Øjenforeningen

NOTAT

Rehabilitering og patientrettet forebyggelse i fremtidens sundhedsvæsen

INDHOLD

1. Indledning 1
2. To forslag til et løft af rehabiliteringen 2
3. Konklusion 4
4. Begreberne rehabilitering og patientrettet forebyggelse 6
5. Eksisterende lovgivning om rehabilitering og patientrettet forebyggelse 9
6. Rehabilitering og patientrettet forebyggelse i den politiske aftale om en sundhedsreform og i lovforslaget 12
   6.1 Behandlingsredskaber og hjælpemidler 14
   6.2 Specialiseret rehabilitering og anden rehabilitering 16
7. Incitamentsstruktur – rehabilitering og patientrettet forebyggelse 19
8. Løsninger i spil 21
   8.1. Behandlingsredskaber og hjælpemidler 21
   8.2. Rehabilitering og patientrettet forebyggelse 22
9. Ordliste 26
10. Litteratur 30

Ny Kongensgade 20
1557 København V

Tlf. 33 69 11 00
kontakt@ojenforeningen.dk

CVR 69 83 83 16
Konto 7360 1852038

ojenforeningen.dk

1. Indledning

Øjenforeningen ønsker en rehabilitering med fokus på:

- sammenhængende patientforløb,
- lighed i rehabilitering,
- faglig bæredygtighed tæt på borgeren og
- mest mulig sundhed for pengene.

I den politiske aftale om en sundhedsreform og efterfølgende i lovforslaget indgår blandt andet ændringer af myndigheds- og finansieringsansvaret inden for rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Ved gennemførelse af en stor reform, vil det være nødvendigt at justere undervejs. Det kommer sikkert også til at gælde sundhedsreformen, og et af de områder, der bør justeres i sundhedsreformen, er rehabilitering. Vi mener, at sundhedsreformen åbner for et væsentligt kvalitetsløft af rehabiliteringen, men at det løft ikke er opnået fuldt ud med den politiske aftale fra 2024.

I dette notat præsenterer vi to forslag, der kan være med til at løfte rehabiliteringen:

1. myndigheds- og finansieringsansvar for rehabilitering samles i regionerne,
2. myndighedsansvaret for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler placeres i regionerne og samtidig ophæves skelnen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler.

Vi håber, at notatet kan give inspiration til en debat om fremtidens rehabilitering.

Marijke Vittrup
Direktør, Øjenforeningen

2. To forslag til et løft af rehabiliteringen

I dette notat præsenteres og begrundes to forslag, der kan være med til at løfte rehabiliteringen i forhold, hvad der er lagt op til i den politiske aftale om en sundhedsreform og i lovforslaget.

Forslag 1:

Myndigheds- og finansieringsansvaret for rehabilitering samles i regionerne

- Som løsning på problemet med delt myndigheds- og finansieringsansvar inden for rehabilitering foreslår Danske Regioner, at ansvaret for både rehabilitering og patientrettet forebyggelse samles i regionerne. Begrundelsen er, at det kan sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats.

- Danske Regioner understreger som en del af forslaget, at selv om myndigheds- og finansieringsansvaret samles i regionerne, er det ikke ensbetydende med, at alle opgaverne skal udføres af regionerne.

- Opgaverne kan efter aftale mellem region og kommuner også udføres af kommuner i fællesskab eller af enkeltkommuner, hvor det er fagligt forsvarligt og bæredygtigt. Det vil skabe nærhed til borgerne, mere lighed i sundhed og faglig bæredygtighed.

- Løsningen kan indpasses i den kommende model med sundhedsråd, hvor fordelingen af ansvar og opgaver skal aftales mellem regioner og kommuner.

Forslag 2:

Myndighedsansvaret for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler samles i regionerne og 'afgrænsningscirkulæret' ophæves

- Tilsvarende foreslår Danske Regioner, at myndigheds- og finansieringsansvaret for både behandlingsredskaber og hjælpemidler samles i regionerne, samtidig med at sondringen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler ophæves. Begrundelsen er, at regionerne kan levere ensartet service af høj kvalitet, uanset hvor borgeren bor. Samtidig vil det reducere omkostningerne til administration og kommunal visitation.

3. Konklusion

Sammenhæng mellem rehabilitering og patientrettet forebyggelse

- Der kan ikke skelnes skarpt mellem behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Overgangene vil være glidende med fælles fokus på at forhindre tilbagefald.

- For en kronisk patient, der indgår i patientrettet forebyggelse, vil der være risiko for, at der sker tilbagefald, og patienten som følge heraf skal i behandling igen. Denne behandling skal måske efterfølges af rehabilitering og fornyet patientrettet forebyggelse.

