Til

Sundheds- og Kirkeministeriet

Sendt pr. mail: jbp@sum.dk

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 25. august 2026

Sagsbeh: SMA
E-mail: sma@tdl.dk
Sagsnr.: 2026-5319

Høringssvar fra Tandlægeforeningen vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Tandlægeforeningen bemærker, at tandlægepraksis ikke udtrykkeligt er nævnt i vejledningens afsnit om "det øvrige praksisområde", hvor der blandt andet henvises til speciallægepraksis, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og fodterapeuter. Efter Tandlægeforeningens opfattelse bør tandlægeområdet indgå eksplicit i nærsundhedsplanlægningen, hvor dette er relevant.

Tandsundhed udgør en integreret del af den samlede sundhed og har væsentlige snitflader til det øvrige sundhedsvæsen, ikke mindst for ældre, kronisk syge, socialt udsatte borgere og borgere med komplekse eller tværgående behandlingsforløb. På den baggrund foreslår Tandlægeforeningen derfor, at "tandlægepraksis" tilføjes til oplistningen i vejledningens afsnit 4.3 om det øvrige praksisområde, og at det samtidig tydeliggøres, at relevante odontologiske tilbud og samarbejdsflader kan indgå i den lokale planlægning af sammenhængende patientforløb.

Torben Schønwaldt, tandlæge mTF
Formand

Isabel Brandt Jensen
Adm. direktør

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Julie Bennedsgaard Præstholm (JBP@sum.dk), SST National sundhedsplan og folkesundhedslov (NASPSST@sst.dk)
Fra: Ann Marie Helene Ganestam (ann.marie.helene.ganestam@regionh.dk)
Titel: Sv: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan
Sendt: 8/31/2026 12:23 PM

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Høringssvar:

1. § 1 siger, at planen skal indeholde mål, og § 5 siger, at der skal følges op. Men der står ikke, at målene skal være konkrete, tidsbestemte eller målbare.

Høringskommentar: Vi foreslår, at det præciseres, at målene i nærsundhedsplanen i relevant omfang skal være konkrete og målbare, herunder med angivelse af tidshorisont og relevante indikatorer. Dette vil styrke muligheden for efterfølgende at følge op på, om målene faktisk realiseres.

2. Hvem ejer patientforløbet? § 2 og § 3 bruger formuleringen "regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale tilbud".

Hvis et patientforløb fx går: praktiserende læge → hospital → kommune → praktiserende læge; hvem har så ansvaret for, at det samlede forløb fungerer?

Høringskommentar: Det bør overvejes, om nærsundhedsplanen i højere grad skal beskrive ansvarsfordeling og konkrete forpligtelser mellem region, kommuner, almen praksis og øvrige relevante aktører for de tværgående borger- og patientforløb.

3. § 6 siger: "Sundhedsstyrelsen skal følge op på nærsundhedsplanerne med afsæt i den nationale sundhedsplan."

Høringskommentar: Det bør præciseres, hvad der ligger i Sundhedsstyrelsens opfølgning efter § 6, herunder hvordan denne adskiller sig fra regionsrådets opfølgning efter § 5, og om opfølgningen indebærer konkrete krav til dokumentation, evaluering eller justering af nærsundhedsplanen.

Forslag til høringskommentarer til vejledning om nærsundhedsplan

1. Sammenhæng mellem opgaveflytning, kapacitet og ressourcer

Det fremgår af vejledningen, at nærsundhedsplanen skal understøtte en omstilling, hvor flere opgaver og mere behandling fremover varetages tættere på borgeren, herunder at sygehusene skal omlægge aktivitet i takt med, at det primære sundhedsvæsen styrkes.

Det bør præciseres, at omlægning af opgaver fra sygehusene til det primære sundhedsvæsen forudsætter, at der samtidig er tilstrækkelig kapacitet, kompetencer, økonomi og organisatorisk understøttelse hos den aktør, der skal varetage opgaven. Det bør endvidere fremgå, hvordan det sikres, at en opgaveflytning ikke medfører øget samlet aktivitet eller øget belastning i en anden del af sundhedsvæsenet uden tilsvarende ressourcetilførsel.

Forslag: Vejledningen suppleres med en præcisering af, at opgaveflytning skal baseres på en konkret vurdering af kapacitet, kompetencer, økonomi, kvalitet og patientsikkerhed.

2. Ressourcer til sygehusenes udadvendte funktioner

Vejledningen beskriver en væsentligt styrket udadvendt rolle for sygehusene, herunder rådgivning, specialistunderstøttelse, udkørende funktioner, hjemmebehandling, hotlines og understøttelse af det primære sundhedsvæsen.

Det bør i den forbindelse præciseres, hvordan disse nye funktioner forventes finansieret og kapacitetsmæssigt indarbejdet. Der bør være opmærksomhed på, at sygehusenes udadvendte funktioner ikke alene betragtes som en organisatorisk omlægning, hvis funktionerne reelt medfører nye opgaver og et øget ressourcebehov.

Forslag: Det præciseres, at nærsundhedsplanlægningen skal forholde sig til de kapacitets- og ressourcemæssige konsekvenser af sygehusenes udadvendte funktioner.

---

3. Sikring af ensartet kvalitet og adgang på tværs af sundhedsråd

Vejledningen lægger vægt på lokal planlægning med udgangspunkt i lokale behov og populationsdata. Samtidig skal nærsundhedsplanerne være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan.

Det bør tydeliggøres, hvordan den lokale fleksibilitet balanceres med hensynet til ensartet kvalitet, faglig bæredygtighed og lige adgang til sundhedsydelser på tværs af sundhedsrådenes geografiske områder. Der kan ellers være risiko for, at forskellige lokale prioriteringer medfører uhensigtsmæssige geografiske forskelle i tilbud og serviceniveau.

Forslag: Vejledningen præciseres med hensyn til, hvilke forhold der forventes fastlagt regionalt, og hvilke forhold der kan variere mellem sundhedsrådene.

Vh. Ann Ganestam, formand DSHK

Fra: Lene Kristensen <lkr@DADL.DK>
Sendt: 20. august 2026 08:37
Emne: LVS: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Til de videnskabelige selskaber inkl. sekretariater.
Til venlig orientering.
Mvh Lene Kristensen, LVS

Kære høringsparter

Hermed sendes i offentlig høring udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Vedlagt denne mail er:

- Høringsbrev
- Høringsliste
- Udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan
- Udkast til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Med venlig hilsen,

Julie Bennedsgaard Præstholm
Fuldmægtig,
Kontoret for Sundhedsstruktur

M 2183 6770

@ jbp@sum.dk
Sundheds- og Kirkeministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik her

www.sum.dk

Region Hovedstaden anvender de personoplysninger, du giver os i forbindelse med din henvendelse. Du kan læse mere om formålet med anvendelsen samt dine rettigheder på vores hjemmeside: www.regionh.dk/persondatapolitik

September 2026

Sundheds- og Kirkeministeriet

Holbergsgade 6

DK-1057 København

Vedr.

Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

DASYS har modtaget høringssvar fra 5 faglige selskaber:

- Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne (FSSK)
- Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med Udvikling og Forskning (FS32)
- DASYS Forskningsråd
- Fagligt Selskab for Nefrologiske Sygeplejersker (FS-Nefro / DSR)
- Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker (FSUS)

1. Overordnet opbakning

DASYS takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi støtter samlet ambitionen om et mere nært, sammenhængende og lige sundhedsvæsen, der skaber tryghed og kontinuitet tæt på borgeren.

Vi ser mange gode takter i udkastene, som bygger på årelang erfaring fra det nære sundhedsvæsen. Vi roser særligt:

- Fokus på mål for omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen (§ 1, stk. 3).
- Vægten på sammenhængende patientforløb, tværsektorielt samarbejde, udadvendte sygehuse og understøttelse af den kommunale sygepleje.
- Vejledningens principper om populationsansvar, databaseret planlægning, lighed i sundhed, forebyggelse og tværgående samarbejde.

2. Hovedanbefalinger

Selvom udkastene beskriver en omfattende opgaveomlægning, mangler der klare rammer for **ressourcer, sygeplejefaglige kompetencer, arbejdsmiljø og forpligtende vidensgrundlag**. En omstilling af denne størrelse forudsætter tilstrækkelig kapacitet og må ikke medføre ufinansieret opgaveglidning til kommunerne. Dette flugter med Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til den nationale sundhedsplan (2026, princip 6).

Vi anbefaler samlet:

1. **Ressourcer skal følge opgaverne:** Opgaveflytning (hjemmebehandling, nær behandling, udekørende funktioner) kræver eksplicit forpligtelse på kompetenceforsyning, rekruttering, fastholdelse og tilstrækkelig bemanding i både kommuner, regioner og almen praksis.

2. **Tydeliggør sygeplejefaglige kompetencer og lederskab:** Sygeplejersker løfter kerneopgaverne inden for akutsygepleje, rehabilitering, kronikerindsatser, forebyggelse og koordinering. Deres funktioner og kompetencer skal beskrives direkte i vejledningen.
3. **Konkretiser populationsansvar og ansvarsplacering:** Populationsansvar må ikke forblive et teoretisk begreb. Vejledningen skal uddybe, hvordan ansvaret omsættes til drift og ledelse, og hvem der har det præcise ansvar i tværsektorielle forløb for at undgå gråzoner.
4. **Nationale minimumsstandarder mod geografisk ulighed:** Betydelig lokal frihed må ikke føre til et A- og B-sundhedsvæsen. Adgangen til behandlings- og plejetilbud (f.eks. assisteret peritonealdialyse) må ikke afhænge af bopæl eller lokal organisering.
5. **Fokus på arbejdsmiljø og medarbejderinddragelse:** En bæredygtig omstilling kræver systematisk opmærksomhed på medarbejdernes arbejdsmiljø, kompetenceudvikling og inddragelse.
6. **Digitalisering som supplement – ikke barriere:** Digitalisering og virtuelle løsninger skal ledsages af garanti for fysiske tilbud, så borgere med begrænsede digitale kompetencer eller sårbarhed ikke tabes.
7. **Gør uddannelsesforpligtelsen tydelig:** Nærsundhedsplanerne skal omfatte grund-, efter- og videreuddannelse samt læringssteder, så fremtidige sundhedsprofessionelle rustes til tværsektorielt arbejde.
8. **Vidensbaseret omstilling:** Gør anvendelse af forskning, evaluering, kvalitetsudvikling og videndeling til et obligatorisk og bindende element i nærsundhedsplanerne.
9. **Reel patient- og pårørendeinddragelse:** Stil krav om dokumentation for, hvordan borgere og pårørende inddrages løbende, og hvordan deres erfaringer konkret anvendes.

