

Dansk Blindesamfunds høringssvar vedr. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud

Dansk Blindesamfund takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Vi ønsker med dette høringssvar at påpege væsentlige mangler i bekendtgørelsens nuværende udformning, som har betydning for borgere med synshandicap – en numerisk lille, men yderst heterogen gruppe¹, der ofte falder mellem sundhedslovgivningens og sociallovgivningens ansvarsområder.

Behov for sammenhæng mellem sundheds- og sociallovgivningen

For borgere med et nyligt opstået synstab er der betydelige udfordringer i overgangen fra sundhedsvæsenet til det videre (re)habiliteringsforløb. Et synstab konstateres i sundhedssektoren, men de nødvendige (re)habiliterende indsatser finder sted regi af Serviceloven og tilgrænsende lovkomplekser (herunder lov om specialundervisning for voksne og beskæftigelseslovgivningen).

Der er således ingen garanti for automatik i overgangen mellem den sundhedsfaglige udredning og den efterfølgende (re)habilitering, hvilket kan medføre, at de relevante indsatser igangsættes op til år efter synstabet, er konstateret i sundhedsvæsenet. Det medfører en betydelig risiko for tab af funktionsevne, social isolation og forringede beskæftigelsesmuligheder.

Dansk Blindesamfund anbefaler, at der i bekendtgørelsens §2 indføjes et nyt stk. 5 med følgende ordlyd:

”For patienter med funktionsnedsættelser, der ikke kan genoptrænes, men hvor der er behov for specialiseret rehabilitering efter anden lovgivning for at bevare funktionsevnen, skal ske en forpligtende henvisning til relevante fagprofessionelle eller myndigheder med henblik på udredning og iværksættelse af videre (re)habiliterende indsatser.”

¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aos.15641>

Dette vil sikre, at henvisningen på lige fod med genoptræningsplanen bliver et reelt bindeled mellem sektorerne og understøtter intentionen i §5, stk. 1, om sammenhæng mellem indsatser på tværs af lovgivning.

Genoptræning versus rehabilitering ved synstab

Bekendtgørelsen sonderer i §2 og bilag 1 mellem *genoptræning* og *rehabilitering på specialiseret niveau*. For personer med synstab er det ikke muligt at genoptræne en tabt synsfunktion; der er i stedet behov for indsatser, der sigter mod at fastholde og udvikle den eksisterende funktionsevne, bl.a. ved udvikling af kompenserende strategier.

Disse indsatser hører entydigt under kategorien *rehabilitering på specialiseret niveau* jf. bilag 1, punkt 4, og bør varetages af fagpersoner med særlige kompetencer inden for synsområdet.

Dansk Blindesamfund anbefaler, at der i bilag 1 til bekendtgørelsen indsættes en eksplicit reference til borgere med varige sensoriske handicap, f.eks.:

”For personer med varige sensoriske handicap, herunder synstab, kan rehabilitering på specialiseret niveau omfatte udredning og træning i kompenserende strategier, herunder brug af hjælpemidler, orientering og mobility, brug af kommunikationshjælpemidler samt ADL-træning.”

Henvisningspraksis og §84 i sundhedsloven

Som det fremgår af §84 i sundhedsloven, er regionsrådet forpligtet til at tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning eller rehabilitering.

I praksis udarbejdes der dog ikke genoptræningsplaner inden for det oftalmologiske område, da det som nævnt ikke er muligt at genoptræne synsfunktionen.

I stedet udsteder øjenlæger en henvisning til et kommunikationscenter, hvor den videre udredning og (re)habilitering bør finde sted. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt en sådan henvisning har samme retsvirkning som en genoptræningsplan.

Det er vores klare opfattelse, at der i sundhedssystemet er en stor bevidsthed om, at patienter, der får konstateret et vidtgående synstab, er behov for umiddelbar (re)habilitering, så de hurtigst muligt generhverver funktionsevne. Derfor bør henvisninger betragtes som lægefagligt begrundede efter §84, og dermed udløse samme adgang til (re)habiliterende indsatser som en genoptræningsplan.

Dansk Blindesamfund anbefaler, at bekendtgørelsen præciserer dette forhold i §2 eller §4, f.eks. ved tilføjelse af et nyt stk. 5 i §4:

”En henvisning fra speciallæge, der indeholder en lægefaglig vurdering af behov for rehabilitering på specialiseret niveau, jf. sundhedslovens §84, sidestilles med en genoptræningsplan.”

Dette vil sikre ligestilling mellem patientgrupper og fjerne den nuværende administrative barriere, hvor borgere med synstab ofte må kæmpe for adgang til basale rehabiliteringstilbud, ofte med lange sagsbehandlingstider til følge, som har en negativ effekt på fastholdelse af funktionsevne.

Krav om specialiserede kompetencer

Bekendtgørelsens bilag 1 beskriver, at rehabilitering på specialiseret niveau forudsætter, at indsatserne varetages af *autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer*.

For borgere med synshandicap indebærer dette faggrupper som bl.a. synskonsulenter, psykologer, mobility-instruktører, ADL-vejledere, socialfaglige medarbejdere med kompetencer inden for synsrehabilitering og med specifik uddannelse og erfaring.

Dansk Blindesamfund anbefaler, at ministeriet præciserer i bemærkningerne til bekendtgørelsen, at disse kompetencer er en forudsætning for at varetage rehabilitering på specialiseret niveau for personer med synstab.

Dansk Blindesamfund hilser intentionen om at skabe mere sammenhæng i genoptræningsforløb velkommen, men vi finder det afgørende, at bekendtgørelsen også sikrer adgang til specialiseret rehabilitering for borgere med varige sansetab, som ikke kan genoptrænes.

Uden en klar henvisningsadgang og sektorovergang mister mange borgere funktionsevne og selvstændighed, i modstrid med Sundhedslovens §203, stk. 2, om forebyggelse af yderligere funktionsnedsættelse.

Vi står naturligvis til rådighed for dialog med ministeriet om, hvordan denne sammenhæng kan sikres i praksis.

Med venlig hilsen

Diana Stentoft

Landsformand i Dansk Blindesamfund

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Den 14. november 2025

Høringssvar fra Dansk Erhverv vedr. høring over udkast til to bekendtgørelser om genoptræning og udkast til en ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandards.

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høring vedr. udkast til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven og bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandards.

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 arbejder for et velfærdssamfund og et sundhedsvæsen, hvor kvalitet, tillid og effektiv udnyttelse af ressourcer er i centrum. Det gælder uanset om indsatsen foregår i offentligt, privat eller selvejende regi.

I forlængelse af tidligere bemærkninger til lovgivningen om opgaveflytning mv. ønsker Dansk Erhverv at understrege, at reformen og dens udmøntning bør fokusere på samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer. Det er afgørende, at den nye struktur bygger videre på de erfaringer, kompetencer og ressourcer, der allerede findes i hele sundhedsvæsenet. Dansk Erhverv finder det særligt væsentligt, at man undgår institutionel hjemtagning af opgaver ("regionalisering"), som i dag løses effektivt af ikke-offentlige aktører. Det er samtidig vigtigt, at udmøntningen sker med blik for at bevare og udvikle den samlede kapacitet og faglighed i sundhedsvæsenet. Dansk Erhverv bemærker, at man i tråd med reformens intention¹ i stedet udbygger effektivt og værdiskabende offentlig-privat samarbejde på nye områder.

¹ 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 of-fentlig-privat samarbejde tænkes med i arbejdet med hjemmebehandlings-teams, akutsygepleje samt genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Hermed peger aftalen i retningen af et politisk ønske om et styrket offentlig-privat samarbejde om sundhed.

Et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer og aktører er en forudsætning for at opnå reformens mål om nærhed, kvalitet mv. Dansk Erhverv henviser i forhold til generelle bemærkninger til vores høringssvar til loven.

