

01. juli 2025

Patientstøtte & Frivillig Indsats  
Kvalitet & Udvikling

Strandboulevarden 49  
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail til:  
sum@sum.dk

[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

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

UNDER PROTEKTION AF  
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

## Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedrørende høring over udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v.

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere udkast til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærhedssundhedsplaner m.v.

Kræftens Bekæmpelse anerkender ambitionen om at styrke det nære sundhedsvæsen og fremme kvalitet og kontinuitet i indsatsen, som bl.a. sker ved bl.a. at flytte patientrettet forebyggelse, akutsygepleje og dele af genoptræningsindsatsen fra kommunerne til regionerne.

Det skal indledningsvis nævnes, at der i lovforslaget henvises til vedtagelser med Forårsaftale 2025 om implementering af sundhedsreform mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. For at undgå fejltolkninger, skal det sikres, at teksten i lovforslaget er formuleres i overensstemmelse med forårsaftalen.

Nedenfor fremgår Kræftens Bekæmpelses konkrete bemærkninger til lovforslaget.

### Opgaveflytning

#### Lovforslagets punkt 3.1 - 3.1.3.1

Kræftens Bekæmpelse anerkender, at nærhed for borgerne kombineret mere ensartet kvalitet i hele landet er pejlemærker for overvejelserne bag de konkrete opgaveflytninger, samt at flere sundhedsopgaver samles under én myndighed for at styrke incitamenterne til patientrettet forebyggelse og skabe bedre rammer for sammenhængende indsatser på tværs af sundhedsvæsenet.

Det fremgår (s. 36), at lovforslaget indebærer, at bl.a. bekendtgørelser, kvalitetsstandarder og vejledninger om patientrettet forebyggelse, akutsygepleje, kommunal sygepleje og genoptræning, som indeholder nærmere regler og vejledning om, hvad de forskellige sundhedsindsatser indeholder, skal opdateres. Patient- og pårørenderepræsentanter bør inddrages i dette arbejde, og Kræftens Bekæmpelse deltager meget gerne.

#### Patientrettet og borgerrettet forebyggelse (s. 18-20 og 32-33)

Med sundhedsreformen er det besluttet, at det fulde ansvar for den patientrettede forebyggelse flyttes til regionerne, hvilket betyder, at forebyggelsesansvaret splittes mellem

kommuner og regioner. Kræftens Bekæmpelse anerkender, at ansvaret for patientrettet forebyggelse samles i regionerne med et potentiale for en bedre sammenhæng og kontinuitet for patienter med behov for patientrettet forebyggelse i deres udrednings-, behandlings- og opfølgingsforløb. Det er dog væsentligt at forholde sig til de forebyggelsesopgaver, der ligger i spændingsfeltet mellem det borgerrettede og patientrettede, som f.eks. nikotin- og rygestoptilbud, forebyggende alkoholindsatser mfl. Det bør desuden sikres, at det står klart for alle i sundhedsvæsenet, hvornår man betragtes som borger, og hvornår man betragtes som patient (med kronisk eller langvarig sygdom) med behov for regelmæssig og kontakt til sundhedsvæsenet – og dermed hvilke indsatser hhv. regionen og kommunen er forpligtet til at tilbyde. Endelig er det vigtigt at være opmærksom på, at patientrettet forebyggelse også indeholder opsporing og håndtering af senfølger, som kan opstå mange år efter endt behandling.

Kræftens Bekæmpelse er for eksempel bekymret for, om opgaveflytningen af den patientrettede forebyggelse til regionerne medfører, at kommunerne sparer deres eksisterende rygestoptilbud væk, eller at borgeren f.eks. risikerer at skulle køre langt efter et rygestoptkursus, hvis det kun udbydes få steder i regionen. Det er helt afgørende, at alle, som ønsker det, kan få hurtig og effektiv hjælp til at blive røg- og nikotinfri. Derfor bør kommuner og regioner forpligtes i lovforslaget til at tilbyde flere – ikke færre – lettilgængelige rygestoptilbud af høj faglig kvalitet til borgere og patienter. Der bør desuden fortsættes eller etableres et tæt henvisningssamarbejde med bl.a. almen praksis og sygehusene, med Stoplinien som ankerpunkt for overblikket over de forskellige tilbud.