3. Konkrete ændringsforslag til bekendtgørelsen

- **Vidensbaseret omstilling, ressourcer og kompetencer (§ 1):**

Tilføj nyt stk. 6:

»Nærsundhedsplanen skal beskrive, hvordan omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen baseres på eksisterende viden, ledsages af de nødvendige ressourcer og bemanding samt understøttes af systematisk kompetenceudvikling, kvalitetsudvikling, evaluering, forskning og videndeling.«

- **Lighed i sundhed og minimumsstandarder som et obligatorisk krav (§ 1, stk. 5):**

Revideres til:

»Nærsundhedsplanen skal beskrive, hvordan den lokale planlægning sikrer nationale minimumsstandarder for kvalitet og tilgængelighed, fremmer lighed i sundhed og folkesundhed samt forebygger, at omstillingen skaber eller forstærker social, geografisk eller digital ulighed. Planen kan herudover beskrive øvrige regionale sundhedsindsatser ud fra lokale behov.«

- **Klarhed om opfølgning og frister (§ 4 og § 5):**

Bekendtgørelsens § 5 bør fastsætte en minimumskadence for opfølgning (mindst årligt). Den bindende frist for den første nærsundhedsplan (1. juni 2027) bør fremgå direkte af en overgangsbestemmelse i bekendtgørelsen.

4. Bemærkninger til vejledningen

- **Sygeplejefaglige kompetencer, ressourcer og arbejdsmiljø (Generelt & Afsnit 4):**

  - Vejledningen bør tydeligt beskrive de sygeplejefaglige funktioner, der er forudsætningen for at lykkes.
  - Opgaveflytning kræver en klar plan for kompetenceforsyning, rekruttering og fastholdelse.
  - Der skal skrives krav ind om systematisk medarbejderinddragelse og fokus på det fysiske og psykiske arbejdsmiljø i nye tværgående organiseringer.

- **Konkretisering af populationsansvar og ansvarsfordeling (Afsnit 2, 4.4 & 7):**
  - Begrebet *populationsansvar* fremstår for abstrakt. Vejledningen skal suppleres med konkrete eksempler på, hvordan ansvaret omsættes til klinisk praksis og tværsektoriel ledelse.
  - For hvert tværgående område skal myndighedsansvar, behandlingsansvar og finansiering placeres entydigt for at forhindre opgaveglidning og uafklarede gråzoner.

- **Digitalisering med blik for lighed (Afsnit 4.3):**

Digitalisering og virtuelle løsninger fremstilles som en løsning uden beskrivelse af faldgruber. Vejledningen skal understrege, at digitalisering er et *supplement* til fysiske tilbud, så borgere med kognitive, digitale eller sociale udfordringer ikke stilles ringere.

- **Reel patient- og pårørendeinddragelse:**

Det er utilstrækkeligt blot at høre et udvalg. Vejledningen bør stille krav om dokumentation for, hvordan patienters og pårørendes erfaringer konkret er blevet integreret i nærsundhedsplanen.

- **Uddannelse som en gennemgående forudsætning (Afsnit 2, 3.3, 3.4, 4.4 & 7):**

Uddannelse, kliniske praktikpladser og tværsektorielle uddannelsesforløb bør indgå i samarbejdsaftaler og økonomi (3.3 & 3.4), understøtte tværgående samarbejde (4.4) og tænkes ind i sygehusenes udkørende funktioner (7).

- **Ensartede rammer mod geografisk ulighed (eksemplificeret ved dialyse):**

Komplekse forløb kræver nationale standarder. F.eks. varierer tilbud om assisteret peritonealdialyse (PD) lokalt i dag, hvilket skaber ulighed. Adgang til hjemmebehandling skal baseres på sundhedsfaglige behov, ikke geografisk bopæl.

- **Specialiserede kompetencer og faglig opbakning:**

Når opgaver flyttes tættere på borgeren, skal vejledningen kræve klare aftaler om, hvordan den behandlingsansvarlige specialafdeling (f.eks. nefrologisk afdeling) løbende superviserer, uddanner og rådgiver det lokale personale.

- **Prik på forskning, evaluering og nationale indikatorer (Afsnit 2.2, 4.1 & 4.2):**

Vejledningen bør kræve beskrevet vidensgrundlag og evaluering for omstillingsinitiativer. Der bør etableres en lille national kerne af indikatorer (klinisk kvalitet, UTH, PRO/PREM, arbejdsmiljø og bemanding) suppleret af lokale mål.

Med venlig hilsen

DASYS

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

E-mail: sum@sum.dk med kopi til jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

14. juli 2026

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540
E: info@dansktp.dk

www.dansketandplejere.dk

Danske Tandplejeres høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplan

Danske Tandplejere takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Danske Tandplejere finder det positivt, at det fremgår af vejledningen, at nærsundhedsplanen generelt bør *"understøtte indsatser, der fremmer lighed i sundhed og folkesundhed"*, ligesom nærsundhedsplanen bør *"medvirke til, at forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig indsats tænkes ind som en integreret del af udviklingen og omstillingen af sundhedsvæsenet"*.

Danske Tandplejere opfordrer til, at det fremgår af vejledningen, at den orale forebyggelsesindsats også skal indgå og beskrives i nærsundhedsplanerne, hvis ambitionerne om bedre folkesundhed og mere sammenhængende patientforløb skal indfries.

Den orale forebyggelsesindsats

Sammenhængen mellem sygdomme i mund og tænder og en lang række somatiske og psykiske sygdomme er veldokumentet. Der er således sammenhæng mellem parodontitis (inflammatorisk sygdom i tændernes støttevæv) og en række alvorlige sygdomme, som fx diabetes, leddegigt og hjerte-kar-sygdomme. Ligesom en række kroniske sygdomme og psykisk sygdom, blandt andet på grund af medicinindtag, kan øge risikoen for tandsygdomme.

På trods af den omfattende viden og dokumentation af sammenhængen mellem tandsundhed og det generelle helbred, ser vi dag fortsat, at mund- og tandsundhed ofte frakobles sundhedsvæsenets indsatser. Dermed udnyttes potentialet for forebyggelse og tidlig indsats ikke fuldt ud.

Studier viser:

- At der fortsat er en stor social og geografisk ulighed i tandsundhed.
- "At sundhedspersonale både i primær og sekundær sektor mangler viden omkring udførelsen af korrekt mundhygiejne, herunder hvilke midler og redskaber der bør anvendes, viden om sammenhængen mellem mundhygiejne og systemiske infektioner samt medikamenters påvirkning af mundens tilstand"[1]
- At 91 pct. af de indlagte medicinske patienter på et dansk hospital allerede ved indlæggelse havde ét eller flere problemer relateret til mundhulen[2].
- At 78 pct. af plejehjemsbeboere havde behov for hjælp til mundhygiejne, men kun 7 pct. modtog denne hjælp[3].

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

[2] Jf. note 1

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

- At op til 10 procent af dødsfald forårsaget af lungebetændelse på plejehjem kan forhindres ved bedre mundhygiejne[4].

Det estimeres, at ca. 400-450 indlæggelser hvert år kan undgås alene, hvis mundhygiejnen forbedres hos plejehjemsbeboere i Danmark. Det vil det betyde en besparelse på cirka 20 millioner kr. for samfundet[5].

Studier viser yderligere, at fokus på mundhygiejne i forbindelse med indlæggelse på hospitaler kan føre til en nedbringelse af antallet af indlæggelsesdage. Det er yderligere blevet påvist, at systematisk og sufficient mundhygiejne på patienter, der får hjerteoperation, kan reducere forekomsten af lungebetændelse med hele 45 procent[6]. Et andet studie viser i forlængelse heraf, at der er store gevinster for patienterne og den øvrige sundhedspersonale ved at inddrage tandplejerfaglige kompetencer på hospitalerne, bl.a. i form af færre infektioner, færre smerter og færre senfølger som konsekvens af ubehandlet tand- og mundproblematik[7].

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

Tandpleje er en vigtig del af det samlede praksisområde

Det fremgår, at nærsundhedsplanerne skal beskrive den lokale planlægning af det øvrige praksisområde, jf. punkt 4. Danske Tandplejere foreslår, at "tandplejere" også skrives ind som en relevant sundhedsfaglig gruppe, jf. vejledningens side 10, hvor bl.a. fysioterapeuter, psykologer og fodterapeuter nævnes.

De problemstillinger, der står beskrevet for "Det øvrige praksisområde", gør sig også gældende for tandområdet. Der er blandt andet behov for bedre dækning af tandplejere i hele landet og flere sundhedstilbud i nærområderne. For ligesom på lægeområdet er dækningen af tandplejere geografisk skæv, og der er færrest tandplejere de steder i landet, hvor behovet er størst. Problemet bliver forstærket af, at der i årevis har været markant mangel på tandplejere. Næsten hver tredje opslåede tandplejerstilling bliver ikke besat, og derfor rekrutterer arbejdspladserne i de større byer en stor del af de uddannede tandplejere.

