

## **Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau**

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg om ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau har været i høring og er drøftet med Danske Regioner og KL. Det faglige oplæg er justeret på baggrund af parternes bemærkninger.

### **Formål**

Med 'Aftale om sundhedsreform 2024' blev det besluttet, at ansvaret for en række sundhedsopgaver flyttes fra kommuner til regioner. På genoptræningsområdet drejer det sig om rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau<sup>1</sup>. Det følger af aftaleteksten, at *'Regionerne får ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau. 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 blodprop trafikuheld, tumorer, iltmangel mv. Desuden skal behovet for at flytte de mest specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau belyses. Opgaveflytningen skal styrke kvaliteten for de patienter, der har behov for mere specialiserede indsatser, fx hos borgere med sjældne kræftdiagnoser, kroniske sygdomme i centralnervesystemet og hos børn og unge'*.

Sundhedsstyrelsen har fået til opgave at udarbejde et fagligt grundlag for Indenrigs- og Sundhedsministeriets lovarbejde ifm. ændring af ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau. Der er tale om en lille delmængde af målgruppen inden for genoptræning på avanceret niveau, som har så komplekse behov, at en række kommuner i dag er udfordret på at opretholde fagligt bæredygtige tilbud.

Der er således ikke lagt op til en omfattende gennemgang af den samlede avancerede genoptræning. Heri ligger ligeledes en forventning om, at der kan foretages mindre justeringer, men ikke en gennemgribende revision af de eksisterende niveauer, beskrevet i 'Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus' og 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.'

Formålet med dette notat er at beskrive karakteristika, herunder skønnet størrelse, af målgruppen inden for de meste specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau, der med fordel kan omfattes af ansvarsflyttet set fra et fagligt perspektiv.

---

<sup>1</sup> Derudover flyttes finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau også fra kommuner til regioner. Denne opgave løses allerede i dag af regionerne, idet det er tale om genoptræning der foregår på sygehus, men finansieres af kommunerne.

Notatet har ydermere til formål at specificere de faglige principper for ændring af ansvar, samt at give et overblik over, om opgaveflyttet giver anledning til at andet materiale skal revideres fx bekendtgørelse, vejledninger, sundhedsfaglige retningslinjer mv.

Notatet omfatter beskrivelse af:

- Baggrund og metode
- Nuværende ansvar
- Principper for ændret ansvar for genoptræningsindsatser
- Forslag til ændret ansvar på genoptræningsområdet
- Estimer
- Publikationer til revision
- Understøttelse af implementering
- Opsummering

### **Baggrund og metode**

Det faglige arbejde bygger på eksisterende viden, herunder Sundhedsstyrelsens hidtidige analyser udarbejdet for Sundhedsstrukturkommissionen bl.a.; *'Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen'* (2024) og *'Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning'* (2024), samt Sundhedsstyrelsens egne udgivelser, blandt andet *'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade'* (2021) og *'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med multipel sklerose'* (2021).

Med henblik på at indhente faglige bidrag samt kvalificere arbejdet, har Sundhedsstyrelsen inddraget kommunale og regionale repræsentanter med kendskab til genoptræningsområdet. Sundhedsstyrelsen har desuden været i dialog med fagpersoner med særlig viden om målgrupper, de konkrete genoptræningsindsatser og henvisningspraksis. Herudover har Sundhedsstyrelsen inddraget KL og Danske Regioner med henblik på at få kvalificeret notatet.

I forbindelse med arbejdet er der ikke udarbejdet en systematisk afdækning af genoptræningsområdet, ej heller hele genoptræningsindsatsen på avanceret niveau og de målgrupper, som henvises hertil. KL og Danske Regioner har udtrykt et ønske om, at det faglige oplæg kunne funderes på et bredere og mere solidt vidensgrundlag, end det har været muligt at etablere. Hertil kan Sundhedsstyrelsen notere sig, at befolkningens genoptræningsbehov og -indsatser er kendetegnet ved at være kontinuerligt i udvikling, og at det er vanskeligt at lave varige, præcise afgrænsninger. Dertil kommer, at der er varierende henvisningspraksis på tværs af regioner og kommuner og ufuldstændige nationale data.