Specifikke bemærkninger

1. Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Dansk Erhverv er positive over for bibeholdelsen af kvalitetsstandarder til også at omfatte regionale sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen.

Dansk Erhverv ønsker en udmøntning, så kvalitetsstandarderne får karakter af egentlige krav og sammentænkes med øvrige initiativer i den samlede Sundhedsreform.

Som tidligere anført i Dansk Erhvervs høringssvar af 2. juli 2025:

“Dansk Erhverv støtter en ambitiøs implementering, så kvalitetsstandarderne får karakter af egentlige 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 offentlige aktører. Krav til dokumentation og opfølgning bør være proportionale og ensartede på tværs af driftsformer.”

Dansk Erhverv finder det derfor væsentligt, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet sikrer, at denne inddragelse formaliseres i arbejdet med kvalitetsstandarder, og at kommende tilsynsmodeller anvender ens indikatorer for alle leverandørtyper.

2. Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning

Dansk Erhverv deler ambitionen om at sikre borgernes frie valg samt tydelige rammer for aftaler mellem KL, Danske Regioner og private leverandører. Dansk Erhverv finder det vigtigt, at opgaveflytningen sker på en måde, der er u-bureaukratisk, gennemskuelig og smidig i praksis for de private leverandører.

Vedrørende ændringen af §2, hvor muligheden for at stille krav til ”udstyr og specialiserede kompetencer” fremskrives, bemærker Dansk Erhverv, at genoptræningsområdet dækker et meget bredt spektrum af opgaver. Det er ikke oplevelsen alle steder, at den praksis, som høringsbrevet henviser til, allerede finder sted i dag. Dette vil derfor efter Dansk Erhvervs opfattelse udgøre en u hensigtsmæssig skærpelse af kravene på visse områder. Dansk Erhverv bemærker, at der sideløbende arbejdes på en bedre afdækning af genoptræningsområdet, og peger derfor på det, at den kan være hensigtsmæssigt at sammentænke nærværende lovgivningsarbejde med denne afdækning, afhængigt af hvad omfanget af denne afdækning bliver.

Dansk Erhverv gør opmærksom på, at man bør være varsom med, *hvordan* der stilles krav til udstyr, da dette hurtigt kan medføre unødigt bureaukrati og virke innovationshæmmende i forhold til indkøb af det nyeste udstyr. Ved i stedet at fastholde krav på kvalitet og funktion fremfor specifikt udstyr, skaber man incitament til at investere i løsninger der bedst muligt understøtter kvaliteten i behandlingen.

Vedr. paragraf §7. Dansk Erhverv bemærker, at paragraf 7 allerede i den nuværende formulering bruges til at indhegne de krav der stilles til genoptræningsområdet, for at sikre lighed på tværs af offentlige og private leverandører. Derfor foreslår Dansk Erhverv, i forlængelse af ovenstående, at §7 *eksplicit* bør anvendes til at sikre, at kravene afgrænser den nye formulering klart, således det ikke overlades til fortolkning, om de nye tilføjelser er dækket af ”mv.”. Et forslag her-til, med ændringerne markeret:

*”§ 7. Kravene til de private leverandører, herunder i forhold til faglige **og specialiserede** kompetencer, **udstyr**, kommunikation, dokumentation m.v. skal være rimelige og stå i forhold til de krav, som gælder for kommunale og regionale leverandører af genoptræning”.*

Dansk Erhverv henviser i øvrigt til bemærkninger afgivet ifm. lovgivningsarbejdet om emnet i Dansk Erhvervs høringssvar af 2. juli 2025.

3. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptrænings-tilbud

Det er væsentligt, at implementeringen understøtter en sammenhængende indsats og bygger videre på den eksisterende faglige kapacitet og erfaring, som findes både i offentligt og ikke-offentligt regi. Herunder er opmærksom på en rammesætning, der sikrer de patientrettigheder, der eksisterer på området, det politiske ønske der førte til deres vedtagelse. Dansk Erhverv henviser til vores bemærkning afgivet i høringssvaret af 2. juli 2025 om lovgivningen

Dansk Erhverv bemærker, at man i afsnittet ”4: Rehabilitering på specialiseret niveau” laver følgende ændring:

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest mentale funktionsnedsættelser, **der har væsentlig betydning for udførelsen af dagligdags aktiviteter.**

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg

Branchedirektør, Sundhed og Life Science



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Att. sum@sum.dk
Cc: ambk@sum.dk

Taastrup, den 28. oktober 2025

Høringssvar over udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Dansk Handicap Forbund takker for muligheden for at kunne afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Kommentar vedrørende bekendtgørelse om frit valg i forbindelse med genoptræning efter den nye sundhedsreform:

Danske Regioner og Kommunernes Landsforening bør forpligtes til at sikre, at aftaler, der indgås med leverandører og underleverandører forpligter disse til at sikre lokaliteter med adgangsforhold, som sikrer den nødvendige tilgængelighed for mennesker med fysisk handicap, herunder tilgængelighed til behandlingsredskaber.

Kommentarer vedrørende genoptræningsplan:

Danske Regioner skal forpligtes til også at sørge for, at patienterne, når de bliver udskrevet, får adgang til de nødvendige behandlingsredskaber, der er en forudsætning for deres rehabilitering og effekten af denne.

Med venlig hilsen

Susanne Olsen
Landsformand

Hammel, den 12. november 2025

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Att.: Center for det behandlende sundhedsvæsen

E-mail: sum@sum.dk

Vedrørende:

Høringssvar til udkast til:

- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus
- Udkast til bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven
- Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Høringssvar fra Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR)

Dansk Selskab for Neurorehabilitering takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi anerkender formålet med udkastene til bekendtgørelser, herunder ønsket om at sikre sammenhæng og kvalitet i forbindelse med opgaveflytningen af genoptrænings- og rehabiliteringsopgaver til regionerne.

En væsentlig andel af de patienter, der udskrives med en genoptræningsplan efter sundhedslovens § 140, har været indlagt til neurorehabilitering og har fortsat behov for neurorehabilitering.

Dansk Selskab for Neurorehabilitering finder det derfor væsentligt, at de kommende bekendtgørelser tydeligt understøtter en systematisk tilgang til kvalitet i genoptræning og rehabilitering. Dette gælder på tværs af målgrupper, herunder også børn og unge med behov for neurorehabilitering, hvor indsatsen bør tilrettelægges med afsæt i deres udviklingsmæssige forudsætninger og med relevante specialiserede kompetencer.

Vi finder det væsentligt at påpege, at udkastene ikke definerer, hvad kvalitet i genoptræning og rehabilitering indebærer. For at sikre en fælles faglig retning og ensartet høj standard på tværs af landet anbefaler DSNR, at arbejdet med kvalitetsstandarder og kvalitetsindikatorer overordnet forankres nationalt – eksempelvis i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK).

Det bør samtidig være en forudsætning, at SundK lader sig guide af de relevante faglige miljøer i hele Danmark og på tværs af sektorerne, herunder de faglige selskaber, som også repræsenterer den praksisnære og tværfaglige ekspertise inden for genoptræning og rehabilitering.

DSNR ser det som meningsfuldt, at de nationale rammer for kvalitet suppleres af lokal

forankring og opfølgning. Det bør ske i regi af sundhedsråd, regioner og kommuner – med regionerne og sundhedsrådene som hovedansvarlige for implementering, monitorering og løbende udvikling af kvaliteten i tilbuddene. En sådan dobbelt forankring vil sikre både national ensartethed og lokal relevans og opfølgning.