Tandpleje styrker den samlede sundhedsindsats

Det er helt afgørende, at tandpleje tænkes ind i det samlede sundhedstilbud, da tandpleje er et vigtigt element i at forebygge sygdomme og skabe livskvalitet hos borgere og patienter. Hvis vi kan forhindre, at der opstår tandsygdom, og vi kan bremse igangværende tandsygdom, så vil det have en lang række positive afledte effekter:

- Styrket egenomsorg og øget sygdomskontrol
- Færre lungebetændelser og dermed færre indlæggelser
- Reduceret risiko for komplikationer og færre infektioner
- Kortere indlæggelser og bedre patientforløb
- Forbedret ernæring og livskvalitet
- Mindre ulighed i (tand)sundhed

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

Med venlig hilsen

Elisabeth Gregersen

Forperson, Danske Tandplejere

---

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

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

[6] Puljefinansieret NKR: Mundhygiejne for postoperative infektioner - Sundhedsstyrelsen

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

REHPA
Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Att.: sum@sum.dk, cc jbp@sum.dk naspsst@sst.dk

Vestergade 17
5800 Nyborg
+45 21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

4. september 2026
ane.bonnerup.vind@rsyd.dk
21462390

Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

REHPA takker for invitationen til at bidrage med høringssvar til bekendtgørelsen om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Bekendtgørelsen

Specifikke kommentarer

§1 stk 4.5: Formuleringen kan evt. præciseres, hvis meningen er forløb hvor der *samtidig* er psykiatri og somatik

§1 stk 5: Det bør overvejes også at gøre beskrivelsen af sundhedsrådets planlægning ift arbejdet med lighed i sundhed og folkesundhed samt samarbejde med civilsamfund til et krav, da det er centrale elementer i sundhedsreformen og afgørende at lykkes med

§4 stk 2.2: Det er i bekendtgørelsen uklart om Sundhedsstyrelsen skal eller kan give rådgivning ift nærsundhedsplanen, og det fremgår ikke om planen skal godkendes eller vurderes af styrelsen. Af vejledningen fremgår, at nærsundhedsplanen skal forelægges Sundhedsstyrelsen mhp rådgivning forud for vedtagelse, herunder om planen er i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan, og at regionsrådet har ansvar herfor – og det vurderes måske tilstrækkeligt?

Vejledningen

Generelle bemærkninger

Et formål med nærsundhedsplanen beskrives at være, at borgeres oplevelse af sammenhæng, kontinuitet og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet skal øges. Overordnet set er det er positivt, at man vil øge kontinuiteten og sikre den rette indsats på det rette tidspunkt. Intentionerne er dog svære at overføre til praksis, så længe begreberne er så vage. Vi vil foreslå en præcisering af, hvilke konkrete faglige kriterier, målbare tilgange /

arbejdsgange der skal definere og sikre den rette indsats og kontinuitet for den enkelte borger/patient. Herudover, at man i de mål, der opsættes for planen, også sikrer en måling/registrering af borger- og patientoplevet sammenhæng, kontinuitet og kvalitet

Specifikke kommentarer

2.2 Der mangler et ord i første sætning efter "lige"

4. Der lægges op til lokal fastsættelse af hvilke mål der er relevante. Det er forståeligt at der skal være plads til at fokusere på noget, der er særligt behov for i det enkelte sundhedsråd, men kan også skabe unødigt stor variation. Hvis intention er, at nærsundhedsplanen skal give/øge borgeroplevelse af sammenhæng, kontinuitet og kvalitet vil det være en fordel hvis mål og indikatorer forholder sig til det i de enkelte sundhedsråd

Godt med det fælles datagrundlag som Digital Sundhed Danmark stiller til rådighed, og understregning af at nationale data bør bruges hvor de er tilgængelige

4.3. Foreslår en skærpet formulering, så nærsundhedsplanen *skal* understøtte indsatser, der fremmer lighed i sundhed og folkesundhed. Tilsvarende at "Kvalitet, dataunderstøttelse, teknologi og digitalisering er tværgående hensyn, som *skal* indgå i planlægningen på alle områder, da det er så centrale elementer i hele sundhedsreformen.

Afsnittet, der beskriver planlægning ift det almenmedicinske tilbud er godt, og placerer almen medicin centralt og som samarbejdende bredt i det nære sundhedsvæsen. Det er væsentligt ift rehabilitering og særligt palliation, og også ift at sikre robuste og nære tilbud til mennesker med særlige behov.

Afsnittet om nære regionale sundhedsindsatser – her kan palliation eventuelt også nævnes. REHPA har i rapporten Kval-Pal Kvalitet i den basale palliative indsats - definition og afgrænsning på tværs af sektorer belyst hvordan kvalitet i basal palliation kan ses i samarbejdsfeltet mellem regionale og kommunale indsatser

4.4 Godt at rehabilitering og palliation er nævnt under de tværgående indsatser! Ift akutsygeplejersker, så vil vi foreslå at det beskrives at de, udover rådgivning og sparring, også kan tage akutte besøg ved behov – som hjælp til det almenmedicinske tilbud og den kommunale sygepleje.

4.5 Godt afsnit. Bør kan med fordel erstattes med skal i de to dot'er.

Side 16, Ved 'det primære sundhedsvæsen' forstås: Her foreslår vi at palliation tilføjes efter rehabilitering.

Vi står selvfølgelig til rådighed ved spørgsmål eller behov for uddybning.

Venlig hilsen

Ane Bonnerup Vind, *Videncenterchef*

Rehabiliteringsforum Danmark

Sundheds- og Kirkeministeriet

Den 14. september 2026

Rehabilitation International Denmark
Evald Krogs Gade 9,
8000 Aarhus C
Telefon +45 7841 4400

info@rehabiliteringsforum.dk

Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Rehabiliteringsforum Danmark takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Rehabiliteringsforum Danmark ser overordnet positivt, at bekendtgørelsen og vejledningen lægger vægt på sammenhængende borger- og patientforløb og på samarbejde på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Det er væsentligt i et rehabiliteringsperspektiv, fordi borgernes forløb ofte involverer flere aktører og indsatser på tværs af sektorer. Nærsundhedsplanerne kan dermed understøtte en helhedsorienteret tilgang, hvor borgerens samlede behov og livssituation indgår i planlægningen, og hvor der er fokus på sammenhæng, koordinering og kvalitet i forløbene.

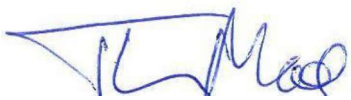
Vejledningen fremhæver funktionsevne og lighed i sundhed som centrale perspektiver i nærsundhedsplanerne. Det er positivt, fordi fokus på funktionsevne retter opmærksomheden mod kroppens funktioner, aktivitet og deltagelse og ikke alene mod sygdom og behandling. Samtidig kan fokus på lighed i sundhed bidrage til, at indsatser tilpasses forskellige behov og muligheder. Begge perspektiver er centrale i en rehabiliteringsfaglig tilgang, hvor målet er at understøtte borgerens muligheder for at leve et meningsfuldt liv.

Rehabiliteringsforum Danmark anbefaler, at vejledningen tydeliggør forholdet mellem begreberne *det nære sundhedsvæsen* og *det primære sundhedsvæsen*. Nærsundhedsplanen vedrører omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen, mens vejledningen samtidig anvender det primære sundhedsvæsen, der i begrebslisten defineres som sundhedsindsatser tæt på, hvor befolkningen bor. Det er dermed uklart, om begreberne anvendes synonymt, eller om de betegner forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Rehabiliteringsforum Danmark anbefaler, at relationen mellem de to begreber præciseres i vejledningen. Hvis der ikke er en tilsigtet indholdsmæssig forskel, anbefales det at anvende det nære sundhedsvæsen konsekvent. En entydig begrebsanvendelse vil styrke vejledningens klarhed og sikre sammenhæng mellem nærsundhedsplanens formål, terminologi og begrebsdefinitioner.

Med venlig hilsen





Margrethe Boel
Næstformand
Rehabiliteringsforum Danmark

Thomas Maribo
Formand
Rehabiliteringsforum Danmark

PATIENTERSTATNINGEN.

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

19. august 2026
Dokumentnummer: 26PEBL-148905

Patienterstatningen har 18. august 2026 modtaget høringsbrev vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Vi har ikke bemærkninger til det fremsendte udkast.

Med venlig hilsen

Karen-Inger Bast
direktør

Kalvebod Brygge 45
1560 København V

Tlf +45 33 12 43 43
Fax +45 33 12 43 41

pebl@patienterstatningen.dk
www.patienterstatningen.dk

Høringssvar

LÆGEFORENINGEN

HØRING OVER BEKENDTGØRELSE OG VEJLEDNING OM NÆR-SUNDHEDSPLAN

15. september 2026
Sagsnr.: 2026-08484
Doknr.: 4470539

Fælles høringssvar fra Lægeforeningen, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation.

Inddrag de sundhedsprofessionelle i udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne

Vi takker for høringen af henholdsvis bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplan, og vi ser frem til sundhedsrådenes efterfølgende lokale arbejde.

For at sikre, at de lokale sundhedsråds nærsundhedsplaner bygger på et ensartet vidensgrundlag, bør det både i bekendtgørelse og i vejledning fremgå, at:

- planerne skal udarbejdes på grundlag af et sundhedsfagligt – herunder lægefagligt - kvalificeret input på alle niveauer,
- parter fra både sygehuse og praksissektor skal deltage i relevante lokale udvalg såsom de kommunalt-lægelige udvalg og PLO-R og inddrages i udarbejdelse og udmøntning af nærsundhedsplanerne,
- nærsundhedsplanerne skal indeholde klare ansvars- og opgavefordelinger mellem sektorerne.

Vi kan frygte, at de meget vide rammer i både bekendtgørelse og vejledning for udvikling og gennemførelse af de lokale nærsundhedsplaner, kommer til at betyde for store lokale forskelle i udviklingen af vores nære sundhedsindsatser. Vi havde håbet, at Sundhedsstyrelsens nationale sundhedsplan 2027-2030 havde sat en klar og fælles strategisk retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Men også den plan består mest af luftige principper, og kun vage retningsgivende krav og rammer. For mange steder fremgår det af vejledningen, at nærsundhedsplanen 'kan' eller 'bør' forholde sig til fx samarbejde med civilsamfund, kobling til øvrige regionale sundhedsindsatser, udadvendte sygehuse mv.

Der foregår aktuelt et arbejde i Sundhedsstyrelsen med specialebeskrivelserne, hvor det skal sikres, at eventuelle nye opgaver i det nære sundhedsvæsen er fagligt velbegrundede og placeret det rette sted. Den proces bør ikke foregribes lokalt gennem nærsundhedsplanerne.

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500
Tlf.: +45 26776284 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: maj@DADL.DK
www.laeger.dk

Det er naturligvis ikke til hinder for velbeskrevne, aftalte og tydeligt afgrænsede pilotprojekter i de enkelte sundhedsråd, når der er et klart formål, tydelige grænseflader og en plan for evaluering.