Sundhedsstyrelsen har løbende fuldt området vedr. mennesker med erhvervet hjerneskade, hvor der har været udfordringer med at tilbyde indsatser af tilstrækkelig høj kvalitet. Rigsrevisionen udarbejdede i november 2016 en beretning på hjerneskadeområdet, som viste en række udfordringer i sammenhængen mellem sygehus og kommune samt i kvaliteten i kommunernes tilbud om genoptræning<sup>2</sup>. Sundhedsstyrelsen fulgte i 2017 op med et servicetjek af området og heri blev det bl.a. anbefalet, at kommuner arbejdede intensivt på at implementere genoptræning på avanceret niveau. Sundhedsstyrelsen har vurderet<sup>3</sup>, at der fortsat kun i ringe

---

<sup>2</sup> Rigsrevisionen 2016: Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen 2024: Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning

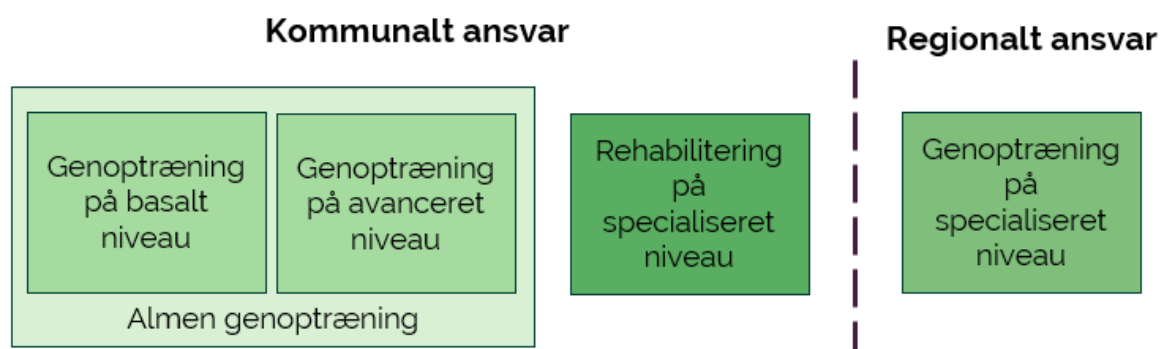
grad er etableret tværkommunale samarbejder med formålet om at etablere fagligt bæredygtige tilbud.

### Nuværende ansvar

Regionen er forpligtet til at tilbyde en genoptræningsplan til patienter med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, efter udskrivelse<sup>4</sup> fra sygehus, jf. § 84 i sundhedsloven. Genoptræningsplaner fungerer som en lægelig henvisning til genoptræning efter udskrivelse fra sygehuset. Formålet med genoptræningen er, at patienter der har oplevet et tab af funktionsevne i forbindelse med sygdom, som er behandlet i sygehusregi, opnår den bedst mulige funktionsevne. Kommunerne har aktuelt ansvaret for genoptræning på alment niveau, dvs. både genoptræning på basalt og avanceret niveau, samt rehabilitering på specialiseret niveau til patienter, der udskrives fra et sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning og en genoptræningsplan, jf. sundhedslovens §140<sup>5</sup>. Regionerne har driftsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau, som foregår på sygehuse, imens kommunerne har finansieringsansvaret.

Det skal bemærkes, at der i takt med ændring af funktionsniveauet gennem et genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb, løbende kan være behov for justeringer i indsatser og niveauer. Derfor vil personer, som initialt har fået en genoptræningsplan til ét specialiseringsniveau, ofte overgå til et lavere specialiseringsniveau i takt med at funktionsniveauet bedres<sup>6</sup>. Der er ikke nationale data der belyser timing for niveauskifte i et genoptræningsforløb.

Figur 1. Nuværende driftsansvar for genoptræning efter Sundhedslovens §140.



I 2023 blev der udarbejdet i alt 214.550 genoptræningsplaner på de danske sygehuse, heraf 199.115 til genoptræning på alment niveau<sup>7</sup>, 14.805 genoptræningsplaner til specialiseret genoptræning og 630 til rehabilitering på specialiseret niveau. Der findes ikke nationale data for fordelingen mellem genoptræningsplaner til hhv. basalt og avanceret niveau.

#### *Rehabilitering på specialiseret niveau*

Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnededsættelser af væsentlig betydning for flere

<sup>4</sup> Her refereres både til udskrivelse efter indlæggelse samt afslutning på ambulant forløb

<sup>5</sup> Hvis kommunen ikke kan tilbyde opstart af genoptræning eller specialiseret rehabilitering senest 7 dage efter udskrivelse fra sygehus, er der indført lovkrav om frit valg af genoptræning. Det frie valg omfatter genoptræning på basalt og avanceret niveau samt specialiseret rehabilitering.