De eksisterende nationale anbefalinger for genoptræning og rehabilitering efter erhvervet hjerneskade er udarbejdet under tidligere organisatoriske rammer og er i dag netop anbefalinger, ikke retningslinjer. DSNR anbefaler, at disse opdateres og videreudvikles til en eller flere nationale kliniske retningslinjer på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Disse skal beskrives ud fra den nye organisering og skabe et vidensbaseret og forpligtende grundlag for kvalitetsarbejdet på tværs af sektorer.

En klar national retning kombineret med lokal faglig forankring vil være afgørende for, at borgere i hele landet får adgang til genoptrænings- og rehabiliteringstilbud af høj og ensartet kvalitet.

Endelig kan det med fordel tydeliggøres i fremtidige anbefalinger, vejledninger, databaser mm., at kvaliteten og patienternes outcome i genoptrænings- og rehabiliteringssammenhæng også bør evalueres på borgerens samlede funktionsevne/funktionsevnenedsættelse, som det allerede fremgår som grundlag i udkastet til bekendtgørelse om genoptræningsplaner Kap 1. §2 stk. 2. Det anbefales dog, at teksten i bilag 1 bliver tydeligere med hensyn til brugen af begreberne funktionsevne, funktionsevnenedsættelse, funktionsnedsættelser, samt hvad de kan dække over. Ifølge ICF-modellen¹ er funktionsevnenedsættelse et samlet begreb, der består af de tre komponenter: kropslige funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse, og disse tre komponenters interaktion med de øvrige komponenter i ICF-modellen; helbredstilstanden, omgivelser- og personlige faktorer. Den samlede funktionsevne kan kun vurderes ved at se på helheden af alle komponenter i ICF-modellen, og man kan på denne måde ikke have *flere* funktionsevnenedsættelser, men man kan beskrive *dele* af funktionsevnen via funktionsmålinger på eks. kropsniveau eller mål for aktivitet etc. Dette kan der læses mere om i [den danske vejledning til ICF](#) og i [Hvidbog om rehabilitering](#). Ydermere finder vi det relevant at definere begreberne genoptræning og rehabilitering direkte i Bilag 1, da der i bekendtgørelsen er tydelig forskel på brugen af disse begreber. DSNR stiller sig gerne til rådighed for uddybning.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR)

¹ ICF-modellen står for International Classification of Functioning, Disability and Health (på dansk: *Den Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbred*). Den er udviklet af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) og bruges bredt i sundhedssektoren – også i rehabilitering – som en fælles ramme for at beskrive menneskers funktionsevne

Forslag til omformulering af: Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Kap 1, § 2, stk. 2 og 3 samt Bilag 1: Niveauer af genoptræning og rehabilitering

Kap1.

§ 2. Genoptræningsplanen skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau, jf. bilag 1.

Stk. 2. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder en angivelse af, hvilke funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger genoptræningen er målrettet.

Stk. 3. For patienter med behov for rehabilitering på specialiseret niveau skal genoptræningsplanen beskrive patientens samlede funktionsevne, herunder en angivelse af, patientens funktionsnedsættelser, aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger samt barrierer eller hindringer i omgivelserne eller de personlige faktorer med betydning for rehabiliteringens målsætning. Beskrivelsen skal udtrykke patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser på udskrivelsestidspunktet.

Forslag til Bilag 1

Niveauer af genoptræning og rehabilitering

Almen genoptræning

1: Genoptræning på basalt niveau

Patienter, der visiteres til genoptræning på basalt niveau, har typisk enkle og afgrænsede funktionsnedsættelser og/eller aktivitetsbegrænsninger og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehuset af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde.

2: Genoptræning på avanceret niveau

Patienter, der visiteres til genoptræning på avanceret niveau, har typisk omfattende funktionsevnenedsættelse betinget af funktionsnedsættelser og/eller aktivitetsbegrænsninger, herunder eventuelt helbredsmæssige komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde.

Nogle patienter vil have behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser med henblik på at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne.

Genoptræning på specialiseret niveau

3: Genoptræning på specialiseret niveau

Patienter, der henvises til genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehus, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlig funktionsevnenedsættelse, der udgør en væsentlig barriere eller hindring for aktivitetsudførelse eller deltagelse, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.

Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der primært varetages af autoriserede sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulant sygehusbehandling.

Genoptræningsindsatserne varetages ligeledes på sygehus, hvis genoptræningen af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Rehabilitering på specialiseret niveau

4: Rehabilitering på specialiseret niveau

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk kompliceret, omfattende, sjældne og/eller alvorlig funktionsevnenedsættelse, herunder funktionsnedsættelser, aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger samt mulige barrierer eller hindringer i omgivelserne eller de personlige faktorer med betydning for rehabiliteringens målsætning, herunder oftest mentale funktionsnedsættelser, der har væsentlig betydning for udførelsen af dagligdagsaktiviteter.

I genoptræningsplanen beskrives patienternes samlede funktionsevne samt patienternes behov for rehabiliteringsindsatser. Herunder kan der eventuelt gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats, udarbejdet med inddragelse af relevante, faglige kompetencer.

Patienterne har behov for både genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.



Høringssvar til udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at kommentere på høringerne vedr. de lovgivningsmæssige ændringer, der følger af sundhedsreformaftalen om opgaveflytning fra kommune til region. Danske Fysioterapeuter har følgende opmærksomhedspunkter:

1. Vi ser positivt på, at det i §5 er præciseret, at "kommunalbestyrelsen og regionsrådet tilrettelægger genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til borgerens samlede rehabilitering i henhold til sundhedsloven samt anden lovgivning". Danske Fysioterapeuter ser, at der kan være et behov for at knytte den patientrettede, den borgerrettede indsats sammen med genoptræningsindsatsen, så patienterne kan få en indsats der dækker deres samlede sundhedsudfordringer. Der er i den forbindelse en udfordring i at sikre, at disse tilbud er sam-lokaliserede, så kompetencer kan bruges på tværs af tilbud, og så det bliver så let som muligt for sårbare borgere at deltage i et samlet tilbud.
2. Danske fysioterapeuter ser positivt på at i § 5. stk. 2 at kommunalbestyrelsen og regionsrådet kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov. Det er vigtigt at den faglige vurdering om niveauet af genoptræning følger borgeren.

Dato:

13-11-2025

Email:

mp@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4671

Danske Fysioterapeuter ser dog med bekymring på, at der kan opstå uklarhed om hvilken slags rehabilitering borgerne modtager, da man i dag kan henvises til både §119 og §140.

Vi hører, at kommunerne omstøder en genoptræningsplan (§140) til et §119 tilbud, uden sygehuset inddrages.

Kommunerne kan efter gældende regler ikke fravige en §140 uden dialog med sygehus og borger, hvorimod kommunerne frit kan ændre ydelserne i §119. I en § 119 vil patienten f.eks. ikke skulle stratificeres i "basal" eller "specialiseret" tilbud. Dette kan medføre dårligere behandling, særligt overfor sårbare borgere, hvis de skal bevæge sig mellem tilbud.

Når der ikke er national ensartethed i, om genoptræning eller rehabilitering visiteres efter §119 eller §140, risikerer borgere og patienter at få forskellige tilbud og rettigheder afhængigt af geografi.

Det kan føre til ulighed i sundhed og usikkerhed for både patienter og fagpersoner. Med fremtidens bodeling af opgaverne mellem region og kommune bliver der ikke taget højde for ovenstående problematik, og det mener vi fortsat, at der er behov for en afklaring af.

Med venlig hilsen

Niels Sandø

Chef for Politik, Profession og Kommunikation

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: ambk@sum.dk

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven og bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til de fremsendte bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder, der udmønter lovforslaget 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 har flere gange tidligere, blandt andet i forbindelse med høringen af lovforslaget om ændring af sundhedsloven og opgaveflyt, rost beslutningen om at flytte myndighedsansvaret, så regionerne overtager ansvaret for de mest specialiserede niveauer af genoptræning og rehabilitering. Samtidig fremhævede vi en række bekymringspunkter, bl.a. vedrørende det utilstrækkelige faglige grundlag for opgaveflytningen, den snævre afgrænsning af målgruppen for specialiseret genoptræning, de store forskelle i kommunal praksis samt risikoen for, at økonomi og kapacitet ikke modsvarer det reelle behov. Disse bekymringer finder Danske Patienter fortsat anledning til at fremhæve.