Vi savner desuden, at vejledningen flere steder bliver mere konkret fx, hvordan nærsundhedsplanerne kan kobles til særligt øvrige kommunale indsatsområder med relevans for sundhedsområde, såsom social-, specialundervisnings-, beskæftigelsesområdet mv. Og hvordan lokale erfaringer i de enkelte sundhedsråd – positive som negative – skal vidensdeles på tværs, så det kan komme andre sundhedsråd til gavn.

Når den nationale rammesætning i både den nationale sundhedsplan samt udkast til bekendtgørelse og vejledning af de lokale nærsundhedsplaner er så uklare, frygter vi, at de lokale planer både bliver for forskellige til at indfri sundhedsreformens ambition om bl.a. mere ensartethed i sundhedstilbuddene på tværs af landet, men heller ikke bliver ambitiøse nok til at indfri reformens planer for omstilling til det nære sundhedsvæsen.

Specifikke bemærkninger til vejledning om nærsundhedsplan
I det følgende fremgår en række specifikke bemærkninger til side 8 i vejledningen, som sundhedsrådene i deres arbejde med nærsundhedsplanerne bør tage højde for.

Det fremgår i anden dot:
"Styrke almenmedicinske tilbuds rolle i omstillingen af sundhedsvæsenet for at understøtte en stærkere integration i det primære sundhedsvæsen i form af øget samarbejde samt understøtte, at de almenmedicinske tilbud får en mere aktiv rolle som den centrale lægefaglige kompetence i samarbejdet med det øvrige primære sundhedsvæsen."

Vi bemærker, at almen praksis allerede i dag har en central rolle ift. samarbejdet med kommunerne. Dog er en række kommunale opgaver overgået til regionen. Derfor kan det være svært at have den samme rådgivende funktion – f.eks. ift. kommunale akutteams, da almen praksis i dag ikke har de samme samarbejdsaftaler med regionen, som man har med kommunerne. Vi opfordrer til, at sundhedsrådene laver samarbejdsaftaler for regionernes nye opgaver.

Det fremgår endvidere i fjerde dot:
"Styrke det tværsektorielle samarbejde med almenmedicinske tilbud ved at fremme klinikkernes opgavevaretagelse og bidrag til sammenhængende patientforløb lokalt i samarbejde med kommunale sundhedstilbud, nære regionale indsatser, øvrig praksissektor og sygehus, herunder gennem styrket koordinerende funktion og adgang til gensidig rådgivning med det sekundære sundhedsvæsen."

En central rolle for almen praksis er tovholderfunktionen, som vi ønsker at fastholde. De lokale nærsundhedsplanener bør tage højde for, at for at al-

men praksis kan varetage denne rolle, kræver det konference med kollegaer på sygehusene. Det betyder, at sundhedsrådene i deres arbejde med nærsundhedsplanerne skal tage højde for, at både lægerne i almen praksis og på sygehusene har tid til at løfte opgaven med tværfaglig konference.

I sidste dot fremgår:
"Fremme særlige indsatser for udvalgte målgrupper, herunder fast lægedækning på plejecentre, botilbud og sundheds- og omsorgspladser, forebyggelsesindsatser målrettet sårbare grupper samt bedre tilgængelighed for sårbare og udsatte borgere, herunder borgere med demens."

I afsnit 4.1 og 4.2 om datagrundlag og dataunderstøttelse kunne det med fordel fremgå tydeligere, at der er behov for datagrundlag af både kvantitativ og kvalitativ karakter for bl.a. at belyses sociale og geografisk ulighed i adgangen til sundhedstilbud.

I forhold til afsnit 4.3 er det vigtigt at understrege, at sundhedsrådene i deres udarbejdelse af nærsundhedsplanerne skal tage højde for, at både omstillingen af opgaver fra sygehuse til almen praksis og de nye opgaverne fra opgavebeskrivelsen til almen praksis sker i takt med, at der bliver flere læger i almen praksis og inden for rammerne af opgavebeskrivelsen. Der kan således ikke laves udvidelse af opgaverne, før antallet af læger i almen praksis vokser. Bæredygtige forbedringer i det nære sundhedsvæsen kræver langsigtede aftaler, stabile samarbejdsstrukturer og kontinuerlig opbygning af kapacitet frem for tidsbegrænsede, projektbaserede indsatser.

Afslutningsvist har vi en sproglig bemærkning, da der flere steder i vejledningen fremgår, at almen praksis har et populationsansvar. Men jf. den Nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud så skal almen praksis yde 'populationsomsorg'.

Med venlig hilsen

Josephine Rathenborg
Formand for Lægeforeningen

KOST OG ERNÆRINGS FORBUNDET
SUNDHED ER EN RET

Høringssvar til udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD) takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD bakker op om nærsundhedsplanernes formål, herunder at bidrage til, at borgere og patienter oplever sammenhæng, kontinuitet og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet. Vi finder det også positivt, at planerne skal understøtte udviklingen af et mere nært, sammenhængende og lige sundhedsvæsen, og at forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig indsats skal tænkes ind som en integreret del af udviklingen og omstillingen af sundhedsvæsenet.

Det undrer og bekymrer os dog, at ernæringsindsatser slet ikke er omtalt i Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

For ernæring har betydning for både forebyggelse, behandling og rehabilitering og kan i mange tilfælde være relevant inden for alle de områder, som nærsundhedsplanerne skal omfatte. Det gælder blandt andet patientrettet forebyggelse, hjemmebehandling, sundheds- og omsorgspladser, indsatser til mennesker med kronisk sygdom og tværgående forløb for blandt andre ældre medicinske patienter og mennesker med multisygdom.

Sygdomsrelateret underernæring er et eksempel på et omfattende og tværgående sundhedsproblem. Underernæring forekommer på tværs af diagnoser og i borger- og patientforløb, der går mellem sygehuse, nære regionale sundhedsindsatser, almenmedicinske tilbud og kommunale tilbud. Derfor er det afgørende, at ernæringsindsatser tænkes sammen på tværs af sektorer og indgår i de relevante dele af det samlede borger- og patientforløb.

Ifølge Menon Economic[1]s var mere end 200.000 danskere underernærede i 2024. Rapporten estimerer, at underernæring medførte meromkostninger i sundhedsvæsenet på 14,5 mia. kr. i 2024, og at opsporing, tidlig indsats og ernæringsbehandling kan begrænse ressourceforbruget i sundhedsvæsenet betydeligt.

[1] Menon Economics (2024): Samfundsøkonomiske konsekvenser af underernæring i Danmark, Menon-publikation nr. 135/2024

16. september 2026

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

Dir. 51215960
pha@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD ser nærsundhedsplanerne som en vigtig mulighed for at skabe den længe ønskede sammenhæng i ernæringsindsatserne på tværs af sektorer og tilbud. Det forudsætter imidlertid, at ernæringsindsatser fremgår tydeligt af Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan og indgår i den lokale planlægning. Det vil samtidig understøtte nærsundhedsplanernes formål om at fremme lighed i sundhed og folkesundhed og skabe sundhedsmæssig værdi gennem nære og sammenhængende sundhedstilbud.

Bemærkninger til udkastet til bekendtgørelse

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD har ikke bemærkninger til bekendtgørelsens overordnede struktur eller til de fastlagte områder, som nærsundhedsplanerne skal omfatte.

Bekendtgørelsen fastsætter de overordnede krav til nærsundhedsplanernes indhold, mens den nærmere udfoldelse sker i Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan. Kost og Ernæringsforbundet og FaKD retter derfor de konkrete ændringsforslag mod vejledningen.

Bemærkninger til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Ernæringsindsatser bør indgå i den lokale planlægning

Vejledningens afsnit 4.3 beskriver de områder, som skal indgå i den lokale planlægning af regionale sundhedsopgaver. Under de nære regionale sundhedsindsatser nævnes blandt andet patientrettet forebyggelse, rehabilitering, hjemmebehandling, sundheds- og omsorgspladser og indsatser til mennesker med kronisk sygdom.

Ernæringsindsatser spiller en betydelig rolle indenfor alle disse områder. Ernæring kan bidrage til at forebygge sygdom og forværring af sygdom og er samtidig en del af behandlingen, rehabiliteringen og palliationen for borgere og patienter med ernæringsrelaterede problemstillinger.

Planlægningen bør samtidig sikre adgang til relevante ernæringsfaglige kompetencer, herunder kliniske diætister, som kan indgå i det tværfaglige samarbejde og bidrage med faglig rådgivning og behandling.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at følgende tilføjes i vejledningens afsnit 4.3 under nære regionale sundhedsindsatser:

- *Planlægningen bør omfatte ernæringsindsatser som en integreret del af forebyggelse, behandling og rehabilitering og sikre adgang til relevante ernæringsfaglige kompetencer, herunder kliniske diætister.*

Ernæringsindsatser skal hænge sammen på tværs
Vejledningens afsnit 4.4 beskriver den regionale understøttelse af tværgående patientforløb på sundhedsområdet.

Her fremhæves blandt andet ældre medicinske patienter, borgere med multisygdom, kronisk sygdom og demens samt borgere med behov for rehabilitering eller palliation. Ernæringsindsatser kan have væsentlig betydning for disse målgruppers behandling, funktionsevne og rehabilitering. Flere af målgrupperne har samtidig risiko for hyppige kontakter til sundhedsvæsnet på tværs af sektorer eller fragmenterede forløb. Derfor bør ernæring indgå i den fælles planlægning af sammenhængende forløb, relevante snitflader og opgavefordeling på tværs af regioner og kommuner.

Vejledningens afsnit 4.5 omhandler regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale områder, som har væsentlig betydning for borgernes sundhed, plejebehov og funktionsevne samt sammenhæng i forløb. Ernæringsindsatser kan netop bidrage til at forebygge sygdom og forværring, understøtte funktionsevnen og skabe sammenhæng i borgerens samlede forløb. Ernæringsindsatser bør derfor også indgå i planlægningen af det regionale samarbejde med relevante kommunale områder.