<sup>6</sup> Der udarbejdes én genoptræningsplan pr. forløb, men patientens behov kan ændre sig undervejs, hvorfor patienten kan modtage genoptræning på forskellige niveauer igennem sit forløb.

<sup>7</sup> Sundhedsdatastyrelsen. [Genoptræning efter Sundhedslovens § 140](#)

livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser. Forløbene er helhedsorienterede og tværfaglige med involvering af flere faggrupper, herunder blandt andet fysioterapeuter, ergoterapeuter, neuropsykologer, socialrådgivere, logopæder m.m. med specialiserede kompetencer. Derudover vil indsatserne have en høj intensitet. Der er ofte tale om døgnophold, men matrikelløse indsatser og ambulante forløb er ligeledes anvendt. Selvom rehabilitering på specialiseret niveau ikke er forbeholdt patientgrupper indenfor specifikke specialer eller diagnoser, er det i dag oftest personer med følger efter erhvervet hjerneskade, der modtager rehabilitering på specialiseret niveau.

For de fleste kommuner er antallet af disse forløb så få, at det ikke er muligt at opretholde de faglige kompetencer og organisatoriske rammer, som indsatsen kræver. Derfor løfter flere kommuner opgaven ved hjælp af private leverandører enten i form af døgndækkede tilbud eller matrikelløse indsatser.

#### *Genoptræning på specialiseret niveau*

Målgruppen for genoptræning på specialiseret niveau er patienter med komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser. Der kan være behov for at anvende hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede hjælpemidler og behandlingsredskaber. Genoptræningsindsatserne på dette niveau kræver ofte et samtidigt samarbejde på speciallægeniveau og har til formål at understøtte en tæt koordinering af genoptræning og behandling, hvor der forudsættes mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi<sup>8</sup>.

#### *Genoptræning på avanceret niveau*

Målgruppen for genoptræning på avanceret niveau er patienter med omfattende funktionsevnenedsættelser, ofte af betydning for flere livsområder. Målgruppen er langt større end for rehabilitering og genoptræning på specialiseret niveau. Forløbene vil typisk være tværfaglige og indsatserne varetages af sundhedspersoner med særlige kompetencer. Der kan være behov for, at genoptræningsindsatsen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser. Genoptræning på avanceret niveau kan foregå i patientens nærmiljø, som ambulante genoptræning eller som døgnophold.

Mindre kommuner kan have vanskeligt ved etablere genoptræningsindsatser på avanceret niveau af tilstrækkelig høj faglig kvalitet på områder med lille patientvolumen og samtidig høj faglig kompleksitet. 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner' fastslår specifikt for genoptræning på avanceret niveau at; *'de fleste kommuner på grund af deres befolkningsunderlag vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.'* Sundhedsstyrelsen har imidlertid tidligere vurderet, at der kun i lav grad er etableret tværkommunale samarbejder på området<sup>9</sup>.

### **Principper for ændret ansvar for genoptræningsindsatser**

Beskrivelsen af hvilke målgrupper der med fordel kan omfattes af et ændret ansvar for genoptræningsindsatsen tager udgangspunkt i nedenstående væsentlige principper.

---

<sup>8</sup> Jf. 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner'

<sup>9</sup> Sundhedsstyrelsen 2024: Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning (s. 14)

### *Faglig bæredygtighed*

Genoptræning af høj kvalitet på fagligt komplekse områder kræver fagpersoner med specialiserede kompetencer. For at opnå faglig bæredygtighed kan det være nødvendigt at samle indsatsen for små målgrupper med komplekse behov, så både volumen og kompetenceniveau kan opretholdes. Ved flyt af ansvaret for dele af genoptræningsindsatsen, skal der være fokus på at understøtte faglig bæredygtighed på alle genoptræningsniveauer. Det indebærer, at specialiserede kompetencer fra regionalt niveau fortsat understøtter det kommunale avancerede niveau med supervision og rådgivning, og at der fortsat er fokus på samarbejde om de fælles patienter. Det bliver bl.a. en opgave for sundhedsrådene at understøtte gode samarbejdsstrukturer på tværs af regionale og kommunale indsatser.

### *Tilgængelighed*

Tilgængelighed, herunder geografisk nærhed, er en væsentlig faktor for patienters deltagelse i genoptræningsindsatser. Derfor bør samling af indsatser på færre matrikler kun ske, når det er nødvendigt af hensyn til opretholdelse af tilstrækkelig faglig kvalitet i indsatsen. Dette bør også ske af hensyn til det samlede rehabiliteringsforløb, herunder eks. fokus på arbejdsmarkedsfastholdelse.