Hensynet til et mere nært sundhedsvæsen og ønsket om mere lighed i sundhed bør afspejle sig i den geografiske placering af de forebyggende indsatser og tilbud, som er relevante for såvel borgere som patienter. Kræftens Bekæmpelse vurderer, at sundhedsrådene med afsæt i et populationsansvar kan etablere gode muligheder for at sikre synergi mellem den borgerrettede og patientrettede forebyggelse.

#### Akutsygeplejen – den foreslåede ordning (s. 34)

Kræftens Bekæmpelse anerkender intentionen i lovforslaget om at styrke den faglige bæredygtighed og ensartethed i akutsygeplejen ved at samle ansvaret i regionerne, hvor der er bedre mulighed for at sikre specialiserede kompetencer, tilgængelighed for en bredere målgruppe samt tættere integration med det øvrige sundhedsvæsen.

Akutsygeplejen spiller en væsentlig rolle i at forebygge unødige (gen)indlæggelser og understøtte tidlige indsatser for patienter, der har behov for hurtig sundhedsfaglig vurdering og behandling, men som ikke kræver sygehusindlæggelse. Det gælder i høj grad også kræftpatienter i bl.a. palliative og fremadskredne forløb, hvor akutte symptomer kan kræve specialiseret pleje i hjemmet eller på midlertidige pladser.

Det er vigtigt, at en fremtidig organisering af akutsygeplejen favner alle relevante målgrupper. I dag er akutsygeplejen i visse kommuner primært rettet mod ældre medicinske patienter. For at sikre lighed i adgang bør målgruppebeskrivelserne udformes bredt, og visitationskriterierne



bør være tydelige og ensartede på tværs af regioner. Samtidig skal det være tydeligt, hvem der fremover har kompetence til at henvise og rekvirere akutsygepleje. Uden klare retningslinjer er der risiko for forskellig praksis og ikke optimal udnyttelse af tilbuddet.

Koordination og sammenhæng mellem akutsygeplejen og øvrige tilbud – som den almene kommunale sygepleje, sundheds- og omsorgspladser og almenmedicinske tilbud – bør desuden være veldefineret og forpligtende. Særligt for patienter med komplekse og svingende behov er fleksibilitet og smidighed i overgange mellem tilbuddene afgørende. Derfor skal der også være klare aftaler om, hvordan den almene kommunale sygepleje fremover skal understøttes gennem rådgivning og sparring fra den regionale akutsygepleje.

Endelig bør det præciseres, hvordan regionerne vil sikre geografisk tilgængelighed i praksis, herunder om den udkørende funktion fortsat dækker hele regionen – også i yderområder, hvor behovet for nærhed er særligt udtalt.

Samlet set er der behov for en tydeligere beskrivelse af målgrupper, visitationskriterier, ansvarsfordeling, geografisk dækning og dimensionering.

#### Genoptræning og rehabilitering – den foreslåede ordning (s. 34-37)

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på intentionen om at styrke det faglige grundlag for genoptræning og rehabilitering gennem en tydeligere opgavefordeling mellem kommuner og regioner. Patienter med komplekse og langvarige forløb, herunder kræft, skal have adgang til relevante og specialiserede tilbud, som tilbydes på baggrund af klare og ensartede kriterier. For at sikre dette skal det præciseres, hvordan målgrupperne for hhv. almen genoptræning og specialiseret genoptræning og rehabilitering defineres i praksis. Afgrænsningen mellem niveauerne er noget uklar, hvilket kan skabe usikkerhed for både patienter og sundhedsprofessionelle.