Ernæringsrelaterede problemstillinger følger ikke sektorgrænser. Borgere og patienter kan have behov for en sammenhængende ernæringsindsats under en sygehusindlæggelse, i et nært regionalt tilbud og efter overgangen til et kommunalt tilbud eller eget hjem. Manglende sammenhæng kan betyde, at en iværksat ernæringsindsats afbrydes, eller at der ikke følges op på borgerens eller patientens behov.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler derfor, at ernæringsindsatser indgår i planlægningen af sammenhængende borger- og patientforløb på tværs af regionale og kommunale tilbud, indsatser og øvrige relevante kommunale områder og ifølge sundhedsstyrelsens anbefalinger og kvalitetsstandarder.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at følgende tilføjes i vejledningens afsnit 4.4 og 4.5:

- *Der bør sikres sammenhæng og kontinuitet i ernæringsindsatser på tværs af regionale og kommunale tilbud og indsatser samt øvrige*

kommunale områder med betydning for borgernes sundhed, plejebehov og funktionsevne.

Ernæring bør indgå i data, mål og opfølgning
Det fremgår af vejledningens afsnit 4.1 og 4.2, at nærsundhedsplanerne skal indeholde lokale mål og indikatorer, og at populationsdata og lokale behov skal danne grundlag for prioriteringen af indsatsområder og målgrupper.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at relevante data om ernæring indgår i grundlaget for nærsundhedsplanerne, og at ernæringsindsatser indgår i planernes mål og opfølgning. Det gælder både indsatser, der fremmer sundhed og forebygger sygdom, og indsatser i forbindelse med sygdom, ernæringsrisiko og underernæring.

Kost og Ernæringsforbundet og FaKD anbefaler, at følgende tilføjes i vejledningens afsnit 4.1 eller 4.2:

- *Relevante data om ernæring bør indgå i grundlaget for nærsundhedsplanen, og ernæringsindsatser bør indgå i planens mål og opfølgning.*

Afsluttende bemærkninger
Kost og Ernæringsforbundet og FaKD støtter som nævnt indledningsvist intentionen om, at nærsundhedsplanerne skal bidrage til et mere nært, sammenhængende og lige sundhedsvæsen og understøtte indsatser, der fremmer lighed i sundhed og folkesundhed.

Ernæring har betydning for både forebyggelse, behandling og rehabilitering og livskvalitet. Sygdomsrelateret underernæring er samtidig et eksempel på et omfattende og tværgående sundhedsproblem, som berører borgere og patienter på tværs af diagnoser, tilbud og sektorer.

Sammenfattende anbefaler Kost og Ernæringsforbundet og FaKD på den baggrund, at Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan tydeliggør:

- *at ernæringsindsatser indgår som en integreret del af forebyggelse, behandling og rehabilitering*
- *at der sikres adgang til relevante ernæringsfaglige kompetencer, herunder kliniske diætister*
- *at der sikres sammenhæng og kontinuitet i ernæringsindsatser på tværs af regionale og kommunale tilbud og indsatser*
- *at relevante data om ernæring indgår i grundlaget for nærsundhedsplanerne, og at ernæringsindsatser indgår i planernes mål og opfølgning.*

Med venlig hilsen

Ghita Parry
Formand
Kost og Ernæringsforbundet

Mette Theil
Formand
Fagligt selskab af Kliniske Diætister (FaKD)

Kommunale Velfærdschefer

Til Sundheds- og Kirkeministeriet og Sundhedsstyrelsen 10. september 2026

Sendt til: jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk.

Høringssvar fra Kommunale Velfærdschefer om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Kommunale Velfærdschefer takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Dette høringssvar kun forholder sig til vejledningen og ikke bekendtgørelsen.

Vejledning om nærsundhedsplan

Det er gennemgående en vejledning, som er oplysende og dækkende i forhold til formål og indhold af nærsundhedsplan.

Kommunale Velfærdschefer har dog en overordnet bemærkning til udkastet. Denne er uddybet i nedenstående.

Kommunerne bliver gennemgående i vejledningen tillagt en central rolle i realiseringen af nærsundhedsplanerne. Det fremgår imidlertid ikke tilstrækkeligt tydeligt, hvilken rolle kommunerne har i planlægning, prioritering, beslutningstagning og opfølgning på de beskrevne indsatser og samarbejder. Ligeledes fremstår kommunernes ansvar, indflydelse og eventuelle forpligtelser i samarbejderne uklart beskrevet. Det anbefales derfor, at kommunernes rolle beskrives tydeligere i et selvstændigt indledende afsnit i vejledningen.

I det følgende fremhæves en række eksempler, som understøtter vurderingen af, at der mangler tydelighed om kommunernes rolle.

Side 4:

Det fremgår, at sundhedsrådene skal understøtte tværsektorielt samarbejde blandt andet ved at drøfte og udpege relevante samarbejdsområder mellem regionen og kommunerne. Det fremgår imidlertid ikke, hvilken rolle kommunerne har i denne udpegning. Det bør derfor præciseres, om kommunerne kan bidrage med forslag til samarbejdsområder samt om kommunerne skal tilslutte sig eller godkende områder, hvor de forventes at indgå som part i samarbejdet.

Side 6:

Det fremgår, at der kan indgås samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner, men det nærmere formål med aftaler samt de rammer, der gælder for dem, er ikke beskrevet. Generelt er sundhedsområdet kendetegnet ved en kompleks governancestruktur, hvor begrebet samarbejdsaftaler anvendes i flere sammenhænge. Såfremt samarbejdsaftaler skal udgøre et integreret element i arbejdet med nærsundhedsplanen, så bør deres formål, indhold og rammer beskrives tydeligt, herunder deres placering i det samlede aftalehieraki.

Side 10, 11 og 12:

På disse sider omtales kommunerne blandt andet som en aktør i samarbejdet på praksisområdet, i indsatser inden for psykiatri og somatik, herunder i relation til styrket samarbejde om

sammenhængende borger- og patientforløb og udpegning af relevante samarbejdsområder på tværs af sektorer. Endvidere beskrives kommunerne som en væsentlig aktør i det regionale samarbejde om og understøttelse af kommunale tilbud og indsatser på områder med betydning for borgernes sundhed, herunder social-, ældre-, børne- og ungeområdet samt beskæftigelsesområdet. Kommunernes rolle, ansvar og eventuelle forpligtelser i de beskrevne samarbejder fremgår imidlertid ikke tilstrækkeligt tydeligt. Det anbefales derfor, at dette uddybes nærmere i vejledningen. Dette vurderes som særligt relevant i forhold til de områder, hvor kommunerne er myndighedsansvarlige.

Afrunding

Kommunale Velfærdschefer anerkender kommunerne spiller en central rolle i udviklingen af det nære sundhedsvæsen og opfyldelsen af sundhedsreformens intentioner om mere nærhed, lighed og kvalitet i sundhed. De ovenstående bemærkninger skal derfor ses som et udtryk for et ønske om større tydelighed i samarbejdsflader, roller og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører. Kommunale Velfærdschefer ser frem til den videre dialog med regioner, almen praksis og øvrige aktører om den konkrete udmøntning af nærsundhedsplanerne.

Med venlig hilsen
Jakob Bigum Lundberg

Formand for Kommunale Velfærdschefer

NOTAT

Høringssvar bekendtgørelse og vejledning nærsundhedsplaner

Dato: 15-09-2026

Sags ID: SAG-2026-01483
Dok. ID: 3726177

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: +45 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

KL har modtaget udkast til hhv. bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplaner i høring med frist den 16. september 2027.

KL takker for muligheden og fremsender her bemærkninger til hhv. bekendtgørelse og vejledning, som KL overordnet set er positiv overfor. Samtidig har KL nogle vigtige opmærksomhedspunkter, som vi ønsker tilpasset, og som fremgår nedenfor.

En regional plan

Indledningsvist skal det understreges, at det er afgørende at både bekendtgørelse og vejledning tydeligt beskriver, at nærsundhedsplaner er *regionale* planer. Dvs. planer som beskriver udvikling og omstilling af de regionale sundhedsydelser i sundhedsrådets geografi. Planerne udarbejdes med afsæt i den nationale sundhedsplan og i overensstemmelse med den regionale sundhedsplanlægning og godkendes af sundhedsråd eller regionsråd. Nærsundhedsplanerne er ikke tværsektorielle planer og de erstatter ikke de nuværende sundhedsaftaler. Derfor skal det være helt tydeligt i både bekendtgørelse og vejledning, at det kommunale område ikke kan forpligtes i nærsundhedsplanen. Herunder at kommunerne alene kan forpligtes til indsatser via bilaterale aftaler.

Nærsundhedsplanerne skal således, med udgangspunkt i sundhedsrådets population, konkret beskrive omstilling og udbygning af det nære regionale sundhedsvæsen, herunder hvordan sygehusene understøtter behandling tæt på borgerne. I lovens bemærkninger beskrevet som følgende områder: De almenmedicinske tilbud, nære regionale sundhedsindsatser, sygehuse, herunder sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen, det øvrige praksisområde samt forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik.

Bekendtgørelsen

I forlængelse af ovenstående ramme ønsker KL at §1 Stk. 5. **bekendtgørelsen** tilrettes. KL er enige i, at nærsundhedsplanerne generelt bør understøtte indsatser der fremmer lighed i sundhed og folkesundhed. Samtidig skal det stå tydeligt, at sundhedsrådene ikke har fået tillagt en særlig rolle ift. arbejdet med folkesundhed eller samarbejde med civilsamfund.

Konkret foreslås stk. 5 affattet således:

Dato: 15-09-2026

Sags ID: SAG-2026-01483
Dok. ID: 3726177

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: +45 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Nærsundhedsplanen kan udover de i stk. 4, nr. 1-5 nævnte krav til planens indhold beskrive den lokale planlægning af øvrige regionale sundhedsindsatser ud fra lokale behov, herunder i forhold til sundhedsrådenes arbejde med at fremme lighed i sundhed ~~og folkesundheden, samt samarbejde med civilsamfundet.~~ med udgangspunkt i sundhedsrådets population.