### **Forslag til ændret ansvar for genoptræningsområdet**

På baggrund af ovenstående principper for genoptræningsområdet og med udgangspunkt i relevant viden (se metode s. 1), finder Sundhedsstyrelsen, at et ændret ansvar bør omfatte at de mest specialiserede dele af avanceret genoptræning på det neurologiske område samles og bliver et regionalt ansvar. I praksis vurderer Sundhedsstyrelsen at det vil betyde en mindre udvidelse af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau.

Der er i dialogen med Danske Regioner og KL blevet spurgt til, hvorvidt det lige så vel kunne være meningsfuldt at tale om, at målgruppen, der er berørt af det ændrede ansvar, kunne varetages som genoptræning på specialiseret niveau. Som tidligere beskrevet, er dette niveau en genoptræningsindsats, der varetages på sygehus i de tilfælde, hvor der er behov for et tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau og dermed en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling som forudsætter bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi<sup>10</sup>. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en mindre andel patienter indenfor det neurologiske område har så omfattende og komplekse genoptræningsbehov, at de hovedsageligt har fællestræk med målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau fremfor genoptræning på specialiseret niveau. Der kan dog også være en mindre andel af målgruppen, som kan vurderes relevante at henvise til genoptræning på specialiseret niveau i en begrænset periode, eks. i tilfælde af, at der i genoptræningsindsatsen er behov for at anvende hjælpemidler eller udstyr, som er særligt kostbart eller hvor genoptræningen af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

### *Ændret opgaveansvar for afgrænsede målgrupper inden for genoptræning på avanceret niveau*

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en lille gruppe af de patienter, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau, har omfattende funktionsevnenedsættelser af betydning for flere livsområder og genoptræningsbehov, der gør, at de med fordel kan omfattes af det ændrede opgaveansvar. Dette vil overvejende være relevant for målgruppen inden for det

---

<sup>10</sup> Jf. 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner'

neurologiske område, fordi denne gruppe ofte har komplekse funktionsevnedssættelser af betydning for flere livsområder, og fordi der er et potentiale i at opbygge flere fagligt bæredygtige tilbud, der kan levere specialiseret neurorehabilitering på et tilstrækkeligt antal matrikler, geografisk fordelt over landet. Analysen der ligger til grund for denne vurdering baserer sig til dels på tilgængelig viden om, at mindre kommuner er udfordret på at levere genoptræning på avanceret niveau af tilstrækkelig høj faglig kvalitet til mennesker med erhvervet hjerneskade<sup>11, 12</sup>.

Erhvervet hjerneskade er en fællesbetegnelse for en hjerneskade, der er forårsaget af en række forskellige sygdomme eller ulykker eks. blodprop eller blødning i hjernen, hjernehindeblødning, traumatisk hjerneskade, hjernebetændelse, hjernehindebetændelse, hjernesvulster og diffus hjerneskade grundet iltmangel (fx patienter der er genoplivet efter hjertestop) eller anden skadelig påvirkning. Indbefattet er også den meget lille gruppe af børn og unge med erhvervet hjerneskade. En mindre andel af disse patienter har så komplekse genoptræningsbehov at de med fordel fremadrettet kan omfattes af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau med henblik på, at opbygge en større volumen der kan medvirke til at skabe bæredygtige tilbud, hvor borgere med tidskritiske rehabiliteringsbehov kan få tværfaglige forløb af høj kvalitet og intensitet.

Problemstillingen gælder imidlertid også for mindre andele af patienter med andre neurologiske tilstande, fx Guillain-Barré syndrom. Desuden vil en ganske lille andel af patienter med kroniske neurodegenerative sygdomme på et tidspunkt i deres sygdomsforløb opleve alvorlige funktionsevnedssættelser, der tilsiger indsatser med en grad af specialisering, tværfaglighed og intensitet, som er kendetegnet ved rehabilitering på specialiseret niveau. Det gælder fx kroniske neurodegenerative sygdomme i centralnervesystemet, herunder en lille andel af patienter med Parkinsons sygdom samt patienter med multipel sklerose<sup>13</sup>, som eksempelvis ifm. et attack oplever et alvorligt fald i funktionsevnen. Kommuner modtager allerede i dag, i mindre grad, genoptræningsplaner til patienter med neurodegenerative sygdomme<sup>14</sup>.