I den nuværende lovgivning spredt rehabilitering sig over flere paragraffer og bekendtgørelser (§84, §119 og §140), hvilket er videreført i lovudkastet. Det bliver derfor uklart for de sundhedsprofessionelle, hvilke indsatser som hører under hvilke paragraffer og i hvilket regi. Dette kan udfordre efterlevelse af ambitionen om ensartet høj kvalitet i indsatserne og forebyggelse af unødige indlæggelser. Kræftens Bekæmpelse ved, at andre høringsparter også har fokus på denne problemstilling.

Genoptræningsplaner udarbejdet af sygehuslæger skal også fortsat være bindende i forhold til indsatsens karakter og niveau, så der ikke opstår variation i praksis eller unødige forsinkelser i indsatsen. For bl.a. kræftpatienter kan rehabiliteringsbehovet forandre sig over tid, så der skal være mulighed for fleksible og glidende overgange mellem almen og specialiseret genoptræning. Det forudsætter tydelige visitationskriterier og retningslinjer for ansvar og samarbejde, når borgerens behov ændrer sig.

Det fremgår, at den specialiserede genoptræning er målrettet en mindre patientgruppe med komplekse behov, herunder behov for indsatser på tværs af sektorer og lovgivning. Som det



fremgår af Sundhedsstyrelsens notat "Ændret ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau" fra marts 2025 – som lovforslaget henviser til – er bl.a. genoptræning efter hoved-halskræft et område med lav forekomst og behov for specialiserede kompetencer, hvilket kan udfordre den enkelte kommune i at levere en indsats af tilstrækkelig kvalitet. Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at vidensgrundlaget på området er spinkelt, og at der er geografisk variation i, hvorledes forløb organiseres i hhv. kommuner på alment niveau eller i regioner på specialiseret niveau på sygehusene eller i kombination. Dermed vurderer Sundhedsstyrelsen, at der kan ske forbedringer inden for den eksisterende lovgivningsmæssige ramme. Dette sætter dog fokus på, at behov for specialiseret genoptræning bør undersøges, så kapaciteten kan tilpasses og at der samtidig sikres tilstrækkelige kompetencer i den almene genoptræning, herunder adgang til rådgivning fra det specialiserede niveau.

Strukturændringen har potentiale til at styrke fagligheden, men medfører også en risiko for geografisk ulighed i adgangen til specialiserede tilbud. Det er uklart, hvordan både nærhed og tilgængelighed til regionale tilbud vil blive sikret – særligt for patienter uden bil, netværk eller i yderområder. Der bør derfor være fokus på at sikre geografisk dækning og tilgængelighed og både patienters ventetid og afstand til tilbud bør monitoreres.

Det er stadig uklart, hvordan kommende kvalitetsstandarder bliver revideret eller udformet og implementeret. Kvalitetsstandarderne skal være konkrete og bindende, så de understøtter en ensartet kvalitet på tværs af landet, og så indsatsen ikke varierer afhængig af lokale ressourcer, fortolkning eller prioriteringer. Samtidig bør der opstilles nationale indikatorer for kvalitet, herunder også den borger-/patientoplevelse, så det bliver muligt at følge både effekt og oplevelse – f.eks. i forhold til funktionsevne, livskvalitet og tilfredshed blandt kræftpatienter i genoptræningsforløb. Kræftens Bekæmpelse ser også frem til projektet nævnt i udmøntningsaftalen 2025 for Kræftplan V, som bl.a. har til formål at undersøge, hvordan en mere systematisk og ensartet henvisningspraksis til hhv. rehabiliteringstilbud (§119) og genoptræning (§140) kan understøttes, bl.a. gennem bedre dataunderstøttelse.