I bekendtgørelsen §3, stk. 3 står: "Beskrivelserne efter stk. 1 skal i relevant omfang vedrøre, hvordan forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser løftes på tværs af områder. "

KL ønsker, at stk. 3 udgår af bestemmelsen med henvisning til, at forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser er et kommunalt opgaveansvar. Nærsundhedsplanen skal ikke indeholde beskrivelser af det kommunale opgaveområde udover hvad der er relevant ift. den regionale understøttelse ift. området, som det også fremgår andre steder. Kommunerne kan selvsagt samarbejde og koordinere på tværs ift. forebyggelses- og sundhedsfremme indsatserne, både i sundhedsrådenes geografi og i andre konstellationer, herunder inddrage og koordinere med regionen. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal sikre et kommunalt blik på den regionale opgave varetagelse og udvikling, men sundhedsrådene er ikke et koordinerende rum for kommunale opgaver.

Vejledningen

I samme tråd ønskes **vejledningen** tilrettet, så det tydeligt fremgår at nærsundhedsplanen omhandler de regionale sundhedsopgaver.

Et konkret eksempel er, at der henvises i afsnit 2.1 til at nærsundhedsplanen skal have *"særligt fokus på det nære sundhedsvæsen i sammenhæng med ~~den borgerrettede og~~ patientrettede forebyggelse."* Den borgerrettede forebyggelse er et kommunalt myndighedsansvar og reguleres ikke i en nærsundhedsplan. KL ønsker at borgerrettet slettes.

Ligeledes ønskes det gennem vejledningen tilrettet, at der er tale om det nære regionale sundhedsvæsen. Eksempelvis i afsnit 2.2 fremgår, at nærsundhedsplanen skal omsætte den fælles strategisk retning i den nationale sundhedsplan *"til lokal omstilling og udbygning af det nære regionale sundhedsvæsen."* Tilretningen bør ske i hele dokumentet, og det bør understreges at kommunerne ikke kan forpligtes af nærsundhedsplanen.

I afsnit 2.2 henvises til, *"at nærsundhedsplanen bør medvirke til, at forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig indsats tænkes ind som en integreret del af udviklingen i tråd med intentionerne i sundhedsreformen, herunder intentionerne i den kommende folkesundhedslov."*

KL ser det som uhensigtsmæssigt at henvise til intentionerne i en lov, som ikke er fremsat i eller behandlet af folketinget. Særligt afsnit 2.2 bør derfor omskrives, så intentionerne ikke antages kendt/fastlagt på forhånd.

Afsnit 3.3 her fremgår, at *"sundhedsrådet eksempelvis kan indgå samlede aftaler med alle kommuner i sundhedsrådets geografiske området med ophæng i nærsundhedsplanen."* Det bør tydeliggøres, at der ikke er krav om

Dato: 15-09-2026

Sags ID: SAG-2026-01483
Dok. ID: 3726177

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: +45 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

at kommunale investeringsmidler skal udmøntes i forlængelse af en nærsundhedsplan. Endvidere bør det fremgå, at aftaler indgås med kommunerne enkeltvis, men naturligvis kan have samme indhold og fokus.

I afsnit 4.3 beskrives styrket hjemmebehandling og hjemmemonitorering (side 9) som at *"flere indsatser skal foregå i borgerens eget hjem"*. KL ønsker, at det formuleres "*i eller nær borgerens eget hjem"* for at understøtte en fleksibel tilrettelæggelse af tilbud, herunder fx i sygeplejeklinkker eller lignende tæt på borgerne.

Det fremgår også *"at hjemmebehandling skal udbygges trinvist i det omfang kapacitet og faglige hensyn tillader det."* Det er dog uklart hvilken kapacitet der henvises til – regional eller kommunal? Samt at *"som led i sygehusenes udadvendte rolle understøttes behandling i hjemmet gennem sygehusenes rådgivning og faglige sparring."* Hvis sygehuset alene bidrager med faglig sparring og rådgivning, hvem har så ansvar for og er udfører af opgaven forbundet med hjemmebehandling?

Det er desuden uklart, hvad forstås ved hjemmemonitorering. Telemedicinske indsatser omtales i øvrigt i afsnit om regional understøttelse af tværgående patientforløb (p. 12). KL er enige i at det bedst beskrives her.

Afsnit 4.4 under "*udpegning af relevant samarbejdsområder på tværs af sektorer"* (p. 12) fremgår *"sundhedsrådets ressourcer til nære kommunale indsatser målrettes de borgere og områder, hvor behovet er størst af hensyn til at mindske ulighed i sundhed."* KL mener, der må være tale om en målretning af sundhedsrådets samledes ressourcer, ikke kun de kommunale investeringsmidler.

KL ønsker desuden, at der af vejledningen klart fremgår forventninger til og retning for samarbejde om arbejdsdeling og visitation ift. funktioner, der ikke varetages på alle akutsygehuse og/eller i alle sundhedsråd. Fx sundhedsindsatser, hvor specialer ikke er til sted på de enkelte sygehuse/sundhedsrådets geografiske område – som det bl.a. gælder funktioner inden for børne- og ungepsykiatri. Sundhedsrådene har populationsansvaret for deres geografiske område og bør kunne sætte fokus på de områder, hvor der særligt er behov for indsatser. Dette i samarbejde med de relevante afdelinger og med relevante faglige eksperter, også selvom de ikke er en del af det deltagende akuthospital.

Endvidere er det ikke fuldstændig klart, hvordan det nære og det primære sundhedsvæsen adskiller sig fra hinanden, herunder hvordan/hvornår termerne bruges i vejledningen. Dette bør konsekvensrettes.

MVH

Hanne Agerbak

Kontorchef

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: DSOG's bestyrelse (bestyrelse@dsog.dk), SST National sundhedsplan og folkesundhedslov (NASPSST@sst.dk), Julie Bennedsgaard Præstholm (JBP@sum.dk)
Fra: formand@dsog.dk (formand@dsog.dk)
Titel: Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.
Sendt: 9/16/2026 5:08 PM

Til: Sundheds- og Kirkeministeriet
Dato: 16. september 2026

Emne: Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Journalnummer: 2026 – 5319

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi takker for muligheden for at afgive høringssvar over det fremsendte udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Vi har gennemgået materialet og har følgende bemærkninger:

Overordnet takker vi for en udførlig og brugervenlig vejledning og bekendtgørelse om nærsundhedsplanen og de forventede funktioner, dette påvirker, der bidrager til forståelsen af, med hvad og hvordan de kommende nærsundhedsråd skal arbejde.

Vi har dog i Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi undret os over, at man i vejledningen for nærsundhedsplanens fundament og indhold kun i figur 1. (Forandring gennem principper, anbefalinger og mål) inddrager konkrete faglige planer og vejledninger i planlægning af det for patienten mest hensigtsmæssige forløb.

En manglende inddragelse af de gældende faglige anbefalinger og eksperter vil i værste fald kunne medføre en nærsundhedsplan, der enten ikke er mulig at gennemføre ud fra gældende faglige standarder, eller i værste

fald kan have uhensigtsmæssige/skadelige konsekvenser for patientens endelige sundhedsmæssige udkomme.

Vi har en klar forventning om, at man i arbejdet med nærsundhedsplanerne løbende vil orientere sig mod de faglige anbefalinger på lige fod med politiske, økonomiske og lokale hensyn, når man behandler en forandring eller udvikling til patientens bedste. Dette kan være via de faglige selskaber, de tilgængelige fagpersoner i lokalområdet eller tilgængelige faglige retningslinjer.

Vi efterspørger således, at man i vejledning og målsætning gør det klart, at de faglige hensyn er en del af afsættet for arbejdet med nærsundhedsplanerne.

Jeg stiller mig naturligvis til rådighed på vegne af bestyrelsen i DSOG for uddybelse af ovenstående.

Med venlig hilsen

Maria Cathrine Schmidt

Maria Cathrine Schmidt
MPM, overlæge,
Afsnit for kvindesygdomme og fødsler, AUH
Formand for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
Mail: formand@dsog.dk
Tlf.: 27 20 72 38

Statens Institut for Folkesundhed

Vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Statens Institut for Folkesundhed takker for muligheden for at afgive høringssvar. SIF ser positivt på ambitionen om at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen gennem nærsundhedsplanerne. Udkastene understreger vigtige principper om populationsansvar, tværsektorielt samarbejde og databaseret planlægning, som kan skabe et stærkt fundament for udviklingen af sundhedsvæsenet.

SIF vil dog samtidig foreslå, at kravene til nærsundhedsplanerne skærpes, så arbejdet med lighed i sundhed og folkesundhed får en mere fremtrædende plads. Konkret kan dette fx gøres ved at ændre Bekendtgørelsens §1 Stk. 4, så Folkesundhed og lighed i sundhed nævnes på lige fod med de fem øvrige områder, der er nævnt i det foreliggende udkast. Samtidig kan passagen om folkesundhed udgå af §1 Stk. 5, hvor det fremstår som en mindre forpligtende "kan"-opgave. I forlængelse heraf foreslår SIF, at vejledningen udvides med et særskilt afsnit om Folkesundhed og lighed i sundhed, fremfor at det blot beskrives som et underpunkt i afsnit 4.5.

Med denne ændring vil arbejdet med folkesundhed og ulighed i sundhed blive gjort mere systematisk og forpligtende. Ulighed i sundhed nævnes flere steder i vejledningen, men der stilles ikke krav om analyser, mål eller opfølgning. SIF anbefaler, at nærsundhedsplanerne understøtter en systematisk identifikation af befolkningsgrupper med særlige behov og indeholder mål for folkesundhed og reduktion af ulighed i sundhed.

Samtidig vil forebyggelse og sundhedsfremme kunne få en mere fremtrædende rolle i planerne. Vejledningen fremhæver disse områder som væsentlige hensyn, men fokus ligger primært på organisering og behandlingsindsatser.

Endelig anbefaler SIF, at anvendelsen af forskningsbaseret viden fremhæves tydeligere i Sundhedsstyrelsens vejledning og eventuelt beskrives i et særskilt afsnit. Datagrundlag er afgørende, men planlægningen står stærkest, når den samtidig bygger på den bedst tilgængelige viden om effektive forebyggelses-, behandlings- og organisationsindsatser. Det vil øge sandsynligheden for, at investeringerne i det nære sundhedsvæsen omsættes til bedre sundhed og større lighed i sundhed.

Med venlig hilsen

Morten Hulvej Rod
Direktør, professor
rod@sdu.dk

rod@sdu.dk
T +4565507700

Syddansk Universitet
Studiestræde 6
1455 København K
T +45 6550 7777
www.sdu.dk

Den 16. september 2026

Vedr. sagsnr. 2026 - 5319

Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan med tilhørende vejledning.