Rehabilitering og patientrettet forebyggelse i den eksisterende lovgivning

- Rehabilitering nævnes ikke i selve den eksisterende lovgivning som en særlig opgave eller et særligt ansvarsområde, men i diverse vejledninger. Opgaven med rehabilitering er i dag delt mellem regioner og kommuner, hvor kommunerne har det primære ansvar.

- Borgerrettet forebyggelse ligger i kommunerne. Patientrettet forebyggelse er delt mellem regioner og kommuner, hvor kommunerne har ansvaret for patienter, der ikke er i behandling på sygehus eller i praksissektoren.

Rehabilitering i den politiske aftale om sundhedsreform og lovforslaget

- Rehabilitering og patientrettet forebyggelse indgår i den politiske aftale om en sundhedsreform. Patientrettet forebyggelse skal samles i regionen. Inden for

rehabilitering skal der fortsat være delt myndigheds- og finansieringsansvar.

- Rehabilitering inden for nogle mindre og afgrænsede områder overgår fra kommuner til regioner, mens al anden rehabilitering fortsat skal være kommunernes ansvar.

Revision af 'afgrænsningscirkulæret'

- I den politiske aftale om en sundhedsreform er der lagt op til, at 'afgrænsningscirkulæret' skal revideres. Cirkulæret drejer sig om en skelnen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler. Regionerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for behandlingsredskaber, mens kommunerne har ansvaret for hjælpemidler.

- Revisionen af afgrænsningscirkulæret ændrer ikke ved det delte myndighedsansvar. Det betyder, at der er risiko for en fortsat ulighed mellem kommunerne i tildeling af hjælpemidler med ulighed i sundhed til følge.

Incitamentsstruktur

- Delt myndigheds- og finansieringsansvar mellem regioner og kommuner inden for rehabilitering kan medføre en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur.

- Således er der risiko for, at kommuner nedprioriterer rehabilitering, fordi en merudgift til rehabilitering ikke kommer kommunerne til gode, da borgere med behov for indlæggelse og behandling på sygehus eller i praksissektoren er regionernes ansvar.

4. Begreberne rehabilitering og patientrettet forebyggelse

Rehabilitering og patientrettet forebyggelse har overlappende betydning. For at opnå en præcisering vil vi i notatet her tale om rehabilitering som en tidsbegrænset indsats med fokus på at genoprette og vedligeholde, jævnfør:

> *"Rehabilitering består af en koordineret, sammenhængende, tidsbegrænset, vidensbaseret indsats, der har til formål at genoprette og vedligeholde det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau hos patienten og forhindre tilbagefald af sygdom."*[1]

Rehabilitering drejer sig altså om at genoprette og vedligeholde ikke alene det fysiske funktionsniveau, men også det psykiske og det sociale, som det fremgår af citatet. Et vigtigt formål er også at forhindre tilbagefald. I Sundhedsvæsenets begrebsbase er rehabilitering og efterbehandling i øvrigt anført som synonymer. Hvor rehabilitering er tidsbegrænset og har fokus på at genoprette funktionsniveau i forhold til før, der opstod behov for behandling, så er hensigten med patientrettet forebyggelse:

> *"at sætte fokus på og integrere forebyggelse i patientforløbet for at begrænse sygdomsudvikling, forhindre komplikationer og tilbagefald samt opnå størst mulig sygdomsmestring og livskvalitet."*[2]

I modsætning til rehabilitering er der i definitionen af patientrettet forebyggelse ikke tale om nogen tidsbegrænset opgave. Patientrettet forebyggelse har fokus på at begrænse sygdomsudvikling og forhindre komplikationer og tilbagefald.

---

1 Sundhedsvæsenets begrebsbase: rehabilitering.
2 Sundhedsvæsenets begrebsbase: patientrettet forebyggelse.

Her vil der typisk være tale om borgere med kroniske sygdomme. Skarpt sat op, så handler rehabilitering om at genoprette med en tidsbegrænset indsats efter en behandling, mens patientrettet forebyggelse handler om at begrænse og forhindre, uden at der er taget stilling til tidsperspektivet.[3]

Det er fælles for rehabilitering og patientrettet forebyggelse, at det skal forhindre tilbagefald og dermed reducere indlæggelse og behovet for behandling på hospital og i praksissektor. Genoptræning indgår desuden som en særlig del af rehabiliteringen og udgør en "sundhedsaktivitet der indeholder elementer af både forebyggelse og sundhedsfremme".[4]

Efter endt behandling og vellykket rehabilitering vil en patient enten blive rask og selvhjulpen eller blive en kronisk patient. For begge disse grupper vil der være en forebyggelsesindsats, nemlig borgerrettet forebyggelse og patientrettet forebyggelse. Overgangen mellem rehabilitering og patientrettet forebyggelse er glidende med det fælles formål at forhindre tilbagefald. Der er for eksempel risiko for, at en kronisk patient, der har været i behandling, gennemgået rehabilitering og indgår i patientrettet forebyggelse, får tilbagefald og skal i behandling igen. Den behandling skal muligvis efterfølges af rehabilitering. I et sådant forløb vil overgangene mellem behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse være glidende, idet der er tale om en sammenhængende indsats med fokus på at forhindre tilbagefald. Faserne behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse hænger naturligt sammen. En glidende og

---

3 En mere omfattende definition af rehabilitering findes i 'Hvidbog om rehabilitering' (2022) side 12. Det skal bemærkes, at der i 'Hvidbog for rehabilitering' ikke arbejdes med et tidsaspekt.