#### Etablering af sundheds- og omsorgspladser – den foreslåede ordning (s. 37-41)

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på intentionen om at styrke kvaliteten og ensartetheden af de midlertidige sundhedsindsatser ved at samle ansvaret for sundheds- og omsorgspladser i regionerne. Det er positivt, at der nævnes en række sundhedsfaglige indsatser som f.eks. observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende og mere helhedsorienteret sigte. Kræftens Bekæmpelse bifalder derudover, at der er adgang til lægefaglige kompetencer og tæt koordination med øvrige dele af sundhedsvæsenet. Dette kan styrke kvaliteten og kontinuiteten i forløb for patienter med komplekse sygdomsforløb såsom kræft. Det er dog vigtigt, at der ikke er borgere, som med ændringen "falder mellem to stole" mellem regionale og kommunale tilbud – og at målgruppen er tydelig for hhv. de regionale sundheds- og omsorgspladser og de resterende kommunale midlertidige pladser.



Det fremgår af § 118 d (s. 2), at et ophold på de regionale sundheds- og omsorgspladserne er vederlagsfrit. Derfor undrer det, at borgeren pålægges medicinudgifter under opholdet (s. 29).

Det fremgår af lovforslaget (s. 38): *"at regionsrådet vil kunne tilvejebringe tilbud om ophold ved at etablere egne institutioner eller indgåelse af aftaler herom med andre regionsråd, kommunalbestyrelser eller private institutioner."* Kræftens Bekæmpelse ser en risiko for, at nærheden kan blive udfordret, hvis pladserne samles på få matrikler eller placeres i en anden region langt væk fra borgerens hverdag og netværk. Der bør derfor stilles krav om geografisk nærhed, så pladserne også bliver tilgængelige for borgere i yderområder eller med begrænset mobilitet. Ved overdragelse af driften til andre aktører fremgår, at regionen fortsat har det overordnede ansvar for opgavevaretagelsen. Vi mener, at der skal stilles tydelige kriterier for løbende kontrol med kvaliteten af indsatsen i forhold til lovgivning og standarder på området og krav til samarbejdet med kommunale aktører og det almenmedicinske tilbud. Det er afgørende, at de oprindelige pejlemærker bag opgaveflytningen – nemlig nærhed kombineret med ensartet kvalitet i hele landet – ikke udhules i den praktiske implementering.

Det fremgår derudover (s. 40), at: *"Der vil desuden kunne fastsættes kvalitetsstandarder i medfør af den foreliggende §118b om indsatser på sundheds- og omsorgspladserne. Sundhedsstyrelsen vil således kunne fastsætte forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger om blandt andet kapacitet, udstyr og sundhedsfagligt indhold, som vil blive beskrevet i en kommende kvalitetsstandard for sundheds- og omsorgspladser."* Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at teksten strammes op, så der ikke står "vil kunne" men i stedet "skal", så det er et krav, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nationale kvalitetskrav.

Der står (s. 41), at: *"Indenrigs- og Sundhedsministeriet forventer i et andet kommende høringsvar at etablere en særskilt afregningsmodel i relation til sundheds- og omsorgspladserne. Formålet med ordningen er at understøtte, at kommunerne har et medansvar for patienterne, der opholder sig på pladserne, og at disse kan komme hjem, når det kan lade sig gøre med den fornødne kommunale hjælp og omsorg."* Det er afgørende, at afregningsmodellen ikke fører til en interessekonflikt mellem region og kommune. Udskrivning skal altid bero på en sundhedsfaglig vurdering og tryghed for patienten, ikke på økonomisk pres, hvilket bør være tydeligt i de kommende regler. Det er derudover nødvendigt, at der er de nødvendige tilbud at udskrive til. Modellen bør evalueres løbende ift. borgeroplevelen kvalitet og funktionsevne og ikke kun ift. belægning og afregning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet planlægger i kommende lovforslag (s. 40-41) at fastsætte nærmere regler om en række forhold vedr. sundheds- og omsorgspladserne, herunder bl.a. afregningsmodel, fritvalg til pladserne, kvalitetsstandarder med målgruppebeskrivelse og mulighed for rådgivning, befordring m.v. Disse uklarheder gør det vanskeligt at foretage en fuldstændig vurdering i den nuværende form. Se venligst også Kræftens Bekæmpelses anbefalinger vedr. befordring på side 9.