DPS bakker overordnet op om ambitionen om et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere indsatser kan leveres tæt på borgeren, og hvor samarbejdet mellem sygehuse, almenmedicinske tilbud og kommunale indsatser styrkes.

DPS finder det samtidig væsentligt, at nærsundhedsplanlægningen også understøtter sammenhængende forløb for mennesker med psykisk sygdom, herunder i snitfladerne mellem den regionale psykiatri, almenmedicinske tilbud og kommunale og sociale indsatser.

DPS har på den baggrund følgende bemærkninger.

1. Patientforløb med psykisk sygdom og kommunale/sociale indsatser bør være tydeligt omfattet

DPS finder det positivt, at psykiatrien er eksplicit omfattet af nærsundhedsplanlægningen.

Efter bekendtgørelsens § 1, stk. 4, nr. 5, skal nærsundhedsplanen beskrive den lokale planlægning af "forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik". Samtidig følger det af §§ 2 og 3, at nærsundhedsplanen skal beskrive regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale tilbud og indsatser, herunder tværgående borger- og patientforløb og samarbejde på blandt andet socialområdet.

DPS finder det vigtigt, at disse bestemmelser i praksis ses i sammenhæng.

En betydelig del af mennesker med psykisk sygdom vil have forløb, hvor den væsentligste tværgående problemstilling ikke er overgangen mellem psykiatri og somatik, men derimod sammenhængen mellem regional psykiatrisk behandling og kommunale indsatser, herunder ikke mindst socialpsykiatriske tilbud, bostøtte og botilbud. Det gælder blandt andet en del mennesker med svær psykisk sygdom og komplekse støttebehov.

DPS forventer derfor, at nærsundhedsplanlægningen også omfatter disse forløb, selv om der ikke samtidig indgår en somatisk behandlingsindsats.

Dansk Psykiatrisk Selskab, www.dpsnet.dk
Formand: Christian Legind, e-mail: forperson@dpsnet.dk

Vi anbefaler, at dette fremgår tydeligt af vejledningen således, at formuleringen om forløb inden for psykiatri og somatik ikke utilsigtet fører til et snævert fokus på forløb, hvor begge dele er til stede. Planlægningen bør også omfatte relevante forløb på tværs af regional psykiatri, almenmedicinske tilbud og kommunale og sociale indsatser.

2. De faglige forudsætninger for lokal udmøntning bør tydeliggøres

DPS anerkender, at nærsundhedsplanerne ikke i sig selv skal fastlægge den overordnede opgavefordeling i sundhedsvæsenet. Det fremgår af bekendtgørelsen, at nærsundhedsplanen skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan og være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan. Samtidig skal nærsundhedsplanen fastsætte mål for omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen og beskrive den konkrete lokale planlægning.

Nærsundhedsplanerne får dermed væsentlig betydning for, hvordan nationalt og regionalt besluttede omlægninger faktisk realiseres lokalt.

Dette er særligt relevant på psykiatriområdet. Vejledningen beskriver eksempelvis en ambition om en samlet nær indsats til børn, unge og voksne med mistrivsel eller let til moderat psykisk lidelse gennem rådgivning, sparring og samarbejde mellem regional psykiatri, almenmedicinske tilbud og kommunale indsatser med henblik på, at flere kan hjælpes og følges i det primære sundhedsvæsen.

DPS støtter udviklingen af sammenhængende og nære tilbud, men finder det afgørende, at ændringer i, hvor og hvordan psykiatriske patienter behandles, ledsages af de nødvendige faglige forudsætninger.

DPS anbefaler derfor, at vejledningen tydeliggør, at den lokale udmøntning af væsentlige ændringer i organisering og opgavevaretagelse skal ske under hensyntagen til:

- tilstrækkelig behandlingskapacitet og relevante sundhedsfaglige kompetencer,
- adgang til psykiatrisk specialistunderstøttelse og faglig sparring,
- entydig placering af behandlingsansvar og klare muligheder for visitation og revisitation,
- kontinuitet og sammenhæng i patientforløbet samt
- fastholdelse af faglig kvalitet og patientsikkerhed.

DPS foreslår således ikke, at nærsundhedsplanerne skal fastlægge en ny national eller regional opgavefordeling, men at de skal understøtte en fagligt forsvarlig lokal implementering, når opgavevaretagelsen ændres.

3. Relevant sundheds- og specialefaglig inddragelse bør fremgå tydeligere

Nærsundhedsplanerne kan få betydelig indflydelse på den konkrete organisering af patientforløb, samarbejdsrelationer mellem sektorer og tilrettelæggelsen af lokale sundhedstilbud. Bekendtgørelsen indeholder ikke bestemmelser om sundhedsfaglig eller specialefaglig inddragelse i udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne. DPS finder det væsentligt, at den politiske og administrative planlægning understøttes af relevant faglig ekspertise, særligt når en nærsundhedsplan indebærer væsentlige ændringer i organisering, opgavevaretagelse eller patientforløb.

DPS anbefaler derfor, at det i vejledningen tydeliggøres, at relevante sundheds- og specialefaglige miljøer bør inddrages i udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne, når planlægningen vedrører deres fagområder.

DPS finder ikke nødvendigvis, at dette bør indebære et formelt krav om høring af hvert enkelt videnskabeligt selskab i forbindelse med alle 17 nærsundhedsplaner. Det afgørende er, at der lokalt og regionalt etableres en proces, hvor relevante faglige kompetencer systematisk inddrages i væsentlige planlægningsmæssige beslutninger.

På psykiatriområdet vil dette blandt andet kunne bidrage til, at ændringer i organisering og snitflader mellem regional psykiatri, almenmedicinske tilbud og kommunale indsatser bygger på relevant psykiatrifaglig viden.

DPS håber, at ovenstående bemærkninger kan indgå i det videre arbejde med bekendtgørelsen og vejledningen.

Med venlig hilsen

Claas-Frederik Johannsen
Læge

På vegne af bestyrelsen
Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS)

Sundheds- og Kirkeministeriet
Sendt på mail til: sum@sum.dk med kopi til: jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

Dato: 16. september 2026

DGI's høringssvar vedr. "Udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan", sagsnr. 2026-5319

DGI finder det positivt, at vejledningen lægger vægt på forebyggelse, sundhedsfremme, populationsansvar og udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

DGI savner imidlertid en forpligtende formulering om sundhedsrådenes samarbejde med et bredere udsnit af civilsamfundet end patient- og pårørendeorganisationerne; herunder særligt de frivillige folkeoplysende foreninger samt at vejledningen i højere grad afspejler den rolle, som civilsamfundet er tildelt i National sundhedsplan 2027-2030.

Styrket definition af civilsamfundet
Den nationale sundhedsplan beskriver civilsamfundet som en central medspiller i omstillingen af sundhedsvæsenet. Planen fremhæver desuden flere gange forskellige typer af aktører i civilsamfundet; herunder foreninger. Dette bør generelt videreføres i vejledningen til nærsundhedsplaner.

Styrket videreførelse af ambitionsniveauet for samspil fra national sundhedsplan til nærsundhedsplan
Det fremgår af den nationale sundhedsplan, at udviklingen og omstillingen af sundhedsvæsenet *"forudsætter et styrket og systematisk samarbejde med civilsamfundet"* (s. 13), ligesom planen beskriver, at almenmedicinske tilbud skal styrke samarbejdet med relevante aktører i civilsamfundet, og at kommunerne skal understøtte samarbejdet med relevante civilsamfundsaktører (s. 12).

Samtidig fastslår den, at populationsansvaret indebærer, at der arbejdes systematisk med folkesundhed og sundhedsfremme på tværs af alle sektorer, og at regioner og kommuner skal styrke forebyggende og sundhedsfremmende rammer og indsatser i samarbejde med andre relevante aktører (s. 15).

Endelig fremgår det, at stat, regionsråd, herunder sundhedsråd, og kommunalbestyrelser skal prioritere forebyggelse som et centralt og langsigtet indsatsområde, mens kommunernes arbejde med folkesundhed og strukturel forebyggelse skal ske i tæt samarbejde med aktører i civilsamfundet, frivillige sociale organisationer og foreninger (s. 16).

DGI bakker op om det ansvar, som den nationale sundhedsplan placerer hos aktørerne for samarbejdet med civilsamfundet. Vi finder samtidig, at nærsundhedsplanerne udgør en unik mulighed for at skabe fælles prioriteringer, sammenhæng og synergier på tværs af kommuner, region og det øvrige sundhedsvæsen.

På den baggrund finder DGI det bemærkelsesværdigt, at civilsamfundet i bred forstand i Vejledning om nærsundhedsplaner alene omtales i formuleringen: *"Det kan desuden fremgå, hvordan samarbejdet med civilsamfundet kan understøtte arbejdet med at fremme lighed i sundhed"* (afsnit 4.3, s. 7).

Denne formulering afspejler efter DGI's vurdering ikke den nationale sundhedsplans beskrivelse af et styrket og systematisk samarbejde med civilsamfundet som en forudsætning for omstillingen af sundhedsvæsenet.

Samarbejdet skal kobles til prioriteringer og investeringer
Nærsundhedsplanerne får stor betydning for de kommende investeringer i det nære sundhedsvæsen.

I vejledningens afsnit 3.3 fremgår det, at der fra 2030 er afsat **4,4 mia. kr.** til udbygning af det nære sundhedsvæsen, hvoraf **2,0 mia. kr.** målrettes investeringer i udbygning af de nære kommunale sundhedstilbud.

I vejledningens afsnit 3.4 står der at *"Nærsundhedsplanen kan sætte retning for og beskrive rammen for aftaler mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne, herunder om regional medfinansiering af kommunale indsatser via sundhedsrådets investeringsmidler."*

DGI opfordrer derfor til at tilføje en opmærksomhed på at beskrive, hvordan civilsamfundets viden, ressourcer og potentialer bliver en del af grundlaget, når relevante forebyggende og sundhedsfremmende indsatser udvikles og prioriteres på tværs af kommunerne.