4 Sundhedsvæsenets begrebsbase: genoptræning.

uproblematisk overgang mellem faserne er en forudsætning "for at begrænse sygdomsudvikling, forhindre komplikationer og tilbagefald samt opnå størst mulig sygdomsmestring og livskvalitet"[5].

I 'Hvidbog for rehabilitering' peges der også på, at det er problematisk at skelne mellem de forskellige indsatser, fordi der er tale om en integreret indsats:

> *"Der kan være tendens til seriel tænkning: først behandling så genoptræning og til sidst rehabilitering. En person kan have behov for flere indsatser samtidig, så behandling, genoptræning og rehabilitering forløber parallelt."*[6]

[5] Sundhedsvæsenets begrebsbase: patientrettet forebyggelse.
[6] 'Hvidbog om rehabilitering' side 37.

5. Eksisterende lovgivning om rehabilitering og patientrettet forebyggelse

Vellykket rehabilitering efter behandling er en afgørende forudsætning for, at patientrettet forebyggelse fører til en reduktion af indlæggelse og behovet for behandling på sygehus og i praksissektor. Derfor er vellykket rehabilitering et vigtigt element i at opnå mest sundhed for pengene. Men hvad står der om rehabilitering i loven? Ingenting! I 'Vejledning om kommunal rehabilitering' kan man læse følgende:

> *"Rehabilitering nævnes ikke i lovgivningen på sundhedsområdet, socialområdet, beskæftigelsesområdet eller undervisningsområdet som en særlig opgave eller et særligt ansvarsområde."*[7]

Opgaven med rehabilitering varetages af både regioner og kommuner, men hvor kommunerne primært har ansvaret:

> *"Kommunerne har ansvaret for alle indsatser med et rehabiliterende sigte efter både den sociale lovgivning, lovgivningen på beskæftigelsesområdet og lovgivningen på undervisningsområdet. Også på sundhedsområdet er ansvaret primært placeret i kommunerne, men her har regionerne – sygehuse og praksissektor – tillige et ansvar for ydelser med et rehabiliterende sigte."*[8]

Patientrettet forebyggelse er beskrevet i Sundhedsloven § 119. Her står, at Regionsrådet har ansvaret for patientrettet forebyggelse, mens kommunerne skal etablere

---

7 Vejledning om kommunal rehabilitering side 7 (VEJ nr. 9439 af 13/07/2011).
8 Samme sted side 1.

forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgere. Den indsats kaldes borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme. Formålet med borgerrettet forebyggelse er "at medvirke til at sikre, at sygdomme og ulykker ikke opstår"[9]. Sundhedsfremme handler om "at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden".[10] I vejledning til Sundhedslovens § 119 fremgår det, at kommunerne også har ansvaret for en del af den patientrettede forebyggelse, nemlig:

> *"den del af den patientrettede forebyggelse, der finder sted, når patienten ikke er i behandling på et sygehus eller hos den praktiserende læge."*[11]

I den politiske aftale om en sundhedsreform indgår sundhedsfremme som en del af initiativet til en egentlig sundhedslov. Den skal styrke kommunernes strukturelle forebyggelse.[12] Den borgerrettede forebyggelse er ikke nævnt i den politiske aftale. Det formodes, at den borgerrettede forebyggelse fortsat skal være kommunernes ansvar.[13]

Opsummerende er borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod raske borgere, mens patientrettet forebyggelse er rettet mod borgere med kroniske sygdomme, som potentielt har behov for behandling på sygehus og i praksissektoren. I dag er myndighedsansvaret for den patientrettede forebyggelse delt mellem region og kommune. Myndighedsansvaret for

---

9 Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 (2007).
10 Sundhedsvæsenets begrebsbase: sundhedsfremme.
11 Sundhedsstyrelsen: Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 (2007).
12 Aftale om sundhedsreform 2024, side 60.
13 Sundhedsstyrelsen (2025). Notat: Ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse.

rehabilitering er også delt mellem region og kommune. Selv om rehabilitering indgår som en central del af et vellykket behandlingsforløb og efterfølgende forebyggelse, er der ikke i selve lovgivningen nogen beskrivelse af opgave eller ansvarsområde.