Uambitiøse planer for genoptræning og rehabilitering

Danske Patienter anerkender, at bekendtgørelserne primært indeholder tekniske og konsekvensmæssige ændringer som følge af det fremsatte lovforslag vedr. opgaveflytning. Samtidig må vi dog konstatere, at bekendtgørelserne ikke imødegår de udfordringer, vi tidligere har påpeget i forbindelse med lovhøringen.

Særligt finder vi fortsat anledning til at fremhæve, at Sundhedsstyrelsens faglige grundlag for afgrænsningen af målgruppen, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau, som med fordel kan omfattes af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau, fremstår for snævert og hviler på et ufuldstændigt datagrundlag. Forarbejdet blev gennemført under korte tidsfrister og har derfor ikke i tilstrækkelig grad afdækket det reelle omfang af patienter med behov for specialiserede indsatser. Det indebærer en risiko for, at en

Dato:
14. november 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 1/2

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 Selvskade, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

væsentlig gruppe patienter med komplekse behov fortsat vil blive visiteret til kommunale tilbud, der ikke har de nødvendige kompetencer eller kapacitet til at løfte opgaven på det fornødne faglige niveau.

Side 2/2

De store forskelle i kommunal praksis for brug af rehabilitering efter hhv. §119 og §140 er desuden ikke blevet dækket tilstrækkeligt i forbindelse med opgaveflytningen. Det medfører at den økonomiske ramme er estimeret mindre end hvad der 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.

Heraf følger, at den økonomiske og kapacitetsmæssige ramme i regionerne ser ud til at være utilstrækkelig i forhold til det faktiske behov. Når målgruppen afgrænses for snævert, vil både de økonomiske beregninger og den planlagte kapacitetsopbygning i regionerne naturligt tage udgangspunkt i et for lavt patientantal. Det skaber risiko for underdimensionerede tilbud, hvor enten for få patienter vil få det tilbud de har behov for og ret til, eller at alle patienter med behov for specialiseret genoptrænings- og rehabiliteringsindsats vil få et tilbud, hvor kvaliteten må nedprioriteres og ikke modsvarer deres behov.

På den baggrund er vi bekymrede for, at intentionen om et kvalitetsløft på området reelt ikke indfries. Et fagligt løft forudsætter, at målgruppen, økonomien og snitfladerne mellem regioner og kommuner revurderes.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør



NOTAT

07-11-2025

EMN-2017-01083

1814749

Rikke Gravlev Taageby

Danske Regioners bemærkninger til høring af bekendtgørelser om genoptræningsplaner, frit valg af genoptræning og kvalitetsstandarder

Danske Regioner takker for muligheden for at komme med bemærkninger til bekendtgørelser om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehuse, aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven og kvalitetsstandarder.

Danske Regioner har indhentet bemærkninger fra regionerne.

Der er ingen bemærkninger til bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven og bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

Til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus

Det foreslås, at det i §7 stk. 3 præciseres, at dette vedrører hhv. almen genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau. Ellers kan det tolkes som om, at det også gælder genoptræning på specialiseret niveau. Det vil også flugte med det, der står i §6 stk. 2: Hvis genoptræningsplanen angiver, at der er behov for rehabilitering på specialiseret niveau skal regionsrådet senest fire dage efter udskrivningen fra sygehus informere borgeren om, hvor og hvornår regionen kan tilbyde borgeren opstart af genoptræning.

Det foreslås, at §7, Stk. 3. ændres til: Såfremt kommunalbestyrelsen eller regionsrådet ikke kan tilbyde opstart af genoptræningstilbud (almen genoptræning og rehabilitering på specialiseret niveau) efter stk. 1 inden for syv dage efter udskrivning, har borgeren ret til frit at vælge en leverandør af genoptræning blandt de leverandører, KL henholdsvis Danske Regioner har indgået aftale med i henhold til sundhedslovens § 140, stk. 4, hvis den private leverandør kan opstarte genoptræningen senest samtidig med tilbuddet efter § 6, stk. 1 og 2. Udskrivningsdagen tæller som dag nul.

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Amalie Bækgaard Kristiansen (AMBK@SUM.DK)
Fra: Mette Marie Kyed (mmk@aeldreraad.dk)
Titel: VS: Høring over udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder
Sendt: 14-11-2025 08:35
Bilag: Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven.pdf; Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.pdf; Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.pdf; Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf;

[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.

Til rette vedkommende

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar på udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

Danske Ældreråd har ingen bemærkninger.

Med venlig hilsen

Mette Marie Kyed
Sundhedspolitisk konsulent
Telefon: 38 77 01 65/Mobil: 26 71 28 60 | Mail: mmk@aeldreraad.dk



Danske Ældreråd | Svend Aukens Plads 11 | 2300 København S.

Danske Ældreråd er landsorganisation for landets 98 folkevalgte ældreråd. Vi har viden, holdninger og anbefalinger til ældreområdet. www.aeldreraad.dk



Fra: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>
Sendt: 10. oktober 2025 15:14
Til: dcs@cardio.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; dsnrkontakt@gmail.com; Danske Ældreråd <info@aeldreraad.dk>; fysio@fysio.dk; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; info@forenede.dk; admin@hjernesagen.dk; Hjerteforeningen <post@hjerteforeningen.dk>; Kommunernes Landsforening <KL@KL.DK>; sikkermail@kost.dk; Kræftens Bekæmpelse <info@cancer.dk>; info@sundheddanmark.nu; vardekommune@varde.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk
Emne: Høring over udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Kære høringsparter

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed følgende udkast til bekendtgørelser i offentlig høring:

- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra

sygehus.

- Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven.
- Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

Bekendtgørelserne skal udmønte dele af *Aftale om sundhedsreform 2024*.

Vedlagt denne mail er i øvrigt:

- Høringsbrev
- Høringsliste

De vedlagte udkast til bekendtgørelser bliver offentliggjort på høringsportalen snarest muligt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastene **senest den 14. november 2025 kl. 12.00**.

Bemærkningerne bedes fremsendt til sum@sum.dk med kopi til ambk@sum.dk.

Venlig hilsen

Sarah Storm Egeskov

Chefkonsulent, Center for det behandlende
sundhedsvæsen

–
[@ sse@sum.dk](mailto:sse@sum.dk)



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk

27. oktober 2025

Høringssvar til ændring af bekendtgørelser om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven samt ændringer af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Vejle fjord Rehabilitering og Filadelfia Epilepsihospital og sociale tilbud takker for muligheden for at afgive høringssvar på de tre bekendtgørelser om genoptræningstilbud. Vi varetager i dag en vigtig andel af den specialiserede rehabilitering, og har både ekspertise og årtiers erfaring med området.

Vi noterer os med glæde, at bekendtgørelserne fastlægger patienternes frie valg af genoptræningstilbud. Det er ydermere positivt, at de enkelte regioner og Danske Regioner kan indgå samarbejdsaftaler med private udbydere med henblik på at sikre frit valg ved kapacitetsmangel.