Det skal understreges, at det ikke er muligt at lave en udtømmende liste over sygdomsgrupper, som medfører at de er omfattet af det ændrede ansvar idet henvisning til de forskellige genoptræningsniveauer fortsat skal tage udgangspunkt i overordnede rammer beskrevet i bl.a. bekendtgørelse og vejledning, og samtidig bero på individuelle vurderinger af funktionsevnedssættelse og behov hos den konkrete patient.

Figur 2: Ændret ansvar på genoptræningsområdet og karakteristik af den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau.

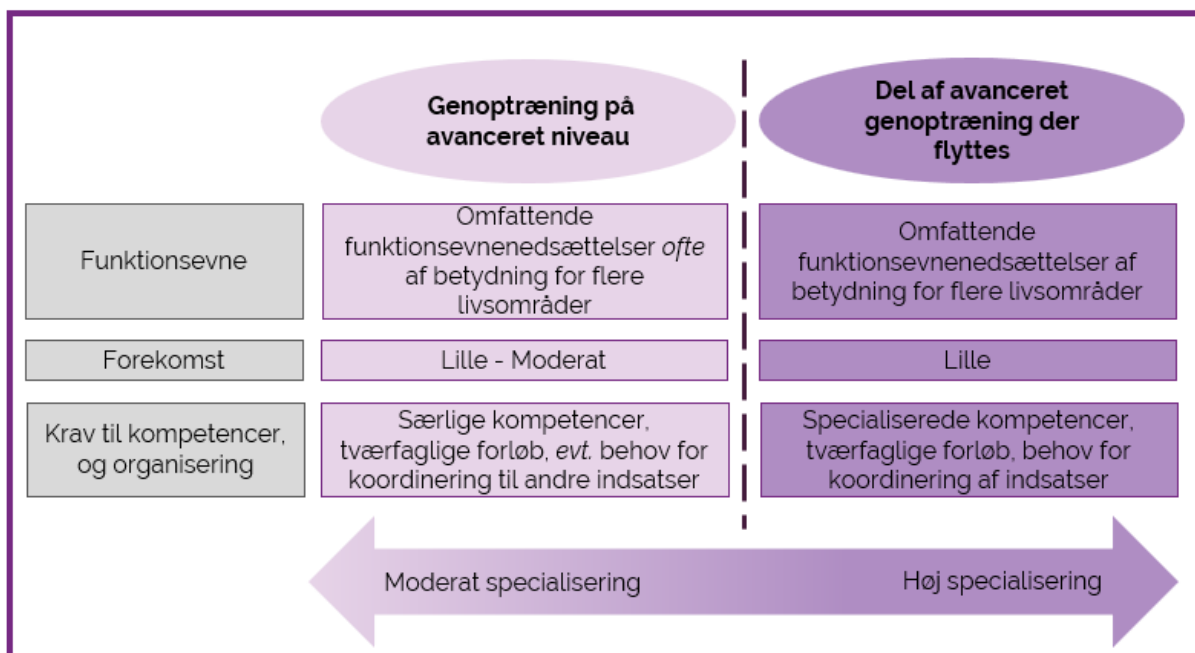
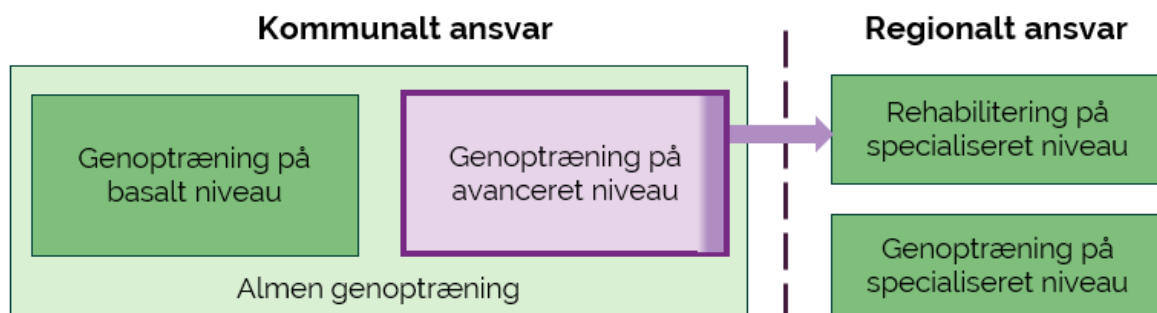
---

<sup>11</sup> Sundhedsstyrelsen 2017: Servicetjek af genoptrænings- og rehabiliteringsindsatserne til mennesker med hjerneskade.