Det samme problem peges der på i 'Hvidbog om rehabilitering':

> *"Der er behov for en større sammenhæng i lovgivningen på de forskellige forvaltningsområder [...]. Her er det vigtigt med en tydelig fælles forståelse og præcisering af lovområdernes rehabiliteringsopgave."* [14]

En grund til den manglende sammenhæng i rehabiliteringen er, at den lovgivende rammesætning er udviklet ud fra et sektorperspektiv og med forskellige formål.[15]

[14] I 'Hvidbog for rehabilitering' (2022) siderne 95-102 gennemgås rammebetingelserne for rehabilitering inden for sundhedsområdet, socialområdet, beskæftigelsesområdet og undervisningsområdet.
[15] 'Hvidbog om rehabilitering' (2022) side 37.

6. Rehabilitering og patientrettet forebyggelse i den politiske aftale om en sundhedsreform og i lovforslaget

Der er tre væsentlige målsætninger for den sundhedsreform, der politisk er aftalt i 2024. Det er at:

- gøre op med ulighed i adgangen til sundhedsvæsenet,[16]
- skabe bedre sammenhæng i patientforløb,[17]
- reducere behovet for sygehusindsats for borgere med kronisk sygdom.[18]

Væsentlige indsatsområder for at nå de mål er sundhedsfremme, borgerrettet forebyggelse, rehabilitering, genoptræning og patientrettet forebyggelse. Sundhedsstrukturkommissionen beskriver rehabiliterings betydning for et sammenhængende patientforløb i et af de seks centrale hensyn, der skal tages til organiseringen af sundhedsvæsenet ved en reform. Hensyn 3, Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb, lyder således:

> *"Høj kvalitet i sundhedstilbud forudsætter, at borgerne oplever en høj grad af sammenhæng i hele forløbet, fx mellem undersøgelse, udredning og behandling og efterfølgende genoptræning, pleje og rehabilitering. Derfor er det et væsentligt hensyn, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøtter en stærk sammenhæng i borgernes forløb."*[19]

---

16 Aftale om sundhedsreform 2024, side 4
17 Aftale om sundhedsreform 2024, side 4.
18 Aftale om sundhedsreform 2024, side 21.
19 Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport (2024), side 23.

Både rehabilitering og patientrettet forebyggelse indgår i den politiske aftale om en sundhedsreform. I juni 2025 kom en udmøntning af den del af politiske aftale, der blandt andet omfatter flytning af opgaver fra kommuner til regioner. I bemærkningerne til loven står følgende om myndighedsansvar, forebyggelse af unødige sygehusindlæggelser og kassetænkning:

"Ændringerne skal give regionerne et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling helt ud i borgerens hjem. [...] Det skal samtidig give mulighed for at forebygge unødige sygehusindlæggelser f.eks. ved i højere grad at sammentænke indsatserne og modvirke kassetænkning."[20]

Reformens fokus er blandt andet nærhed og ensartet kvalitet. Om den balance står i bemærkningerne til lovforslaget:

"Nærhed kombineret med mere ensartet kvalitet i hele landet har således været pejlemærker for aftalepartiernes overvejelser om behovet for konkrete opgaveflytninger."[21]

Om sammenhængen mellem kvalitet og opgaveflytning skriver Sundhedsstyrelsen skriver i 'Faglige bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning':

"Særligt inden for genoptræning og rehabilitering, som i udgangspunktet varetages af kommunerne, er der en række områder, hvor der aktuelt er for lille en patientvolumen til, at der kan opbygges tilstrækkelige medarbejderkompetencer, rutine og faglige miljøer i hver enkel kommune, hvorfor der er

[20] Udkast til forslag om lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. (juni 2025) side 15.
[21] Samme sted.

behov for samling og specialisering for at opbygge ensartede tilbud af høj kvalitet"[22]

Med faglig bæredygtighed menes:

"En faglig bæredygtig enhed defineres som en enhed, der personalemæssigt, teknologisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt kan løse opgaverne med en høj grad af målopfyldelse."[23]

Ud over opgaveflytninger inden for patientrettet forebyggelse og rehabilitering indgår en revision af 'Afgrænsningscirkulæret' også i den politiske aftale[24]. Cirkulæret har afgørende betydning for kvaliteten af rehabilitering og patientrettet forebyggelse.

