre med skrøbelighed

I det følgende uddybes de forskellige kommentarer.

Sundheds- og omsorgspladser – bevar politisk intention om pladser til sundhedsfaglig indsats, ellers stor risiko for ekstra ny overgang og mangel på sammenhæng

Ældre Sagen er positiv over for forslaget om at flytte ansvaret for akutsygeplejen og midlertidige pladser til regioner, og at der oprettes sundheds- og omsorgspladser, som regioner har ansvaret for, og som er uden brugerbetaling for ophold. Vi noterer os, at akutsygeplejen skal understøtte den almene sygepleje i kommuner, og vi finder det afgørende, at der også er et tæt samarbejde mellem akutsygeplejen og den almene sygepleje for at sikre sammenhæng.

Vi er dog stærkt bekymrede, når vi læser lovforslag og bemærkninger om sundheds- og omsorgspladser med beskrivelse af målgruppe og af enhed eller medarbejdere, der skal kunne visitere til ophold på pladserne. Det er meget uklart, hvad en sådan enhed har af myndighed, og hvilke kriterier der er for at få tildelt et ophold, blive afvist eller afslutte et ophold. Den beskrivelse, der er af målgruppe og ophold, bærer præg af at reproducere den nuværende gråzone mellem pladser under sundhedslov og servicelov/ældrelov. Ikke mindst med beskrivelse af at målgruppen ikke er dem, der primært har behov for indsats efter ældrelov eller servicelov – hvem der afgør, hvad der er ”primært” behov for hvem og hvornår, er uklart i bemærkningerne. Derfor ser vi risiko for, at lovforslaget reproducerer den kassetænkning, som sundhedsreformen skulle fjerne, med ældre som tabere mellem region og kommune.

Den politiske aftale om sundhedsreformen beskriver klart, at ”patienter, der har brug for en sundhedsfaglig indsats og et midlertidigt ophold, som ikke har behov for at være indlagte på sygehus, skal kunne modtage tilbud om midlertidigt ophold over hele landet uden egenbetaling” [egen fremhævning, p. 23]¹.

Vi er således stærkt bekymret for, at der med lovforslagets uklarhed sammenlignet med aftalens enkelthed skabes rum for accelererede patientforløb på pladser og en uigennemsigtig visitation med en enhed, der er uklart defineret. Det må efter vores mening ikke blive politiske, økonomiske eller administrative afgørelser om ophold. Det skal i stedet baseres på det sundhedsfaglige behov samt vurdering af helhed for den enkelte patients mulighed for et ophold i stedet at være på sygehus eller hjemme.

De ny pladser skulle gerne rydde op i den blackboks, der er i dag med pladser under sundhedslov vs. servicelov med en alvorlig forskel i kvalitet og brugerbetaling til følge. Derfor er det vigtigt, at man ikke følger samme logik som på sygehusene i dag og blot får flyttet tidspunktet for hurtige udskrivninger og korte sygehusophold til pladserne. Dermed ville der skabes en ekstra overgang, hvor ældre flyttes fra sygehus til sundheds- og omsorgspladser og derpå med endnu en overgang til en ny kommunal plads (under en ældrelov med hvad deraf følger af uklare krav til kvalitet, mangel på adgang til læger og brugerbetaling for ophold). Ej heller er der brug for at fortsætte en nuværende visitationstankegang, der risikerer at reproducere, at ældre på ny vil blive sendt frem og tilbage mellem region og kommune.

¹<https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/november/aftale-om-sundhedsreform-2024>

Det skal derfor være entydigt og klart i bemærkningerne, at har man brug for en sundhedsfaglig indsats og et midlertidigt ophold, og ikke behov for at være indlagt på sygehus, skal man kunne modtage tilbud om midlertidigt ophold – jf. den politiske aftale.

Derudover opfordrer vi på det kraftigste til, at det er tydeligt, at opholdet opnås med en lægefaglig og/eller sundhedsfaglig henvisning – fremfor at opbygge en ny visitation. Ligesom en læge i dag kan udskrive eller indlægge en patient, skal lægen kunne henvise til et midlertidigt ophold. Det være sig læge på sygehus eller egen læge. Vi mener også det bør overvejes, at sygeplejen (enten i region eller kommune) i samarbejde med læge, skal kunne henvise til ophold på en plads, især hvor det er sygeplejens personale, der er i front hos en ældre.

Behov for helhedsorienteret indsats på sundheds- og omsorgspladser

Ligesom med en genoptræningsplan, så bør der udarbejdes en helhedsorienteret plan for et ophold, og planen skal omfatte en helhedsorienteret indsats med mulighed for genoptræning, pleje, observation, behandling og palliation.