<sup>12</sup> Rigsrevisionen 2016: Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade.

<sup>13</sup> Sundhedsstyrelsen 2021: [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med multipel sklerose](#)

<sup>14</sup> Kilde: Landspatientregisteret (pr. 28. januar 2025) fra Sundhedsdatastyrelsen.



### Udvikling af kvalitet i tilbud indenfor eksisterende ramme

Sundhedsstyrelsen er opmærksom på, at der er andre målgrupper, hvor lav forekomst og behov for specialiserede kompetencer kan udfordre den enkelte kommune i at levere en indsats af tilstrækkelig kvalitet. Det drejer sig blandt andet om genoptræning af patienter efter amputationer, der skal proteseforsynes, eller efter hoved-halskræft<sup>15</sup> eks. med dysfagi som følge. Vidensgrundlaget er dog spinkelt, og der findes som nævnt ikke en systematisk gennemgang af genoptræningsindsatsen på avanceret niveau og de målgrupper, som henvises hertil. Der er desuden geografisk variation i, hvorledes forløb organiseres i hhv. kommuner på alment niveau eller i regioner på specialiseret niveau på sygehusene eller i kombination.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der kan ske forbedringer indenfor den eksisterende lovgivningsmæssige ramme. Det kan konkret handle om at etablere en ensartet henvisningspraksis på tværs af regionerne. Eks. belyser en kortlægning fra REHPA i 2021<sup>16</sup>, at genoptræningsforløb for mennesker, der skal proteseforsynes efter en benamputation, i langt overvejende grad

<sup>15</sup> Sundhedsstyrelsen 2024: Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen (s. 30)

<sup>16</sup> REHPA, 2021: Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark

varetages af kommunerne som avanceret genoptræning. Dette på trods af at 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner' beskriver, at individuelt tilpassede hjælpemidler og behandlingsredskaber er en del af indsatsen under specialiseret genoptræning. I dette eksempel bør henvisningspraksis ensrettes, således at målgruppen fremadrettet får udarbejdet en genoptræningsplan til genoptræning på specialiseret niveau.

Udfordringer i at sikre kvalitet for andre målgrupper, der modtager genoptræning på avanceret niveau løses ikke nødvendigvis ved et ændret ansvar eller ensartet henvisningspraksis, men kan også adresseres på anden vis indenfor de eksisterende rammer. Det kan eksempelvis adresseres ved at kommuner opbygger tværkommunale samarbejder der har til formål at opbygge en tilstrækkelig volumen på udvalgte målgrupper, sikre tilgængelighed af udvalgte specialiserede (terapeut)faglige kompetencer, eller etablerer et stærkere samarbejde om kompetenceudvikling på tværs af specialiseringsniveauer.

Sundhedsstyrelsen vurderer således ikke, at der er tilstrækkelig viden eller fagligt belæg for, at øvrige målgrupper skal omfattes af et ændret ansvar på genoptræningsområdet.

### **Estimater**

På nationalt niveau findes der ikke data, der viser hvor mange af genoptræningsplanerne på alment niveau, der visiteres til hhv. basal og avanceret genoptræning, og visitationspraksis er desuden uensartet på tværs af landets kommuner. 6 repræsentanter fra forskellige kommuner konstaterer, at mellem 10-25% af de almene genoptræningsplaner visiteres til avanceret genoptræning svarende til ca. 20.000 – 50.000 genoptræningsplaner ud af de ca. 200.000 almene genoptræningsplaner der udarbejdes på nationalt niveau<sup>17</sup>. Der er således stor variation på tværs af kommuner, og det må forventes, at samme tendens gør sig gældende på tværs af landets øvrige kommuner. Det vil være en meget lille andel af disse forløb, hvor ansvaret bør flyttes til regionerne sammen med rehabilitering på specialiseret niveau.

Sundhedsdatastyrelsen har trukket data fra Landspatientregisteret til estimering af antallet af genoptræningsplaner udarbejdet til patienter med erhvervet hjerneskade, multipel sklerose og Parkinsons sygdom. Tallene er behæftet med en række forbehold, da det datagrundlag der ligger til grund for estimererne, er behæftet med usikkerhed og dermed ikke muliggør en angivelse af den eksakte størrelse på målgruppen. Der findes ikke forløbsdata, der viser hvor længe en patient får indsatser svarende til rehabilitering på specialiseret niveau førend vedkommende afsluttes eller re-visiteres og skifter niveau grundet ændrede behov.