6.1 Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Afgrænsningscirkulæret angår en skelnen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler. I den politiske aftale står om cirkulæret:

> *"Aftalepartierne er endvidere enige om, at regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler skal revideres [...]."*[25]

Sondringen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler er afgørende for kvaliteten af behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Enkelt sagt dækker behandlingsredskaber de redskaber, der indgår som en del af

---

22 Sundhedsstyrelsen: Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning (marts 2024) side 14. Publikationen indgår i bilagsdelen til Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport.
23 Sundhedsstyrelsen: Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning (2024) side 8.
24 Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (CIR nr. 9079 af 22/02/2013).
25 Aftale om sundhedsreform 2024, side 46.

en sygehusbehandling og er lægefagligt begrundet. Udgiften til behandlingsredskaber afholdes af regionerne.[26] Hjælpemidler derudover angår primært lov om social service og er alene et kommunalt anliggende. Her ydes der støtte ud fra, hvorvidt hjælpemidlet:

1. *"i væsentlig grad kan afhjælpe de varige følger af den nedsatte funktionsevne,*
2. *i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet eller*
3. *er nødvendig for, at den pågældende kan udøve sit erhverv."*[27]

Der er forholdsvis ensartet kvalitet mellem regioner, når det gælder behandlingsredskaber, mens der er stor forskel på, hvordan spørgsmålet om hjælpemidler forvaltes i kommunerne. Hvad der i én kommune skønnes at være nødvendigt, er i en anden kommune kun ønskeligt. Det samme gør sig i øvrigt gældende, når man ser på kommunernes borgerrettede forebyggelse. Her er indsatsen afhængig af kommunernes størrelse, demografi og ressourcer.[28] Det forhold benævnes populært 'postnummerlotteriet'.

Hvor behandlingsredskaber er et integreret led mellem behandling og rehabilitering, er hjælpemidler et integreret led mellem rehabiliteringsresultat og patientrettet forebyggelse. De rigtige behandlingsredskaber skaber grundlaget for vellykket rehabilitering, mens de rigtige hjælpemidler skaber grundlaget for vellykket patientrettet forebyggelse til at undgå tilbagefald og komplikationer og til at reducere

---

[26] Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet stk. 2.2. (CIR nr. 9079 af 22/02/2013).
[27] Samme sted.
[28] Klitgaard, Marie Borring (2024).

indlæggelse og behov for behandling på sygehus og i praksissektor.

6.2 Specialiseret rehabilitering og anden rehabilitering

I den politiske aftale står der om specialiseret rehabilitering, at myndigheds- og finansieringsansvaret overdrages fra kommuner til regioner inden for:

> *"Dele af genoptræning i form af den specialiserede rehabilitering, dele af genoptræning på avanceret niveau samt finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau."*[29]

Hvad den specialiserede rehabilitering dækker, er beskrevet på følgende måde i den politiske aftale:

> *"Det vedrører mindre patientgrupper med komplekse behov, som kræver en særlig og specialiseret indsats med de rette faglige kompetencer hos medarbejderne, eksempelvis borgere med hjerneskade efter en blodprop, trafikuheld, tumorer, iltmangel m.v.*
> *[...]*
> *Desuden skal behovet for at flytte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau belyses."*[30]

Sundhedsstyrelsen er i marts 2025 kommet med et oplæg til ændret ansvar for opgaverne inden for rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau og genoptræning på avanceret niveau.[31] Regionen skal have myndigheds- og

---

29 Aftale om sundhedsreform 2024, side 64.
30 Aftale om sundhedsreform 2024, side 21-22.
31 Sundhedsstyrelsen (2025). 'Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau'.

finansieringsansvar for dele af rehabiliteringen på specialiseret niveau og dele af genoptræningen på avanceret niveau. Al anden rehabilitering skal ligge i kommunerne.[32]

Om patientrettet forebyggelse står der i aftalen under flytning af opgaver fra kommuner til regioner:

> *"Regionerne får ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Det giver grundlag for faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene til mennesker med kronisk sygdom."*[33]

Det vil sige, at regionerne skal have myndigheds- og finansieringsansvar for en mindre men meget specialiseret og avanceret del af rehabilitering og have det fulde ansvar for patientrettet forebyggelse. Kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvaret for al anden rehabilitering samt tildelingen af hjælpemidler.

Ud fra den politiske aftale og efterfølgende lovforslaget (juni 2025) er der langt op til et delt myndigheds- og finansieringsansvar for patientforløbet fra behandling og rehabilitering til patientrettet forebyggelse. Det delte myndigheds- og finansieringsansvar kan medføre unødigt brug af ressourcer på sagsbehandling mellem regioner og kommuner for at få afgjort, hvor en opgave hører hjemme. Det delte myndighedsansvar kan være et problem på følgende områder:

---

[32] Sundhedsstyrelsen (2025). I 'Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau' er forskellen mellem genoptræning på avanceret niveau, rehabilitering på specialiseret niveau og genoptræning på specialiseret niveau nærmere beskrevet i forhold til ændret ansvarsfordeling.

[33] Aftale om sundhedsreform 2024, side 21.

- Når det skal afgøres, om en rehabiliteringsindsats hører hjemme i regionen eller i en kommune.
- Når det skal afgøres, om noget er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel.
- Når det skal afgøres, om en indsats hører under rehabilitering eller patientrettet forebyggelse.