Det er uklart med den foreslåede lovhjemmel vedr. det rehabiliterende sigte med ophold på pladser sammen med hjemlen til genoptræning og bemærkningerne hertil, i hvilket omfang regionen er forpligtet til at tilbyde almen genoptræning som del af et ophold på sundheds- og omsorgsplads. Det er vigtigt, at genoptræningen iværksættes, så ældres mobilitet fremmes hurtigst muligt, og alvorlige funktionstab undgås. Derfor mener vi, det skal være helt tydeligt, at der ved behov tilbydes (almen) genoptræning som led i ophold. Det bør også fremgå af bemærkningerne, at ernæringsindsats og tandpleje ikke kan vente, til det midlertidige ophold er afsluttet, men bør tværtimod være del af den sundhedsfaglige indsats under opholdet. Desuden bør der ved behov være tilbud om basal sygepleje. Vi anbefaler i den sammenhæng at benytte og udbrede CFS (clinical frailty score) som er et valideret værktøj til at score skrøbelighed blandt ældre og dermed få et ensartet grundlag på tværs af region, kommune og egen læge for at kunne vurdere behov for helhedsorienteret indsats. Patientens egen mestring og behov for støtte er ligeledes vigtigt at få afdækket.

Endelig mener vi, det er vigtigt, at der er adgang til vederlagsfri medicin som del af opholdet – ikke mindst set i lyset af, at ophold på pladser for ældre med høj skrøbelighed erstatter et sygehusophold, hvor medicin ville være uden brugerbetaling og leveret.

National sundhedsplan – stil krav til kvalitet og forebyggelse, også i kommuner

Ældre Sagen har længe opfordret til en plan for det nære sundhedsvæsen med kvalitetskrav, bl.a. for sygepleje og palliation. Vi ser derfor positivt på forslag om national sundhedsplan og kvalitetsstandarder for almen sygepleje og palliation samt, at der bygges videre på de eksisterende kvalitetsstandarder for akutfunktioner.

Vi noterer os med tilfredshed, at baggrunden for lovforslaget er den politiske intention om bl.a. at reducere ulighed i sundhed og opnå mere ensartet kvalitet i hele landet – i Ældre Sagen har vi længe påpeget, at det er vigtigt at undgå postnummerlotteri for patienter.

Derfor står vi undrende overfor, at det med lovforslagets bemærkninger ikke er tydeligt, hvad der konkret bliver indhold og krav i den nationale sundhedsplan i forhold til lokale tilpasninger i nærsundhedsplaner. Endsige at det fremgår af bemærkninger, at planen skal sætte retning og pege på en "ønsket udvikling" i det lokale fremfor at stille krav til et konkret indhold.

Vi er klar over, der foregår proces i Sundhedsstyrelsen med at udarbejde et fagligt oplæg til sundhedsplanen (Ældre Sagen deltager i en følgegruppe). Samtidigt fremgår det af bemærkningerne, at det vil blive ministeren, der med tæt inddragelse af regioner og kommuner, fastlægger den endelige plan. Hvorfor det kun er myndigheder og ikke brugerne, der skal inddrages i denne endelige proces, virker svært foreneligt med at bringe sundhedsvæsenet tæt på borgerne. Vi vil i den sammenhæng opfordre til, at planen og dens indhold også udvikles med tæt inddragelse af repræsentanter for patienter og pårørende – og at planen som minimum kommer i offentlig høring i betragtning af, at den vil sætte retning for de næste ti år i sundhedsvæsenet. Ældre Sagen stiller sig til rådighed for ministeren.

Vi ser overordnet for os, at den nationale plan skal sikre ensartet kvalitet ved, at der bl.a. er krav til et tæt samarbejde mellem regioner og kommuner og til konkrete indsatser. Det skal være i form af samarbejder, som vi allerede ved virker i forhold til at forebygge sygehusophold. Der nævnes i bemærkningerne bl.a. hvordan den nationale plan kan beskrive ønsket udvikling for regional plan med præhospital indsats og for nærsundhedsplan med udadvendt sygehusaktivitet og kommunale sundhedsindsatser. Men vi vil foreslå, at der i bemærkningerne også nævnes adgang til geriatri i det nære sundhedsvæsen – på sundheds- og omsorgspladser, på plejehjem, i eget hjem, og hvor målgruppen med behov måtte befinde sig. Det skal ske i form af det "udadvendte sygehus" i kombination med evt. digitale løsninger, hjemmebehandlingsteams og almen sygepleje. En anden konkret løsning, der bør nævnes, er det udvidede behandlingsansvar for ældre med høj skrøbelighed – her er der erfaring fra Kom Trygt Hjem, der har reduceret dødelighed og genindlæggelser med et udvidet behandlingsansvar på 14 dage for patienter med hoftenær fraktur. Det bør udvides til hele landet, sådan som Danske Regioner havde planer om², og ikke kun være de få forudt, hvorfor det er oplagt at lægge ind som krav i en national plan.