Ifølge Sundhedsstyrelsens egne beregninger¹ vil flere patienter fremover skulle visiteres til specialiseret rehabilitering, men det præcise antal er endnu uklart. Af hensyn til forsynings sikkerheden vil vi derfor anbefale, at der stilles krav om, at regionerne forpligtes til at indgå aftaler med de eksisterende private aktører i god tid, inden opgaven overgår til regionerne. På denne måde vil man sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet og specialviden til rådighed fra reformens begyndelse, og ingen patienter derfor stilles dårligere. Vi vil samtidig anbefale, at der bliver tale om forpligtende og varige samarbejder, der udnytter den unikke erfaring, som blandt andet Vejle fjord Rehabilitering og Filadelfia har med de mest komplekse og multisyge patienter i denne gruppe.

Der findes i dag kun faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om behandling af erhvervet hjerneskade. Det har resulteret i en uensartet stor variation i både kvaliteten af de nuværende tilbud, og hvilke patienter der har fået tilbud om specialiseret rehabilitering. Vi er derfor forundrede og bekymrede over, at der ikke lægges op til at fastlægge nationale krav til kvalitet eller faglighed af den specialiserede rehabilitering i bekendtgørelsen. Vi vil opfordre til, at der sættes et arbejde i gang i regi af Sundhedsstyrelsen og stiller gerne vores faglige ekspertise til rådighed for opgaven.

Som baggrund for vores høringssvar vedlægges supplerende materiale med særlige opmærksomhedspunkter vedrørende det specialiserede rehabiliteringsområde samt information om Filadelfia Center for Neurorehabilitering og Vejle fjord Rehabilitering som eksisterende udbydere af specialiseret rehabilitering til det offentlige sundhedsvæsen.

I tilfælde af spørgsmål og behov for uddybende information er man meget velkommen til at kontakte undertegnede.

Med venlig hilsen,

Lisbeth Nielsen
Administrerende direktør
Filadelfia Epilepsihospital og sociale tilbud
lisbethn@filadelfia.dk / 21 34 12 02

Marianne Ringgaard
Administrerende direktør
Vejle fjord Rehabilitering
mari@vejle fjord.dk / 51589563

¹ Se vedlagte supplerende materiale.
Filadelfia og Vejle fjord

Særlige opmærksomhedspunkter i forhold til specialiseret rehabilitering

Der er usikkerhed om omfanget af patienter med behov for specialiseret rehabilitering

Sundhedsstyrelsen vurderer, at ca. 5 % af de patienter, der i dag modtager avanceret genoptræning, fremover skal visiteres til specialiseret rehabilitering – men grundlaget er usikkert, og der findes ingen præcise tal². Det skaber usikkerhed om opgavens reelle omfang. Hvis kapaciteten ikke matcher behovet, risikerer vi en forringelse af kvaliteten i de specialiserede rehabiliteringsforløb, hvilket vil ramme nogle af de mest sårbare patienter. Vi vil opfordre til, at de private aktører, der i dag har kompetencerne til at varetage specialiseret rehabilitering, medtænkes og inddrages, sådan at den fornødne kapacitet og robusthed også fremover er til stede i indsatserne til patienter med erhvervet hjerneskade.

Det er endnu uklart, hvordan samarbejdet mellem regioner, kommuner og private aktører om specialiseret rehabilitering bliver organiseret i den kommende sundhedsstruktur. Ved kommunalreformen i 2007 var erfaringen, at specialiserede tilbud blev nedlagt, hvilket medførte tab af viden og dårligere muligheder for patienterne i flere år. 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.

Hvorfor stille klare faglige krav til specialiseret rehabilitering?

Patienter i **målgruppen for specialiseret rehabilitering** har ofte komplekse, omfattende og alvorlige funktionsnedsættelser, der påvirker flere livsområder³. Fælles for patienterne er, at de har fået en hjerneskade som følge af fx stroke eller ulykker og ikke længere befinder sig i den akutte fase, hvor de har behov for hospitalsbehandling. Hjerneskader rammer derudover ofte raske mennesker i beskæftigelse eller uddannelse.

Patientgruppen vil som oftest have en kombination af funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger; herunder kognitive, fysiske, sansemæssige, kommunikative og emotionelle udfordringer. Derudover har en stor del af patienterne udfordringer relateret til udtrætning (fatigue) og ernæring (dysfagi). Særligt for målgruppen er også behovet for særlig støtte og i nogle tilfælde sikkerhedsforanstaltninger.

Rehabiliteringsforløbene er typisk tværfaglige og helhedsorienterede døgnforløb, der kræver avancerede teknologier, specialtilpassede hjælpemidler og specialiserede kompetencer. Viden om, hvordan hjernen forandrer sig efter en skade, er afgørende i neurorehabilitering, da genoptræningen skal understøtte hjernens evne til at danne nye forbindelser og genvinde funktioner. For at udnytte dette potentiale kræves målrettet, intensiv og gentagen træning.

Indsatserne forudsætter en høj grad af koordinering, kontinuitet og fleksibilitet, da patienternes behov ændrer sig over tid og kræver løbende justeringer i både indhold og niveau. Udover enkelte, større kommuner, der har egne tilbud, behandles en stor del af disse patienter i dag på Vejle fjord Rehabilitering og Filadelfia Center for Neurorehabilitering.

²Sundhedsstyrelsen (2025): *Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau*

³Sundhedsstyrelsen (2020): *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade*

Hvem er Vejle fjord Rehabilitering og Filadelfia Center for Neurorehabilitering?

Vejle fjord Rehabilitering og Filadelfia Center for Neurorehabilitering har hvert år ca. 130 døgnindlagte patienter, som modtager specialiseret rehabilitering. Denne volumen er afgørende for at opretholde robusthed, sikre kontinuitet i indsatserne samt bidrage til forskning, supervision og vidensdeling – i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger til specialiseret rehabilitering⁴.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger understreger, at tilbud på dette niveau skal have fagpersoner med mange års erfaring, certificeret efteruddannelse, forskningsforpligtelse og evne til at indgå i interdisciplinært samarbejde⁴.

Vejle fjord Rehabilitering og Filadelfia Center for Neurorehabilitering opfylder alle disse krav og har samtidig kapacitet til at håndtere komplekse forløb, som kommunerne ikke selv kan løfte. Vejle fjord Rehabilitering og Filadelfia Center for Neurorehabilitering fungerer således som stærke videns- og kompetencemiljøer, som sikrer høj kvalitet for en patientgruppe med meget komplekse behov.

Der er en formodning om, at der i dag er borgere, der er berettiget til specialiseret rehabilitering, der ikke tilbydes det i dag⁵. Det betyder, at de risikerer utilstrækkelig rehabilitering, tab af funktionsevne og forringet livskvalitet, med store menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser til følge.

Filadelfia Center for Neurorehabilitering og Vejle fjord Rehabilitering repræsenterer en væsentlig del af den fremtidige løsning af rehabiliteringsopgaven i Danmark. Med en dokumenteret evne til at skabe resultater gennem specialiserede og omkostningseffektive forløb bidrager vi til at sikre lighed i sundhed, frigøre kapacitet på hospitalerne og styrke sammenhængen mellem regioner og kommuner.

I en tid, hvor sundhedsvæsenet står over for stigende pres og behov for mere bæredygtige løsninger er Filadelfia Center for Neurorehabilitering og Vejle fjord Rehabilitering uundværlige aktører i den kommende sundhedsreform og bør også fremadrettet spille en stor rolle i at sikre, at ingen borgere med komplekse hjerneskader står uden adgang til den nødvendige specialiserede rehabilitering.

På **Filadelfia Center for Neurorehabilitering og Vejle fjord Rehabilitering** tilrettelægges alle patientforløb individuelt og varetages tværfagligt med fokus på helhed, timing og tæt koordination med patienternes hjemkommuner og pårørende. De tværfaglige teams består af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, neuropsykologer, audiologopæder, socialrådgivere og andre fagprofessionelle med omfattende erfaring og videreuddannelse i neurologi og hjerneskaderehabilitering. Faglig robusthed sikres gennem forskning, vidensdeling og samarbejde med blandt andet universiteter, hospitaler og patientforeninger. Til evaluering af rehabiliteringsforløbene benyttes standardiserede og validerede måleredskaber ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger⁶.