Med delt myndigheds- og finansieringsansvar skiller man det ad, der i patientforløbet naturligt hænger sammen som en glidende overgang eller parallelt forløb mellem behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Ud over at et delt myndigheds- og finansieringsansvar kan medføre unødvendig brug af ressourcer til sagsbehandling og forvaltning, giver det risiko for dårlige patientforløb og ulighed i sundhed.

7. Incitamentsstruktur – rehabilitering og patientrettet forebyggelse

Sundhedsstrukturkommissionen skriver i sin rapport, at:

> *"det [er] et væsentligt hensyn, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøtter en stærk sammenhæng i borgernes forløb."*[34]

Med det menes blandt andet, at der kan opstå en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur, når ansvaret for et patientforløb er fordelt på region og kommune.[35]

Aftalepartierne er også særlig opmærksomme på den risiko. Som tidligere citeret står der i bemærkningerne til lovforslaget om en styrkelse af regionernes ansvar, at:

Det skal samtidig give mulighed for at forebygge unødige sygehusindlæggelser f.eks. ved i højere grad at sammentænke indsatserne og modvirke kassetænkning."[36]

Resultatet af den politiske aftale og lovforslaget om patientforløbet med en opdeling af myndigheds- og finansieringsansvaret inden for rehabilitering og patientrettet forebyggelse kan medføre en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur, fordi der er lagt op til, at region og kommune skal forhandle om, hvor en opgave hører hjemme. For eksempel skal region og kommune aftale, hvorvidt en indsats er rehabilitering eller en integreret del af den patientrettede forebyggelse. Ofte kan der være tale om komplekse sager, hvor det kan være vanskeligt at skelne

---

34 Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport side 23.
35 Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport side 178.
36 Udkast til forslag om lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. (juni 2025) side 15.

mellem rehabilitering og forebyggelse og mellem behandlingsredskab og hjælpemiddel.

Med en placering i regionen af ansvaret for både rehabilitering og patientrettet forebyggelse vil regionen få et positivt incitament til at tilbyde den rehabilitering, der skaber de bedste forudsætninger for den patientrettede forebyggelse med fokus på at forhindre tilbagefald og dermed reducere indlæggelse og behovet for behandling på sygehus og i praksissektor. Modsat vil kommunerne få et negativt incitament til at løfte kvaliteten i rehabilitering, fordi en merudgift til rehabilitering som forudsætning for optimal patientrettet forebyggelse ikke kommer kommunerne til gode. Er rehabiliteringen ikke optimal, kan det medføre tilbagefald og dermed flere indlæggelser og øget behov for behandling på sygehus og i praksissektor, hvor regionen har myndigheds- og finansieringsansvaret.

8. Løsninger i spil

8.1. Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Danske Regioner er i flere omgange kommet med forslag til, hvordan problemerne med ulighed inden for rehabilitering kan løses, for eksempel kom Danske Regioner i 2022 med et forslag til, hvordan problemet med delt myndigheds- og finansieringsansvar og uklarheden i sondringen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler kan løses. I politikpapiret 'Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler' (2022) står der:

> *"For at sikre borgerne en hurtigere og mere ensartet adgang til hjælpemidler end i dag foreslår Danske Regioner et opgør med opdelingen i hjælpemidler og behandlingsredskaber."*[37]

Om tildelingen af hjælpemidler skriver Danske Regioner:

> *"Selvom flere end 300.000 danskere i dag har brug for hjælpemidler, er adgangen til at få bevilliget et hjælpemiddel fuld af snublesten og besvær for borgerne."*[38]

Danske Regioner foreslår, at de mest almindelige eller simple hjælpemidler skal gøres frit tilgængelige, hvis der er sundhedsfagligt belæg. Danske Regioner vil samle:

> *"ansvaret for hjælpemidler i fem driftsenheder, som [...] kan levere ensartet service af høj kvalitet uanset, hvor i landet borgeren bor."*[39]

---

37 Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler (2022), side 1.
38 Samme side.
39 Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler (2022), side 2.

Ud over at give ensartet adgang til hjælpemidler vil en samling og centralisering:

> *"[...] samtidig kraftigt reducere de administrative og sundhedsfaglige ressourcer, der i dag er bundet op på den kommunale visitation. En del af disse ressourcer vil i stedet kunne bruges til at sikre en større faglighed og kvalitet i udvælgelsen af hjælpemidler og instruktion af borgerne i anvendelsen, hvor det er relevant."*[40]

8.2. Rehabilitering og patientrettet forebyggelse

Tilsvarende foreslår Danske Regioner i deres høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering:

> *"at med et samlet ansvar for den patientrettede forebyggelse og rehabilitering [...] kan regionerne sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af landet – uden nødvendigvis at udføre alle opgaverne selv."*[41]

Som tilføjelse til forslaget om at samle rehabilitering og patientrettet forebyggelse foreslår Danske Regioner også, at der inden for det specialiserede socialområde er opgaver, der med fordel kan samles på regionsniveau. Grunden er:

> *"Regionerne har den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov, der ofte også har en sundhedsdimension, der kræver nærhed til hospitalsvæsenet."*[42]

Det drejer sig om:

---

40 Samme sted.
41. Danske Regioner: Høringssvar. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering (2024), side 3.
42 Samme sted side 15.