### Det palliative område

Behovet for palliative indsatser kan opstå i hele sygdomsforløbet og skal koordineres med eventuelle rehabiliterende indsatser og genoptræning - og behovet for palliative indsatser skal kunne vurderes og tilbydes både i sygehusregi, i kommunerne og i almen praksis. Derfor er det palliative område helt centralt i forhold til indfrielse af ambitionerne i den nye sundhedslov. Palliative indsatser lindrer syge og døendes lidelse, sikrer god koordination, forebygger genindlæggelser og unødigt behandling. Palliation leveres på tværs af regioner, almen praksis og kommuner og er en central del af det nære sundhedsvæsen. Derfor undrer det, at palliation nærmest er fraværende i lovforslaget. Det fremgår både af sundhedsreformen og Kræftplan V, at der er behov for et styrket fokus på den palliative indsats på særligt basalt niveau. Derudover er det i både Kræftplan V, Rigsrevisionens beretning fra 2025 og den netop offentliggjorte Årsrapport for Dansk Palliativ Database for 2024 centralt, at der indføres en mere systematik i afdekning af palliative behov blandt patienter med alvorlig sygdom i både primær- og sekundærsektoren, da dette både kan sikre mere rettidig lindring og modvirke både den sociale og diagnosemæssige ulighed i adgang til den nødvendige lindring. Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at lovteksten tilpasses, så palliation, herunder vurdering af palliative behov, fremgår eksplicit. Kræftens Bekæmpelse er opmærksom på, at andre høringsparter også har adresseret problemstillingen.

### **Regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver**

#### *Lovforslagets punkt 3.2 - 3.2.3.2*

#### Aftaler om regional medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser (s. 44)

Kræftens Bekæmpelse ser positivt på intentionen om at styrke samarbejdet mellem regioner og kommuner gennem mulighed for regional medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver med § 118 c, stk. 1 – f.eks. til styrkelse af det basale palliative område, så ældre borgere i højere grad kan opleve en værdig død i kendte omgivelser jf. lovforslaget. Det er et skridt mod øget sammenhæng, kvalitet og fælles ansvar i det nære sundhedsvæsen. Det er dog afgørende, at ordningen udformes, så den ikke fører til ulighed i adgang. Eftersom regionerne ikke forpligtes til at indgå aftaler med alle kommuner, er der risiko for, at mindre eller ressourcetsvage kommuner stilles ringere på områder som eks. forebyggelse eller palliation. Det bør sikres, at aftalemødelen ikke øger geografiske forskelle, men tværtimod bidrager til en mere lige udvikling af sundhedsindsatser på tværs af landet.

Det er noget uklart, hvilke kriterier der ligger til grund for de implementeringskrav, som regionerne kan stille i forbindelse med medfinansieringen. Implementeringskravene bør være tydelige og rimelige, så de ikke underminerer kommunernes lokale prioriteringsrum. Kræftens Bekæmpelse støtter også muligheden for flerårige tilsagn, så kommunerne kan planlægge og udvikle bæredygtige tilbud. Det er samtidig vigtigt, at medfinansiering ikke blot træder i stedet for eksisterende kommunale indsatser. Kræftens Bekæmpelse støtter derfor, at der kan stilles krav om fastholdelse af serviceniveau i tilknytning til nye aftaler, så det reelt fører til øget kvalitet for borgerne.



Samlet set rummer modellen gode muligheder for at understøtte lokale sundhedstilbud og tværsektoriel udvikling. Men for at sikre lighed, gennemsigtighed og varig effekt er det vigtigt, at der fastlægges klare rammer for krav og at mindre eller ressourcetsvage kommuner også får mulighed for at opnå løft til udvikling.