Det vigtige er, at der med den nationale sundhedsplan sker en planlagt fordeling af faglig kvalitet og ressourcer i det nære sundhedsvæsen på samme måde, som det sker med specialeplanen for det specialiserede sygehusvæsen. Når ambitionen er, at flere ældre ikke skal på sygehuset for en behandling, er det altafgørende, at der er tryghed for den gode faglige kvalitet i det nære.

I denne sammenhæng virker det absurd, at det beskrives i bemærkningerne, at den nationale sundhedsplan kunne adressere en ønsket udvikling i indholdet i kommunale sundhedspolitikker i de tilfælde, at de findes, da kommunerne ikke er forpligtet til at udarbejde sådanne politikker.

²<https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/november/regioner-og-kommuner-vil-udbrede-indsats-der-nedbringer-doedelighed-og-genindlaeggelser/>

Fremfor alene at vægte strategisk retning i en national plan understøttet af økonomiske incitamenters som regioners finansiering af kommunale sundhedsindsatser, så bør der med en national plan stilles krav til konkrete indsatser for at sikre en ensartet kvalitet på tværs af de 17 nærsundhedsplaner. Det kan bidrage til at sikre reel sammenhæng i hele patientforløbet og vægte, at både regioner og kommuner arbejder sammen for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Vigtigt med krav i kvalitetsstandards for at sikre ensartet kvalitet og lige adgang

Vi ser positivt på, at kvalitetsstandards vil blive et redskab til bl.a. at sikre ensartet kvalitet på tværs i landet. Vi vil desuden opfordre til, at det i bemærkningerne skærpes, at kvalitetsstandards bliver formuleret som faglige kvalitetsstandards med krav – både i regioner og i kommuner. Vi er uforstående over for, at der på et sundhedsfagligt område bliver lagt op til, at der ikke kun er bindende kvalitetskrav men også ikke-bindende anbefalinger. Ikke-bindende anbefalinger hører på ingen måde hjemme til indsatser til ældre (medicinske) patienter. I forvejen betyder lokale kvalitetsforskelle for palliation ulige forhold i den sidste tid, og forskelle på forebyggende indsatser skrider til himlen og belaster både patienter og sygehusvæsen med titusindvis af forebyggelige sygehusophold og genindlæggelser hvert år. Det er bydende nødvendigt med klare kvalitetskrav og krav til forebyggelse – også i kommuner.

Udover kvalitetsstandards til palliation og almen sygepleje, vil vi opfordre til, at der også kommer kvalitetsstandards med krav til ernæringsindsats, hjemmebehandlingsteams og sundheds- og omsorgspladser samt andre midlertidige pladser, der fortsat måtte være i praksis – igen for at sikre en ensartet kvalitet i hele landet.

Behov for befordring ses i sammenhæng med behandling og sikres til og fra pladser og til genoptræning

Det fremgår af bemærkningerne, at der skal ske et generelt eftersyn af befordringsreglerne, hvilket vi ser positivt på, da vi i flere omgange har påpeget, at befordringsreglerne ikke er fulgt med udviklingen i sundhedsvæsenet. Der er i dag fx ikke hjemmel til befordring til og fra kommunal sygepleje (relevant for sygepleje på klinikker eller midlertidige pladser), hvilket er en mangel med store økonomiske konsekvenser for patienter. Vi ser også behov for en tilpasning af regler med den foreslåede opgaveflytning. Ikke mindst er der behov for at sikre hjemmel til befordring til og fra de foreslåede sundheds- og omsorgspladser, til sygepleje på klinikker samt til genoptræning – dette bør som minimum være på plads samtidigt med lovens ikrafttræden 1.1. 2027.

Vi er i denne sammenhæng uforstående overfor, at der med lovforslagets bemærkninger lægges op til, at befordring til genoptræning fortsat skal ligge under kommunalt myndighedsansvar, mens dele af genoptræningen skal flyttes til regioner. Dette kan på ingen måde understøtte sammenhæng, hvorfor vi opfordrer til, at den myndighed, der har ansvar for en given behandling, også får ansvar for at yde patienten befordring eller befordringsgodtgørelse til behandlingstilbuddet. Vi ved, at patienter med problemer med kørsel risikerer at undlade at bruge behandlingstilbud (se bl.a. Region Sjællands Sundhedsprofil 2021).