> *"målgrupper, der ofte behandles i sundhedsvæsenet, og hvor det giver mening at samle en større del eller hele deres behandlings- og rehabiliteringsforløb i regionalt regi."*[43]

På den baggrund anbefaler Danske Regioner, at de får et større myndighedsansvar for det højt specialiserede socialområde, herunder blandt andet synsområdet.[44] Danske Regioner peger altså på, at regionerne bør have det samlede ansvar for patientforløbet fra behandling og rehabilitering til patientrettet forebyggelse med tilhørende behandlingsredskaber og hjælpemidler. På den måde skiller man ikke det ad, der naturligt hører sammen i et sammenhængende patientforløb: behandling, rehabilitering og patientrettet forebyggelse.

Som citeret ovenfor så forudsætter Danske Regioner ikke med deres løsningsforslag, at de nødvendigvis selv skal udføre alle opgaver inden for rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Dermed er der lagt op til, at flere tilbud inden for rehabilitering og patientrettet forebyggelse geografisk kan placeres tæt på borgerne, hvor det er fagligt forsvarligt. Det vil sige, at regionerne har myndigheds- og finansieringsansvaret, hvilket blandt andet kan omfatte ensartede kvalitetsstandarder, og samtidig kan uddelegere dele af opgaverne med rehabilitering og patientrettet forebyggelse til enkeltkommuner eller kommunefællesskaber. Opgaverne kan derfor løses på fem niveauer, men med et samlet myndigheds- og finansieringsansvar placeret i regionen, alt efter hvad der er fagligt bæredygtigt:

---

43 Samme sted side 16.

44 En liste over de områder, hvor Danske Regioner ønsker at få et større myndighedsansvar, findes på side i 16 i høringssvaret.

1. Centralt i et nationalt samarbejde mellem de fire regioner,
2. Centralt i et samarbejde mellem enkeltregioner,
3. Centralt i regionen,
4. Decentralt i kommunefællesskaber og
5. Decentralt i enkeltkommuner.

En forudsætning for kvalitet i rehabilitering er, at den faglige kompetence er tilgængelig i et omfang, der svarer til behovet. Her kan der opstå problemer inden for områder, hvor der er tale om forholdsvis små patientgrupper med helt særlige rehabiliteringsbehov. Problemet er, at der er rehabiliteringsopgaver, der kræver en stor population for at være faglig bæredygtig. Der er patientgrupper, der har særlige rehabiliteringsbehov i en grad, hvor selv den enkelte regions population er for lille til at opnå faglig bæredygtighed. Her bør der arbejdes koordineret på nationalt plan.

Det vil samtidig være med til at sikre kvalitet og kontinuitet i rehabiliteringen, fordi et specialiseret område kan få en tilstrækkelig størrelse til også at kunne løfte det nødvendigt antal uddannelsesstillinger. Har regionerne myndigheds- og finansieringsansvaret for rehabilitering vil der være et langt bedre grundlag til at sikre det populationsgrundlag, der skal til for sikre faglig bæredygtighed inklusive de nødvendige uddannelsesstillinger.

Den kommende model for sundhedsvæsenet, hvor sundhedsrådene bliver omdrejningspunktet for fordeling af ansvar og opgaver mellem regioner og kommuner, åbner for den nødvendige fleksibilitet og sammenhæng inden for rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Med en samling af myndigheds- og finansieringsansvaret i regionerne kan udførelsen af opgaverne placeres på det forvaltningsniveau,

der kan give den bedste balance mellem faglig bæredygtighed, nærhed, ensartet kvalitet og mere lighed i sundhed.

En sådan løsning med sundhedsrådene som omdrejningspunktet vil være i overensstemmelse med målene for sundhedsreformen:

Reformen skal også være med til at reducere ulighed i sundhed. Ressourcerne skal fordeles bedre på tværs af landet. Og muligheden for at prioritere indsatser og ressourcer til dem, der har det største behov, skal styrkes økonomisk, fagligt og geografisk. Via de nye sundhedsråd forpligtes regioner og kommuner til at indgå i et tæt samarbejde for at skabe et stærkere sundhedsvæsen tæt på borgerne."[45]

[45] Udkast til forslag om lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. (juni 2025) side 14.