### 3.2.3.2 Nationale kvalitetsstandarder i sundhedsrådene (s. 48)

Kræftens Bekæmpelse støtter op kvalitetsstandarder bestående af en blanding af bindende krav og en række ikke-bindende anbefalinger, men det er afgørende, at balancen mellem bindende krav og lokalt implementerede anbefalinger ikke fører til for uensartet implementering.

### **Fastsættelse af minimumsstandarder til sundhedsråd målrettet kommunale indsatser** *Lovforslagets punkt 3.3 - 3.3.3*

Det fremgår af lovforslaget (s. 50), at *"Det foreslås i § 118 c, stk. 3., at "Indenrigs- og Sundhedsministeren årligt fastsætter minimumsgrænser målrettet kommunale indsatser for hvert sundhedsråd, som regionsrådene er forpligtet til at reservere til sundhedsrådene med henblik på medfinansiering af kommunale sundhedsopgaver."* Kræftens Bekæmpelse ser det som positivt, at minimumsrammerne kan sikre et fast økonomisk grundlag for medfinansiering af kommunale sundhedsindsatser, hvilket også kan fremme et forpligtende samarbejde mellem region og kommuner og bidrage til, at midlerne til det nære sundhedsvæsen reelt bliver udmøntet lokalt.

Derudover foreslås videre (s. 51) i § 118 c, stk. 4, at *"de økonomiske minimumsrammer kan prioriteres til finansiering af regionale indsatser, såfremt alle kommunalbestyrelser under et givent sundhedsråd indgår aftale med regionsrådet herom, og forudsat at der er tale om sundhedsopgaver, regionerne må varetage eftergældende lovgivning i øvrigt."* Der bør være opmærksomhed på, at muligheden for at kunne omprioritere midler til regionale indsatser ikke må ske på bekostning af formålet om at styrke de kommunale sundhedsopgaver. Endelig bør det sikres, at processen omkring fordelinger og aftaler er gennemsigtig og inddragende.

### **Statsligt tilskud til regionerne målrettet løft af kommunale sundhedsindsatser og understøttelse af kommunalt og regionalt samarbejde**

#### *Lovforslagets punkt 3.4 – 3.4.3*

Det er hensigtsmæssigt, at de økonomiske midler til kommunale sundhedsindsatser med en ny § 243 a i sundsloven fremadrettet er fastlagt med en klar struktur, der kan understøtte den nære sundhed (s. 53). Det er dog vigtigt, at den administrative styring og krav om revision ikke bliver så omfattende, at det hæmmer fleksibilitet og lokalt samarbejde. Der bør særligt være opmærksomhed på, at uforbrugte midler ikke tilbageføres til staten uden en forudgående vurdering af årsagen, herunder f.eks. om midlerne ikke er udmøntet grundet manglende kapacitet, uenighed om aftalevilkår eller for sent udmeldte rammer. Det bør sikres, at modellen fremmer investering i nære, borgernære indsatser, og at der er gennemsigtighed i, hvordan midlerne fordeles og bruges.



Det undrer, at nær sundhed står i parentes [nær sundhed] (s. 52). Det anbefales, at parentesen konsekvent fjernes i lovforslagets punkt.

## **National sundhedsplan og nærsundhedsplaner**

### *Lovforslagets punkt 3.5 – 3.5.3.1*

#### 3.5.1.2 [Pladsholder til beskrives af bestemmelse vedr. patient- og pårørendeudvalg] (s. 56)

Kræftens Bekæmpelse har i høringssvaret til forslag til "lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love" anbefalet, at antallet af medlemmer i patient- og pårørendeudvalg øges fra de nuværende 8 medlemmer til eks. 15-20 medlemmer i hjemmelen til patient- og pårørendeudvalgene. Dette antal tog udgangspunkt i, at der kun var ét patient- og pårørendeudvalg i hver region – og ikke et patient- og pårørendeudvalg i tilknytning til hvert sundhedsråd.