De mest specialiserede genoptræningsforløb på avanceret niveau der bør flyttes til rehabilitering på specialiseret niveau, er kendetegnet ved tværfaglige indsatser ofte udført i et samspil primært mellem fysioterapeuter og ergoterapeuter, men flere fagligheder kan også komme på tale. Der er ikke nødvendigvis tale om døgnophold, men ofte længerevarende genoptræningsforløb med en vis intensitet. Omkostningerne er formentlig lavere end ved de aktuelle rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau. Der vil således fremadrettet være en større differentiering i rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau, fordi der omfattes en bredere gruppe patienter i forbindelse med dette ændrede ansvar.

### *Erhvervet hjerneskade*

---

<sup>17</sup> KL har oplyst at resultatet af en spørgeskemaundersøgelse fra 2025 til alle kommuner med besvarelser fra 90 kommuner, viser at antallet er 37.865 genoptræningsplaner på avanceret niveau.



Som tidligere nævnt er datatræk behæftet med en grad af usikkerhed<sup>18</sup>, men viser at der i 2023 blev udarbejdet 11.156 genoptræningsplaner på alment niveau til patienter<sup>19</sup>, med erhvervet hjerneskade<sup>20</sup>. Sundhedsstyrelsen har tidligere vurderet, at størstedelen af målgruppen, henvist med almen genoptræningsplan, har behov for genoptræning på avanceret niveau<sup>21</sup>. Sundhedsstyrelsen vurderer, at en lille andel, forventeligt < 5%, af disse patienter med erhvervet hjerneskade fremadrettet bør omfattes af rehabilitering på specialiseret niveau, antageligvis svarende til ca. 300 – 500 genoptræningsplaner årligt.

#### *Neurodegenerative sygdomme og andre neurologiske tilstande*

Det estimeres, at der i 2023 blev udarbejdet hhv. 346 og 186 almene genoptræningsplaner til mennesker med multipel sklerose og Parkinsons sygdom. Det er uklart, hvor stor en andel af disse, der blev visiteret til avanceret niveau, men det skønnes at være en ganske lille andel.

Sundhedsstyrelsen vurderer overordnet, at det er en meget lille andel af patienter på tværs af den samlede målgruppe bestående af mennesker med neurodegenerative sygdomme og andre neurologiske tilstande, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau, som fremadrettet bør omfattes af det ændrede ansvar, formentlig svarende til < 40 genoptræningsplaner årligt. Estimatet er hæftet med høj grad af usikkerhed.

Ved udgangen af 2025 vil Fælles Sprog III være fuldt implementeret i kommunerne på forløb under sundhedslovens §140 og blive indberettet, så data kan bruges nationalt. Den ensartede dokumentation muliggør både lokale, fælleskommunale, og nationale datatræk, der kan danne grundlag for at følge og kvalitetsudvikle området. Det vil blandt andet være muligt at se, hvilke tilstande patienterne har, samt hvilke indsatser de får. Indberetningerne vil også indeholde oplysninger om en indsats bevilges på basalt eller avanceret niveau. Det forventes således, at det i fremtiden vil være muligt at få en bedre indsigt i det kommunale genoptræningsområde. Området kan derfor med fordel følges løbende med henblik på understøttelse af ensartet og hensigtsmæssig visitationspraksis på tværs af landet.

#### **Publikationer til revision**

Som følge af ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau, er der behov for fornyede beskrivelser af arbejdsgange, henvisnings- og visitationspraksis.

Følgende publikationer bør revideres:

- Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus
- Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner

Målgrupper og krav til de forskellige niveauer af genoptræning, er beskrevet i bilag 1 til 'Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter

---

<sup>18</sup> Eksempelvis gælder at for at kunne antage, at genoptræningsplanen er udarbejdet med henblik på de udvalgte diagnoser, er der afgrænset til sygehusophold, hvor de udvalgte diagnoser fremgår som en aktionsdiagnose. Der kan dog være flere aktionsdiagnoser knyttet til et sygehusophold.

<sup>19</sup> Data er ikke afgrænset ift. alder.

<sup>20</sup> Kilde til alle estimater i afsnit: Egne beregninger baseret på tal fra Landspatientregisteret (pr. 28. januar 2025) fra Sundhedsdatastyrelsen.

<sup>21</sup> [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med multipel sklerose](#)

udskrivning fra sygehus' og i skemaform i 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner'. For at imødekomme en ensartet visitationspraksis til de forskellige niveauer på tværs af regioner og kommuner, og for at understøtte en udvikling af området, vil vejledningen blive justeret og præciseret som led i lovarbejdet.