Vejle fjord Rehabilitering blev grundlagt i år 1900 og ejes i dag af Vejle fjord-Fonden, der overordnet har et almennyttigt formål om at tilbyde behandling og støtte til mennesker ramt af hjerneskade og tilgrænsende lidelser. I 1985 blev Vejle fjord Rehabilitering et af de første specialsygehuse for hjerneskade i Danmark. Sygehuset modtager patienter fra hele landet til specialiseret rehabilitering og genoptræning i den tidlige del af Fase 3 og frem. Vejle fjord Rehabilitering har også et ambulatorium for

⁴ Sundhedsstyrelsen (2020): *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade*

⁵ Sundhedsstyrelsen (2025): *Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau*

⁶ Sundhedsstyrelsen (2020): *Anbefalinger til nationale redskaber til vurdering af funktionsevne - hos voksne med erhvervet hjerneskade.*

børn og unge, som bistår kommuner, regioner og VISO med udredning og rådgivning inden for hjerneskadeområdet.

Filadelfia Center for Neurorehabilitering er en del af Filadelfia Epilepsihospital og sociale tilbud – en non-profit, selvejende organisation med selvstændig bestyrelse. Filadelfia har siden 1897 arbejdet målrettet med rehabilitering af nogle af samfundets mest sårbare borgere og har dermed mere end et århundredes erfaring og ekspertise inden for området. Filadelfia Center for Neurorehabilitering modtager voksne patienter med erhvervet hjerneskade til specialiseret genoptræning på regionsfunktionsniveau i Fase 2 (regionalt) samt specialiseret døgnrehabilitering i Fase 3 (kommunalt).

Overordnede bemærkninger

Forenede Care støtter sundhedsreformens intentioner om øget lighed og bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet, men lovgivningen – herunder bekendtgørelserne – hindrer, at sundhedsvæsenet opnår de ønskede forbedringer.

Forenede Care hjælper mennesker med erhvervet hjerneskade fra mere end 50 kommuner på vores specialiserede døgnrehabiliteringscenter (§ 140). Vi ser frem til, at Danske Regioner som planlagt inddrager os i udviklingen af samarbejdsaftaler med private leverandører, men der er fortsat grund til at frygte afspecialisering særligt af to årsager:

- 1) Vi er bekymrede for, at centrale beslutninger træffes, før der er fastlagt tydelige retningslinjer for finansiering og visitation. Manglende afklaring på disse grundlæggende områder kan medføre, at ressourcerne ikke matcher opgavens omfang og kompleksitet. Afspecialisering vil være en direkte afledt konsekvens.
- 2) Vi ser en alvorlig tidsmæssig og organisatorisk udfordring, da samarbejdsaftaler med regionerne skal indgås midt i en fusionsperiode med nye overgangsinstitutioner. Det skaber risiko for, at aftalerne ikke kan realiseres, og dette er ikke adresseret i lovgrundlagets nuværende form.

Udfordringen kan løses ved at pålægge regioner og sundhedsråd en forpligtelse til aktivt at undersøge og vurdere samarbejdsmuligheder med eksterne leverandører. Denne vurdering bør baseres på en systematisk sammenligning af økonomi og dokumenteret effekt i forhold til offentlige tilbud. Udelades de nuværende private leverandører af specialiseret rehabilitering som samarbejdspartnere, vil det med stor sandsynlighed føre til afspecialisering. Derfor er dette afgørende.

Forenede Cares bemærkninger til de konkrete bekendtgørelser

Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven:

- **Kapitel I § 1:**
Begrænses rammeaftaler til udelukkende at kunne indgås af foreninger og brancheorganisationer, vil det medføre, at kompetente leverandører forsvinder fra området, og at specialiseret viden går tabt.
- Vi anbefaler, at rammeaftaler også kan indgås direkte med private kvalificerede leverandører – altså uanset ejerform. Dette vil sikre en livsvigtig, kvalitetssikker og tværfaglig indsats, som private aktører har været med til at opbygge og stadig udvikler metodisk og datadrevet. Vi er i dag en foretrukken samarbejdspartner for mange kommuner, fordi vi rykker borgerne til gavn for livskvalitet og samfundsøkonomi. Kan vi ikke længere levere specialiseret neurorehabilitering, vil det være fatalt for de mennesker, der eksempelvis kunne have fået sænket deres plejebehov eller genvundet deres arbejdsevne.
- **Kapitel I § 2 stk. 2:**
Det er positivt, at Danske Regioner indgår samarbejdsaftaler for rehabilitering på specialiseret niveau med private leverandører, men det sikrer ikke, at muligheden for samarbejde faktisk tages i anvendelse.

- Manglende kompetencer i kommunerne er årsagen til, at specialiseret rehabilitering jf. sundhedsreformen skal overgå fra kommuner til regioner. Alligevel giver det "horisontale greb" kommunerne mulighed for at beholde/påtage sig opgaverne. Dette er bekymrende. Bliver den horisontale opgaveflytning en realitet, bør kommuner alligevel kunne anvende de private aktører, som regionerne indgår aftaler med. Dette bør være et krav, når kompetencerne i kommunerne ikke rækker. Pålægges regioner og sundhedsråd derudover altid at skulle afsøge og vurdere kvalitet og økonomi på tværs af leverandørtyper, vil det fremme anvendelsen af de bedst mulige aktører til gavn for borgere med erhvervet hjerneskade. Disse to tiltag vil også understøtte reformens intentioner om lighed – alternativet vil være store forskelle i adgangen til kvalificeret hjælp samt afspecialisering.
- **Kapitel 2:**
Det er positivt, der nu skal stilles krav til leverandører – både offentlige og private.
- Efterleves kravene ikke, bør leverandøren uanset ejerforhold ikke have lov til at bedrive specialiseret rehabilitering. I dag findes der mange anbefalinger og vejledninger – og for få bindende krav. Der bør også skeles til effekten af indsatsen, holdt op imod økonomi. De rette effektindikatorer er under udvikling af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus:

- **§ 6 stk. 2:**
Det er utilstrækkeligt, at borgere først får information om tid og sted for rehabilitering fire dage efter udskrivning. For mennesker med erhvervet hjerneskade, der har alvorlige kognitive og fysiske udfordringer, er denne tilgang ikke i overensstemmelse med det faktiske behov og kan føre til tab af funktionsevne samt unødvendig forlængelse af rehabiliteringsforløbet.
- Hjælpen bør iværksættes straks efter udskrivning. Den nuværende bestemmelse sikrer derudover kun, at borgeren får information – ikke reel støtte – hvilket bekymrer yderligere.

Opsamling på Forenede Cares anbefalinger:

- Sikring af samarbejdsaftaler med eksterne leverandører trods organisatoriske overgange
- Samarbejdsaftaler bør kunne indgås direkte med kvalificerede leverandører uanset ejerforhold
- Alle borgere bør – uanset kommunernes horisontale greb – kunne få hjælp fra private aktører, når kommunen ikke kan løfte opgaven
- Regioner og sundhedsråd bør systematisk sammenligne kvalitet og økonomi mellem eksterne og offentlige leverandører
- Klare og ensartede krav til både offentlige og private aktører
- Specialiseret rehabilitering skal iværksættes umiddelbart efter udskrivning fra hospital

Forenede Care står til rådighed for dialog om, hvordan det yderligere lovarbejde og implementeringen heraf bedst kan understøtte reformens mål om kvalitet, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Att: sum@sum.dk og ambk@sum.dk

10. november 2025

Høringssvar vedr. tre forslag til ændring af bekendtgørelser om genoptræningsplaner, frit valg af genoptræning og kvalitetsstandarder

Hjernesagen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus og Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven.