Det er en stor opgave at rekruttere medlemmer og vil kræve et stort administrativt og organisatorisk set up med 17 patient- og pårørendeudvalg med 15-20 medlemmer. Det anbefales, at der i bestemmelserne vedr. patient- og pårørendeudvalg er en åbning for, at antallet kan variere, så rådene kan være besat med f.eks. 10-15 medlemmer afhængig af bl.a. relevante kandidater, det enkelte sundhedsråds størrelse og optageområdets indbyggertal.

#### National sundhedsplan og 3.5.3.2 Nærsundhedsplaner (s. 62 og 63)

Kræftens Bekæmpelse støtter intentionen om, at den nationale sundhedsplan og nærsundhedsplanerne kan skabe en mere ensartet retning for omstilling og udvikling af det nære sundhedsvæsen, herunder styrke planlægning og samarbejde mellem regioner og kommuner. Kræftens Bekæmpelse bakker op om, at den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal understøtte, at nærsundhedsplanen også indeholder et klart kommunalt perspektiv på omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder fokus på samarbejdet mellem regionale og kommunale tilbud og indsatser. Det er dog afgørende, at det stærke fokus på at flytte aktivitet til det nære sundhedsvæsen ikke medfører en afspecialisering, som vil være et massivt tilbageskridt for patienterne og kvaliteten i sundhedsvæsenet samlet set. Det højt specialiserede sundhedsvæsen er nødvendigt for de mest sundhedsudsatte borgere. Derfor bør det fremgå af lovteksten, at den nationale sundhedsplan også skal forholde sig til udviklingen af og rammerne for den højt specialiserede behandling.

Kræftens Bekæmpelse glæder sig over, at sundhedsrådet systematisk skal inddrage dets tilhørende patient- og pårørendeudvalg i drøftelser af rådets nærsundhedsplan. Det er vigtigt, at både den nationale og de lokale sundhedsplaner får tydelige rammer for, hvordan patienter og pårørendes behov og oplevelser systematisk inddrages – ikke blot gennem rådgivning, men som en integreret del af prioriteringer og målsætninger. Det bør i bestemmelserne vedr. patient- og pårørendeudvalg derfor tydeligt fremgå, hvordan udvalget skal inddrages i arbejdet, så udvalgets viden reelt bliver brugt.



Det bør desuden sikres, at nærsundhedsplanerne får en reel forpligtende karakter, så de ikke blot bliver strategiske hensigtserklæringer, men et konkret styringsredskab med tydelig sammenhæng mellem mål, opfølgning, økonomi og ansvar. For at skabe kontinuitet i patientforløbene er det særligt vigtigt, at nærsundhedsplanerne konkret adresserer samarbejdsflader, kapacitetsbehov og overgange mellem sektorer – med særligt fokus på bl.a. sårbare borgere og borgere med komplekse forløb. Det er derfor også væsentligt, at det præciseres, at der mellem sundhedsrådene etableres en reel fælles administrativ struktur, da dette understøtter det forpligtende samarbejde og sikrer fælles ansvar for opgaveløsningen.

De kommende nærsundhedsplaner bliver et vigtigt styringsredskab for rådene og udgør bl.a. en mulighed for at sikre sammenhæng i folkesundhedsarbejdet på tværs af stat, regioner og kommuner. Nærsundhedsplanerne bør derfor også forholde sig til snitflader ift. folkesundhedsloven med henblik på at skabe sammenhæng i de opstillede mål for folkesundheden såvel nationalt og lokalt niveau.

Aftalepartierne bag Aftale om sundhedsreform 2024 (s. 73) er enige om, at der skal foretages løbende monitorering af omstillingen til det nære sundhedsvæsen og effekten for patienterne. Kræftens Bekæmpelse mener, at denne løbende landsdækkende monitorering af implementeringen af sundhedsreformen er afgørende, så omstillingen ikke resulterer i "17 forskellige nye sundhedsvæsener" og (ny) geografisk ulighed i praksis.