Patientinddragelse vigtigt allerede i 2026 med udarbejdelse af nærsundhedsplaner – nedsæt forberedende patient- og pårørendeudvalg

Det er med lovforslaget og dets bemærkninger tydeligt, at de kommende nærsundhedsplaner vil blive udarbejdet i de forberedende sundhedsråd i løbet af 2026, og det fremgår, at planerne allerede skal være endeligt vedtaget 1.4. 2027. Det må derfor forventes, at det bliver et færdigt udkast, der bliver sendt i høring hos de ny patient- og pårørendeudvalg, der først vil blive nedsat fra 1.1. 2027.

Dette korte tidsrum efterlader efter vores erfaring fra de nuværende patientinddragelsesudvalg ikke tilstrækkeligt rum for den systematiske inddragelse i sundhedsrådets drøftelser af nærsundhedsplanen, som fremgår af lovforslagets bemærkninger. Derfor vil vi foreslå, at sundhedsrådenes forberedende arbejde med at udarbejde nærsundhedsplaner sker i dialog med repræsentanter for patienter og pårørende.

Vi opfordrer således til, regioner og sundhedsråd nedsætter forberedende patient- og pårørendeudvalg i 2026 med henblik på en systematisk inddragelse forud for den endelige høring i 2027. Her deltager Ældre Sagen gerne, ligesom vi i dag er med i patientinddragelsesudvalg.

Dialogen med lokale patienter og pårørende er altafgørende for, at de ny sundhedsråd kommer godt fra start, og at deres nærsundhedsplaner tager afsæt i lokale brugeres behov, så udviklingen af det lokale nære sundhedsvæsen passer bedst muligt til lokale behov.

Model for fordeling af midler skal tage højde for antal ældre med skrøbelighed

Modellen bag fordeling af midler til regioners sundhedsområde, herunder til kommunale indsatser, skal være gennemsigtig og med tydelige kriterier for, hvordan der fordeles i forhold til demografi og patienttyngde. Vi forstår, at der tages udgangspunkt i fordelingsmodel for almen praksis. Vi har allerede kommenteret modellen bag fordeling af almen praksislæger og henviser til dette høringssvar af 11.6.25.³ Bl.a. finder vi det vigtigt, at der i implementeringen af modellen tages højde for lokale forhold, fx antallet af ældre tilknyttet hjemmeplejen og beboere på plejehjem, dvs. ældre med høj skrøbelighed, der kan have brug for mere behandling, end modellen viser.

Venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Vicedirektør

³<https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/hoeringssvar/2025-hoeringssvar-laegekapaciteter-almenmedicin-110625>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Mail: sum@sum.dk og cc flf@sum.dk og sse@sum.dk
Sagsnr.: 2025-3023

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Health, på Aarhus Universitet har den 4. juni 2025 modtaget høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Nedenfor følger generelle bemærkninger til lovforslaget.

Generelt er der en opmærksomhed på, at det nære sundhedsvæsen i stigende grad skal baseres på evidens, implementeringskraft og kvalitetsudvikling. I den forbindelse vil universiteterne være en vigtig aktør. Vi vil derfor opfordre til, at universiteterne inddrages aktivt i det videre arbejde, da universiteter og kliniske- såvel som folkesundhedsvidenskabelige forskningsmiljøer vil være relevante og nødvendige strategiske samarbejdspartnere i udformning og evaluering af nærsundhedsplaner samt i den nationale sundhedsplan.

Desuden bemærkes det, at uddannelse og kompetenceopbygning ikke synes at være adresseret i sundhedsrådene. Vi vil derfor foreslå, at sundhedsråd understøtter kliniske undervisningspladser og efter- videreuddannelses tilbud, samt at sundhedsrådene indtænkes i en større rolle i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse.

På Health arbejder vi målrettet for at skabe bedre sundhed for alle, og vi indgår derfor gerne i samarbejder, hvor vi kan styrke sundhedsvidenskabelig forskning og videreudvikle sundhedsvidenskabelige uddannelser til fremtidens sundhedsvæsen. Vi ser derfor frem til de nye muligheder, der kommer med sundhedsreformen herunder sundhedsrådene.

Venlig hilsen



Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 30. juni 2025

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2025-0840978

Side 1/1