Hjernesagen har ingen bemærkninger til Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

Hjernesagen hæfter sig ved, at der primært er tale om konsekvens rettelser i begge bekendtgørelser, som følge af opgaveflytning og dertil ændringer i Sundhedsloven.

Kommentarer til Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus

Koordination

I Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus § 2, stk. 4 fremgår det ligesom i dag, at genoptræningsplanen skal indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregionen og bopælskommunen kan kontaktes med henblik på koordinering af genoptræningsforløb. Hjernesagen forudser et øget behov for koordination mellem regioner og kommuner særligt i forbindelse med opgaveflyt. 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.

Hjernesagen mener, at det vil være relevant at skabe noget mere plads til koordineringsdelen også i de fremtidige genoptræningsplaner fx det fremgår fra patient til patient, hvorvidt det vurderes at være behov for tværsektoriel koordination.

Rehabilitering på specialiseret niveau

I Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus bilag 1, punkt 4 om rehabilitering på specialiseret niveau er der kommet en tilføjelse efter første afsnit med følgende:



....herunder oftest mentale funktionsevnenedsættelser, *der har væsentlig betydning for udførelsen af dagligdags aktiviteter.*

I Hjernesagen bliver vi noget bekymret for denne formulering, fordi

1. hvorfor ses det nødvendigt med en præcisering?
2. hvilken målgruppe vil man gerne udelukke fra rehabilitering på specialiseret niveau?
3. hvordan skal "væsentlig betydning" fortolkes?

Mentale funktionsnedsættelser påvirker stort set altid dagligdags aktiviteter for dem, som er ramt. Er der med loven et ønske om, at man at fjerne ældre eller mennesker med lavere aktivitetsniveau i det daglige fra målgruppen til rehabilitering på specialiseret niveau? Det kan evt. blive konsekvensen ved at indføre et krav om, at det skal have en væsentlig betydning for udførelsen af dagligdags aktiviteter.

Det er dokumenteret, at der ikke er lighed i behandling og rehabilitering for mennesker med erhvervet hjerneskade og Hjernesagen er bekymret for at denne præcisering kan være med til at øge uligheden.

Hjernesagen vil derfor anbefale at tilføjelsen fjernes.

Opgaveflytning

Af aftalen om sundhedsreformen fra 2024 fremgår det at både specialiseret rehabilitering og dele af genoptræningen på avanceret niveau skal flyttes fra kommunerne til regionerne.

Af både Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus og Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven forholder man sig ikke til, hvordan dele af genoptræningen på avanceret niveau rent praktisk skal identificeres, flyttes og have en valgmulighed i forhold til det frie valg.

Hvis det ikke af genoptræningsplanen skal fremgå, at den konkrete patient skal tilbydes en plads i regionen og ikke i kommunen, hvordan bliver det så tydeliggjort i processen?

Hvem skal vurdere, hvilke patienter med genoptræning på avanceret niveau, som skal tilbydes en regionsplads? Skal der være en lægefaglig vurdering eller en kommunal vurdering?

Hjernesagen finder det påfaldende, at man intet sted i de to bekendtgørelser forholder sig til de patienter med en almen genoptræningsplan på avanceret niveau, som skal tilbydes enten en regional genoptræningsplads eller en privat genoptræningsplads jf. muligheden for frit valg af genoptræning.

Frit valg af genoptræning

I Hjernesagen savner vi dokumentation for

- at kommunerne i dag har aftaler med private leverandører og vejleder patienterne i brugen af det frie valg på genoptræningsområdet

- hvordan et frie valg hos private leverandører indgår i den samlede rehabilitering
- hvordan det interdisciplinære samarbejde foregår, hvis patienten benytter sig af det frie valg.

I Hjernesagens rådgivning – StrokeLinjen oplever vi ikke, at patienterne benytter sig af det frie valg eller ved hvilke konsekvenser et frit valg vil få for deres samlede rehabilitering.

På hjernesgadeområdet er det i dag hovedsageligt private leverandører, der varetager genoptræningen af patienter med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau efter aftale med kommunerne. Det er ikke Hjernesagens indtryk, at patienterne får mulighed for at vælge mellem de forskellige private leverandører på området. I praksis er det kommunen, som placerer patienterne, og hvis patienten/familien takker nej til tilbuddet, er alternativet ofte kommunens eget genoptræningscenter og plads på et plejehjem ved behov for døgnrehabilitering.

Hjernesagen er derfor meget skeptisk over for lovgivningen om det frie valg, da vi oplever, at det reelt ikke eksistere.

Hjernesagen uddyber gerne vores holdninger, bekymringer og tanker. Ved interesse kan der rettes henvendelse til Maja Klamer Løhr, tlf. 21 82 30 03 eller e-mail: mkl@hjernesagen.dk

Med venlig hilsen

Jens Bilberg
Landsformand

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

København d. 14. november 2025
ml/st

Høringsvar vedr. udkast til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven og bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

HjerneskaDeforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi støtter til fulde beslutningerne om at flytte myndighedsansvaret, således at regionerne overtager ansvaret for de mest specialiserede niveauer af genoptræning og rehabilitering. Men vi er noget bekymret over, at det ser ud til at der har været begrænset faglig medvirken til at fastsætte grundlaget for opgaveflytningen, ligesom det faktum at der har været en alt for snæver afgrænsning af målgruppen for specialiseret genoptræning hvilket har betydet at kun ganske få borgere med relevant behov får glæde af opgaveflytningen.

Det er vores, og andres, opfattelse at den korte tidsfrist og det faktum at datagrundlaget er ufuldstændigt har bevirket at forarbejdet ikke i tilstrækkelig grad har afdækket de reelle behov af omfanget af borgere med behov for specialiserede indsatser. Det betyder helt tydeligt, at en stor gruppe borgere med komplekse behov fremover stadig skal visiteres til kommunale tilbud, der på ingen måde har de nødvendige kompetancer eller nødvendig kapacitet til at klare opgaven på det anbefalede og fornødne faglige niveau.

Vi finder også der er udfordringer med §119 og §140, hvor den økonomiske ramme er estimeret langt lavere end det reelle behov hvilket betyder at der fortsat vil være stor forskel på det kvalitetsløft borgerne møder, når kommunerne har så vidt forskellig praksis på området.

Som følge af ovenstående mener vi at den kapacitetsmæssige og økonomiske for regionerne er utilstrækkelig i forhold til de faktiske behov. Med en så snæver afgrænsning står vi med et alt for lavt antal borgere til får glæde af overflytningen til regionen. Målsætningen må være at alle borgere med behov for specialiserede rehabiliterings- og genoptræningsindsatser vil få et tilbud der er på et højt kvalitetsniveau, som det faglige kvalitetsløft ellers lover.

Med venlig hilsen



Morten Lorenzen, Direktør.

HjerneskaDeforeningen
Amagerfælledvej 56A
2300 København S

info@hjerneskaDeforeningen.dk
facebook.com/hjerneskaDetdk
www.hjerneskaDet.dk.

Tlf. +45 4343 2433
Bank: 5301 0000280120
CVR 12 25 96 70

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Vognmagergade 7, 3.
1120 København K
+45 70 25 00 00
post@hjerteforeningen.dk
hjerteforeningen.dk

Hjerteforeningens høringssvar: Bekendtgørelser om genoptræning og ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Hjerteforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

I Hjerteforeningen mener vi, at en forudsætning for at sundhedsreformen bliver en succes er, at den politiske ambition om at styrke (hjerte)rehabiliteringen realiseres. Det er veldokumenteret, at når mennesker med hjerte-kar-sygdom – såvel som andre kroniske sygdomme – har de rette muligheder for 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 bidrager samtidig til at reducere belastningen på sundhedsvæsenet ved at forebygge unødvendige akutte indlæggelser. Men det kræver en målrettet investering og en prioritering af (hjerte)rehabiliteringen.