### **Øvrige bemærkninger fra Kræftens Bekæmpelse**

#### Patientbefordring

Det fremgår af lovforslaget (punkt. 3.1.3.2. på s. 41), at Indenrigs- og Sundhedsministeriet som led i implementeringen af sundhedsreformen og som følge af samarbejdsprogrammet på det regionale område vil foretage et generelt eftersyn af befordringsreglerne i sundhedsloven. Dette ser Kræftens Bekæmpelse særdeles positivt på.

De gældende regler for befordring og befordringsgodtgørelse til og fra behandlingssted er komplicerede og svære at gennemskue. Derudover er lovgivningen på området ikke tidssvarende i forhold til det danske sundhedsvæsen i dag, hvor mange patienter behandles på tværs af regionsgrænser. Reglerne er også uhensigtsmæssige og uklare, når terminal syge skal transporteres til hospice uden for patientens egen bopælsregion. Samlet set er der mange forhold, der gør, at reglerne for befordring og befordringsgodtgørelse er svære at administrere, og der ses regionale forskelle i regionernes praksis på området. Kræftens Bekæmpelse mener, at der er behov for følgende:

- En opdateret lovgivning med henblik på en forenklet og mere overskuelig regulering, som tager højde for, at patienter i det danske sygehusvæsen i dag behandles og indlægges på tværs af regionsgrænserne.
- Pligt for regionerne til at sørge for og betale for transport til det hospice, som patienten har valgt - uafhængigt om det pågældende hospice ligger i patientens bopælsregion.



- Genindførelse af klageadgang på området.

Kræftens Bekæmpelse står til rådighed i forhold til at belyse problemstillingen nærmere og bidrager meget gerne bidrager i arbejdet med en revision af reglerne.

#### Hjælpemidler og behandlingsredskaber

Aftalepartierne er med Sundhedsreform 2024 (s. 46) enige om, at regelsættet for udlevering af behandlingsredskaber og hjælpemidler skal revideres. Kræftens Bekæmpelse mener, at der med sundhedsreformen skal sikres en bedre løsning med fokus på lighed og værdighed i bevilgning af hjælpemidler og behandlingsredskaber. I dag oplever patienter på tværs af diagnoser store udfordringer med at få tildelt hjælpemidler og behandlingsredskaber. I praksis kommer patienter i klemme både i regionalt og kommunalt regi, fordi der er uklarhed om ansvarsfordelingen. Kræftens Bekæmpelse anbefaler:

- At der på landsplan udarbejdes ensartet bevillingspraksis i kommunerne og i regionerne vedrørende tildeling af personlige hjælpemidler.
- At det er specialiserede sundhedsprofessionelle, som i dialog med borgeren vurderer, hvilket hjælpemiddel, som individuelt er optimalt i forhold til borgerens sygdom, funktionstab og borgerens arbejds- og hverdagsliv.
- At den maksimalt accepterede sagsbehandlingstid præciseres. Der er eksempler på sager, der varer op til 8 måneder, hvilket kan have store helbreds-mæssige konsekvenser for borgeren.
- At ansvarsfordelingen mellem kommune og region klarlægges.

Kræftens Bekæmpelse foreslår, at Sundhedsstyrelsen får til opgave at udarbejde faglige standarder på hjælpemiddelområdet med tilhørende indikatorer for måling af kvaliteten på tværs af kommunerne og regionernes indsats.

#### Afsluttende bemærkninger

Kræftens Bekæmpelse glæder sig over de positive initiativer i lovforslaget, som skal danne grundlag for et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet. Vi ser frem til at følge implementeringen af lovforslaget og den samlede sundhedsreform, ligesom vi naturligvis gerne vil bidrage i det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Pernille Slesager  
Patientstøttedirektør