Sundhedsstyrelsen har desuden udarbejdet en række faglige anbefalinger, som tager udgangspunkt i genoptræningsniveauerne som de er beskrevet i bekendtgørelse og vejledning. Det gælder blandt andet Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for voksne med erhvervet hjerneskade' og 'Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med multipel sklerose'.

### **Understøttelse af implementering**

Der vil forventeligt være behov for lokal understøttelse af implementeringen af den ændrede ansvarsfordeling på genoptræningsområdet. Dette bliver en central opgave for de kommende sundhedsråd.

For at understøtte implementering kan der være behov for udarbejdelse af konkrete aftaler om samarbejde, ligesom sundhedsrådene med fordel kan vurdere behovet for at udarbejde lokale snitfladekataloger med henblik på at understøtte ensartet henvisningspraksis og klar ansvarsfordeling indenfor gældende rammer.

De målgrupper, der er beskrevet som omfattede af det ændrede ansvar, har behov for rehabilitering, som ikke er afgrænset til indsatser efter sundhedsloven, men som lovgivningsmæssigt er forankret på tværs af eks. social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. Forløbene er ofte lange og vil bevæge sig på tværs af regionalt og kommunalt ansvar, hvorfor der er behov for samarbejde og aftaler mellem region og kommune om organisering af forløb.

### **Opsummering**

Sundhedsstyrelsen er blevet bedt om at beskrive karakteristika, herunder skønnet størrelse, af målgruppen inden for de meste specialiserede dele af genoptræning på avanceret niveau, der, ud fra et fagligt perspektiv, med fordel kan omfattes af ansvarsflyttet fra kommuner til regioner. Til brug for denne beskrivelse, har Sundhedsstyrelsen taget udgangspunkt i eksisterende viden og data på området samt indhentet faglige bidrag fra kommunale og regionale repræsentanter.

På den baggrund har Sundhedsstyrelsen identificeret, at ansvaret for en meget lille andel patienter, der i dag modtager genoptræning på avanceret niveau, med fordel kan flyttes til regionerne. Det drejer sig om de mest komplekse genoptræningsforløb inden for det neurologiske område, hvor der er viden om, at kommunerne i dag er udfordret på at tilbyde indsatser af høj kvalitet.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at målgruppen der er omfattet af ansvarsflyttet hovedsageligt har fællestræk med målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau fremfor genoptræning på specialiseret niveau. Der kan dog også være en meget lille andel af målgruppen, som kan have behov for genoptræning på specialiseret niveau i en begrænset periode, eks. i tilfælde af at der i genoptræningsindsatsen er behov for at anvende hjælpemidler eller udstyr, som er særligt kostbart, eller at der er krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulans behandling.

I 2023 blev der udarbejdet 630 genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau, og den foreslåede udvidelse af målgruppen vil være mindre end en fordobling. Det vurderes, at en udvidelse af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau af denne størrelsesorden vil understøtte en ensartet høj kvalitet i genoptræningsindsatsen for patienter med de mest komplekse behov og samtidig gøre det muligt at opbygge fagligt bæredygtige, specialiserede neurofaglige tilbud på et tilstrækkeligt antal matrikler, geografisk fordelt over landet.

Udvidelsen af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau betyder, at forløbene på dette niveau i endnu højere grad end i dag vil skulle differentieres på baggrund af de enkelte patienters behov. Henvisning til rette genoptræningsniveau vil desuden fortsat skulle baseres på en samlet individuel vurdering, men der vil forventeligt være behov for, at implementeringen understøttes med henblik på hensigtsmæssig og ensartet henvisningspraksis.

Sundhedsstyrelsen bemærker desuden, at kommuner kan være udfordret på at tilbyde indsatser af tilstrækkelig kvalitet til andre målgrupper der i dag visiteres til avanceret genoptræning. Det drejer sig eksempelvis om genoptræning af patienter efter amputationer, der skal protese-forsynes, eller patienter med følger efter hoved-halskræft. Vidensgrundlaget for organisering af tilbud til disse målgrupper er spinkelt. Sundhedsstyrelsen peger på, at kvaliteten i indsatsen formodentligt kan styrkes ved at understøtte hensigtsmæssig og ensartet henvisningspraksis på tværs af landet, med udgangspunkt i eksisterende ramme. For at understøtte dette, vil 'Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner' blive revideret.