I de ændringer, der bliver lagt op til med bekendtgørelsen, vil vi gøre opmærksom på, at det:

1. Fortsat er uafklaret, hvor opgaven med (hjerte)rehabilitering fremadrettet bliver varetaget. 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. Når der ikke er national ensartethed i, om hjerterehabilitering visiteres efter §119 eller §140, risikerer patienter at få forskellige tilbud og rettigheder afhængigt af geografi. Det kan føre til ulighed i sundhed og usikkerhed for både patienter og fagpersoner. Med fremtidens bodeling af opgaverne mellem region og kommune bliver der ikke taget højde for denne problematik, og det mener vi fortsat, at der er behov for en afklaring af.
2. Er positivt, at der i bekendtgørelsen § 5. står: "Kommunalbestyrelsen og regionsrådet tilrettelægger genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til borgerens samlede rehabilitering i henhold til sundhedsloven samt anden lovgivning". Det princip, mener vi, bliver meget vigtigt for fremadrettet at sikre effektive og sammenhængende rehabiliteringsforløb.
3. Fortsat er en bekymring hos os, om der er tilstrækkelig med økonomi til at gennemføre det løft af (hjerte)rehabiliteringen, som det er blevet tilkendegivet et ønske om politisk.

4. Udover en konsekvensretning i bekendtgørelsen om kvalitetsstandarderne, der foreslås, mener vi, at der også er behov for at se på niveauet for de kvalitetsstandarder, der allerede er udarbejdet. For os er det helt afgørende, at vi får genåbnet kvalitetsstandarden for §119 den patientrettede forebyggelse. Det er vigtigt, at der kommer øget fokus på de mentale udfordringer, som vi ved, at alt for mange mennesker med hjerte-kar-sygdom har.

Vi uddyber meget gerne vores perspektiver i høringssvaret.

Med venlig hilsen



Anne Kaltoft
Administrerende direktør

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Amalie Bækgaard Kristiansen (AMBK@SUM.DK), Hanne Agerbak (HGB@kl.dk), Allan Wessel (ALWE@kl.dk)
Fra: Lise Holten (LHT@kl.dk)
Titel: VS: Høring over udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder
Sendt: 12-11-2025 12:32
Bilag: Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven.pdf; Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.pdf; Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.pdf; Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf; Signature-20251010131607.txt; Signature-20251112113437.txt;

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tak for mulighed for at afgive bemærkninger til de tre udkast til ændringsbekendtgørelser på genoptræningsområdet. KL har ingen bemærkninger hertil.

Med venlig hilsen
Lise Holten

Chefkonsulent
Sundhed & Ældre



Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København

D +45 3370 3558
E LHT@kl.dk

T +45 3370 3370
W kl.dk

Fra: Sarah Storm Egeskov <SSE@SUM.DK>

Sendt: 10. oktober 2025 15:14

Til: dcs@cardio.dk; Dansk Erhverv (info) <info@danskerhverv.dk>; dsnrkontakt@gmail.com; info@aeldreraad.dk; fysio@fysio.dk; dh@handicap.dk; info@danskepatienter.dk; Danske Regioner <regioner@regioner.dk>; info@forenede.dk; admin@hjernesagen.dk; Hjerteforeningen <post@hjerteforeningen.dk>; KL <KL@kl.dk>; sikkermail@kost.dk; Kræftens Bekæmpelse <info@cancer.dk>; info@sundheddanmark.nu; vardekommune@varde.dk; aeldresagen@aeldresagen.dk

Emne: Høring over udkast til bekendtgørelser om genoptræning og udkast til ændringsbekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Kære høringsparter

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sender hermed følgende udkast til bekendtgørelser i offentlig høring:

- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.
- Bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven.
- Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

Bekendtgørelserne skal udmønte dele af *Aftale om sundhedsreform 2024*.

Vedlagt denne mail er i øvrigt:

- Høringsbrev
- Høringsliste

De vedlagte udkast til bekendtgørelser bliver offentliggjort på høringsportalen snarest muligt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal anmode om at modtage eventuelle bemærkninger til udkastene **senest den**

14. november 2025 kl. 12.00.

Bemærkningerne bedes fremsendt til sum@sum.dk med kopi til ambk@sum.dk.

Venlig hilsen

Sarah Storm Egeskov

Chefkonsulent, Center for det behandlende
sundhedsvæsen

–
@ sse@sum.dk



**INDENRIGS- OG
SUNDHEDSMINISTERIET**

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik [her](#)

www.sum.dk

sum@sum.dk

Kopi til ambk@sum.dk.

Høring vedr. udkast til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven og bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder.

11. november 2025

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

pha@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Kost og Ernæringsforbundet takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet. Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) afgiver dette høringssvar i fællesskab.

Vi har ingen bemærkninger til de foreslåede konsekvensændringerne på baggrund af lovforslaget.

Vi ønsker dog at gøre opmærksom på den afgørende betydning af, at en genoptræningsplan følges af en ernæringsplan ved behov. For genoptræningen får ikke den ønskede effekt, hvis patientens ernæringstilstand ikke er optimal.

Det er derfor bekymrende, at den store investering i genoptræning ikke understøttes af den helt nødvendige ernæringsindsats for at bidrage til bedret funktionsevne. Det har både en sundhedsfaglig gevinst og en økonomisk fordel for kommuner, regioner og samfundet som helhed.

Vi mener, at denne integrerede tværfaglige tilgang ikke blot er god klinisk praksis. Den er også et vigtigt bidrag til at realisere både sundheds- og ældrereformens mål om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, samt at styrke funktionsevnen og der igennem sikre livskvalitet og værdighed for patienterne.

Vi ønsker derfor, at der i *Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus*

tilføjes, at patienter, der modtager en genoptræningsplan, også modtager en ernæringsplan ved behov.

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister står gerne til rådighed for uddybning af vores bemærkninger.

Med venlig hilsen

Mette Theil
Formand

Fagligt selskab af Kliniske Diætister

Pernille Hansted
Sundhedspolitisk chefkonsulent
Kost og Ernæringsforbundet

Att. Amalie Bækgaard Kristiansen

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

14. november 2025

Høring vedr. udkast til bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus, bekendtgørelse om aftaleindgåelse i forhold til frit valg af genoptræning efter sundhedsloven og bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om kvalitetsstandarder

Selveje Danmark modtog d. 10. oktober høringsudkastene. Selveje Danmark takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Selveje Danmark henviser til Dansk Erhvervs høringssvar.

Selveje Danmark bemærker, jf. § 1, at KL henholdsvis Danske Regioner indgår aftaler med private leverandører om levering af genoptræning efter sundhedslovens § 140, stk. 3, jf. kapitel 2. Aftaler kan indgås med enkeltleverandører eller som rammeaftaler med foreninger, brancheorganisationer etc., hvor enkeltleverandørerne løbende kan tilslutte sig rammeaftalerne, såfremt de lever op til de fastsatte krav.

Selveje Danmark finder det væsentligt at bemærke, at KL og Danske Regioner også kan indgå aftaler med selvejende leverandører, herunder til levering af genoptræning efter § 1 for rehabilitering på specialiseret niveau, som flyttes til regionerne d. 1. januar 2027.

I den forbindelse finder Selveje Danmark også, at der bør være en opmærksomhed på, at en del af de borgere, der modtager rehabilitering på specialiseret niveau, i dag overgår til tilbud efter servicelovens §§ 107 eller 108. Når rehabilitering på specialiseret niveau flyttes til regionerne, opstår der en ny sektorovergang, og Selveje Danmark mener derfor, at der bør være et særligt fokus på at sikre, at borgerne ikke falder mellem to stole.

Med venlig hilsen



Jon Krog

Branchedirektør, Selveje Danmark