9. Ordliste

Afgrænsningscirkulæret

'Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet' omtales som afgrænsningscirkulæret. Her beskrives, hvordan der skal skelnes mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler, og om det er regionen eller kommunen, der afholder udgiften.

Behandlingsredskab

Et behandlingsredskab indgår som en del af en sygehusbehandling og er lægefagligt begrundet. Behandlingsredskaber hører under sundhedsloven, og det er regionerne, der afholder omkostninger hertil. Er der tale om hjælpemidler, skal kommunen afholde udgiften. Kriterierne for, hvad der er behandlingsredskab og hjælpemiddel, er beskrevet i afgrænsningscirkulæret.

Borgerrettet forebyggelse

Borgerrettet forebyggelse har til formål at medvirke til, at sygdomme og ulykker ikke opstår.

Efterbehandling

Efterbehandling anvendes synonymt med rehabilitering.

Faglig bæredygtighed

En faglig bæredygtig enhed defineres som en enhed, der personalemæssigt, teknologisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt kan løse opgaverne med en høj grad af målopfyldelse.

Genoptræning

Genoptræning gennemføres med det formål, at en patient med risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske eller

sociale funktionsevne opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Genoptræning indgår som en del af rehabilitering.

Genoptræning på avanceret niveau

Målgruppen for genoptræning på avanceret niveau er patienter med omfattende funktionsnedsættelse, ofte af betydning for flere livsområder. Målgruppen er større end målgruppen for rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau.

Genoptræning på specialiseret niveau

Målgruppen for genoptræning på specialiseret niveau er patienter med komplicerede, omfattende og/eller alvorlig funktionsnedsættelse. I indsatsen kan der være behov for kostbare hjælpemidler, der for eksempel skal tilpasses individuelt.

Hjælpemiddel

En kommune skønner, hvorvidt en patient kan opnå støtte til et hjælpemiddel. Et hjælpemiddel skal afhjælpe nedsat funktionsevne og i væsentlig grad lette den daglige tilværelse eller skal være nødvendig, for at patienten kan udøve sit erhverv. Kommunerne afholder omkostningerne til hjælpemidler. Er der tale om behandlingsredskaber, afholder regionen omkostningen. Kriterierne for, hvad der er behandlingsredskab og hjælpemiddel, er beskrevet i afgrænsningscirkulæret.

Kronisk sygdom

Kronisk sygdom er sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Der er stor variation i behovet for forebyggelse og rehabilitering blandt borgere med kronisk sygdom.

Patientrettet forebyggelse

Patientrettet forebyggelse skal begrænse sygdomsudvikling, forhindre komplikationer og tilbagefald. Derudover skal indsatsen give størst mulig sygdomsmestring og livskvalitet. Indsatsen er typisk målrettet patienter med kronisk sygdom.

Rehabilitering

Rehabilitering er en tidsbegrænset sammenhængende indsats, der har til formål at genoprette og vedligeholde det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau og forhindre tilbagefald. Rehabilitering nævnes ikke i selve lovgivningen som en særlig opgave eller et særligt ansvarsområde.

Specialiseret rehabilitering

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og alvorlige funktionsnedsættelser, herunder oftest mentale funktionsnedsættelser.

Strukturel forebyggelse

Forebyggelse, der gennem lovgivning, styring og regulering har til formål at skabe sundhedsfremmende rammer.

Sundhedsfremme

Sundhedsfremme er en aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden generelt ved at skabe muligheder for at mobilisere borgeres ressourcer og handlekompetence.

10. Litteratur

- Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter lov om social service (BEK nr. 92 af 31/01/2025)
- Cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber, hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet (CIR nr. 9079 af 22/02/2013)
- Danske Regioner (2023). Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler
- Danske Regioner (2024). Høringssvar. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering
- Hvidbog om rehabilitering (Rehabiliteringsforum i Danmark, 2022)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. (juni 2025)
- Klitgaard, Marie Borring med flere (Statens Institut for Folkesundhed, 2024). Kommunernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse under § 119 stk. 2
- Regeringen med aftalepartier. Aftale om sundhedsreform 2024
- Regeringen, Danske Regioner, KL. Forårsaftale om implementering af sundhedsreformen (2025)
- Serviceloven (1998 med senere ændringer)
- Sundhedsloven (2005 med senere ændringer)
- Sundhedsstrukturkommissionen (2024). Hovedrapport – Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen
- Sundhedsstyrelsen (2007). Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2
- Sundhedsstyrelsen (2024). Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning

- Sundhedsstyrelsen (2025). Notat: Ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse
- Sundhedsstyrelsen (2025). Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau
- Sundhedsvæsenets begrebsbase
- Vejledning om kommunal rehabilitering (VEJ nr. 9439 af 13/07/2011)