Ambitionen bør være at skabe varige samarbejdsstrukturer mellem kommuner, region, almenmedicinske tilbud og civilsamfundet, herunder frivillige folkeoplysende foreninger, så sundhedsfremme og forebyggelse i højere grad kobles til de fællesskaber, hvor mennesker lever deres hverdagsliv.

Konkrete ændringsforslag

Afsnit 3.3, side 5 tilføjes:
"Nærsundhedsplanen skal beskrive, hvordan relevante civilsamfundsaktørers, herunder frivillige folkeoplysende foreningers, viden, ressourcer og fællesskaber indgår i udviklingen og prioriteringen af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, der understøttes af sundhedsrådets investeringer."

Begrundelse: Når nærsundhedsplanen kan danne grundlag for udmøntning af investeringsmidler, bør civilsamfundets viden og potentialer indgå i udviklingen og prioriteringen af de indsatser, der skal styrke forebyggelse og sundhedsfremme på tværs af kommunerne.

Afsnit 3.4, side 6 tilføjes:
"Nærsundhedsplanen skal beskrive, hvordan samarbejdet med civilsamfundet, herunder frivillige folkeoplysende foreninger, bidrager til forebyggende og sundhedsfremmende indsatser samt til fælles prioriteringer på tværs af kommunerne i sundhedsrådets geografiske område."

Begrundelse: Nærsundhedsplanerne kan sætte retning for samarbejdsaftaler og investeringer. Derfor bør samarbejdet med civilsamfundet også indgå, når den fælles retning for forebyggelse og sundhedsfremme udvikles på tværs af kommuner og region.

Afsnit 4.3, side 7 tilføjes:
"Det kan desuden fremgå, hvordan samarbejdet med civilsamfundet kan understøtte arbejdet med at fremme lighed i sundhed."
Suppleres af: "Nærsundhedsplanen skal beskrive, hvordan et styrket og systematisk samarbejde med civilsamfundet, herunder frivillige folkeoplysende foreninger, understøtter arbejdet med forebyggelse, sundhedsfremme og lighed i sundhed."

Begrundelse: Ændringen omsætter formuleringen på side 13 i National sundhedsplan 2027-2030 om et "styrket og systematisk samarbejde med civilsamfundet" til et konkret ansvar i nærsundhedsplanerne og sikrer, at samarbejdet tænkes ind i de fælles prioriteringer på tværs af kommuner og region.

Afsnit 4.6, s. 13 suppleres desuden med:
”Nærsundhedsplanen skal beskrive, hvordan organiseringen understøtter et ligeværdigt og langsigtet samarbejde med relevante civilsamfundsaktører; herunder også frivillige folkeoplysende foreninger og skaber sammenhæng mellem lokale samarbejder og fælles prioriteringer på tværs af sundhedsrådets geografi.”

Begrundelse: Ændringen løfter civilsamfundet fra en mulig aktør i enkeltstående indsatser til en del af den organisatoriske ramme for sundhedsrådets arbejde. Samtidig fastholdes den lokale fleksibilitet, da vejledningen ikke stiller krav om bestemte organisations- eller ledelsesmodeller.

På vegne af DGI

Venlig hilsen

Jeannette Juul Bossen
Chefkonsulent for Senior og Sundhed, Kommune og Partnerskaber

Foreninger og Lokalsamfund
Havneparken 14A | 7100 Vejle
Mobil 23 10 57 17
jeannette.juul.bossen@dgi.dk | dgi.dk
Privatlivspolitik i DGI

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

16/09/26

Høringssvar til Sundhedsstyrelsens vejledning til nærsundhedsplan

Danske Bioanalytikere ønsker at bidrage med et høringssvar til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan med fokus på diagnostik som en vigtig del af omstillingen og udbygningen af det nære sundhedsvæsen.

Danske Bioanalytikere er generelt positive over for vejledningens fokus på, hvordan sygehusene skal have en mere udadvendt rolle og understøtte det øvrige sundhedsvæsen. Vi er særligt glade for, at det under afsnittet om "Udadvendte sygehuse" fremgår, at sygehusene blandt andet skal kunne stille "diagnostiske muligheder og udstyr" til rådighed for aktører i det primære sundhedsvæsen.

Forslag til tilføjelser

- Danske Bioanalytikere foreslår, at det i afsnit 4.3 under punktet *"Sygehuse, herunder sygehusenes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen"* præciseres, at det er sygehuslaboratorier, som skal understøtte at diagnostiske muligheder og udstyr er til rådighed for aktører i det primære sundhedsvæsen.

- Vi foreslår samtidig, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning af sundhedsrådene om nærsundhedsplanerne har særligt fokus på, om dette er tænkt ind i planerne.

Når flere opgaver og mere behandling fremover skal foregå tættere på borgerne og i borgerens eget hjem, følger et behov for at kunne understøtte disse indsatser med relevant diagnostik. Det gælder eksempelvis adgang til diagnostiske undersøgelser tæt på borgeren, men også rådgivning, kvalitetssikring og udvikling af diagnostiske løsninger i det primære sundhedsvæsen og i de nære regionale sundhedsindsatser.

Sygehuslaboratorierne har allerede betydelig erfaring med at understøtte diagnostik uden for sygehusene. En kortlægning foretaget af Danske Bioanalytikere i 2026 viser, at 49 pct. af prøverne på sygehuslaboratorier udføres for primærsektoren[1]. Det illustrerer, at sygehuslaboratorierne allerede spiller en væsentlig rolle i at understøtte diagnostikken i det primære sundhedsvæsen.

[1] https://dbio.dk/nyheder/hver-anden-laboratorieproeve-starter-primaersektoren-flere-er-paa-vej

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

Sygehuslaboratorierne råder samtidig over specialiserede kompetencer og erfaring med både diagnostiske metoder, udstyr og kvalitetssikring. Derfor er det oplagt, at sygehuslaboratorierne tænkes aktivt ind, når sundhedsrådene planlægger, hvordan diagnostiske løsninger skal understøtte et mere nært sundhedsvæsen.

Det bør blandt andet overvejes, hvordan sygehuslaboratorierne kan bidrage til, at diagnostiske undersøgelser kan udføres tættere på borgeren, og hvordan laboratoriefaglige kompetencer kan understøtte kvaliteten, når diagnostik flyttes ud af sygehusene. Det vil være relevant både i relation til almenmedicinske tilbud, kommunale sundhedsindsatser, nære regionale tilbud og behandling i borgerens eget hjem.

Danske Bioanalytikere foreslår derfor, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning af sundhedsrådene om nærsundhedsplanerne har særligt fokus på, at sundhedsrådene beskriver, hvordan sygehuslaboratorierne kan understøtte diagnostiske løsninger i det nære sundhedsvæsen, herunder i forbindelse med udadvendte sygehusfunktioner og hjemmebehandling.

En sådan præcisering vil efter vores vurdering understøtte vejledningens intention om, at sygehusene skal have en mere udadvendt rolle og bidrage til, at flere sundhedsindsatser kan foregå tæt på borgerne.

Vi uddyber meget gerne vores høringssvar.

Venlig hilsen

Martina Jürs
Forkvinde, Danske Bioanalytikere

Sundheds- og Kirkeministeriet

E-mail: sum@sum.dk
cc. jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

Dato: 16. september 2026

SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed

Blekinge Boulevard 2, 2630 Taastrup

Tlf.: 35 24 07 50
landsforeningen@sind.dk
CVR: 27119719

www.sind.dk

Protektor for SIND: Hendes Majestæt Dronningen

Høringssvar til udkast til bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplaner.

SIND takker for muligheden for at kommentere på udkast til udmøntning af lovgivning om nærsundhedsplaner. Vi har følgende kommentarer.

Styringsperspektiv
Dette udkast vil give mere system, styring og behov for ledelse og data, og færre ressourcer til udvikling og behandling. Det er svært at forstille sig, at borgere, politikere og det sundhedsfaglige personale vil få bedre mulighed for og ressourcer til at udvikle og drive et nært, velfungerende sundhedsvæsen.

Det bærer præg af en *top-down* plan, som definerer hvad, hvordan og hvilke tilbud som vil virke. I stedet anbefaler SIND en mere enkelt formuleret plan, ud fra en *bottom-up* tilgang med fokus på at udbrede og skalere det patienterne og pårørende udtrykker behov for og ønsker til, og som fagpersoner har dokumenteret virker i praksis.

Det fordrer, at system, styring og ledelse underordnes som sekundært og afledt af primære lokale erfaringsbaserede behov, ønsker og indsatser,

Patient- og pårørende-perspektiver
Patienter og pårørende er kun nævnt indledningsvis, herefter er fokus udelukkende på system, ledelse og styring. Og kun perifert og som objekter for nærsundhedsplanerne, ikke som aktører med en aktiv og styrende rolle i det nye sundhedsvæsen som sundhedsreformen har som mål.

Plan for omstilling til Nærsundhed uden samskabelse med Civilsamfundet
PPU er kun nævnt som rådgivende til Sundhedsråd. Der er overhovedet ikke nævnt direkte involvering og samarbejde til udvikling, udformning og drift i samarbejde med civilsamfundsorganisationerne.

Hvis civilsamfundet på denne måde tilsidesættes, er det svært at forestille sig andet end, at det bliver lokal sundhed afkoblet fra det lokale. Igen, at nærsundhedsplaner er noget det offentlige sundhedsvæsen gør ved nogle borgere.

Nærsundhedsplaner, hvor de borgerne, som skal bruge dem, ikke er direkte involverede, er vel hverken nære eller særligt sunde som samfundstilbud.

På vegne af SIND,

Erik Mønsted Pedersen
Næstformand

SUNDHED DANMARK
Foreningen af danske sundhedsvirksomheder

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
sum@sum.dk, cc: jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

Den 16.09.2026

Sundhed Danmarks høringssvar over udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan (sagsnr. 2026-5319)

Sundhed Danmark har modtaget udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt udkast til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan i høring. Sundhed Danmark takker for høringsmuligheden.

Sundhed Danmark er brancheforeningen for de danske private sundhedsvirksomheder, herunder privathospitaler og -klinikker samt private fysioterapivirksomheder under praksisoverenskomsten. Vores medlemmer leverer udredning, behandling, genoptræning, specialiseret rehabilitering og forebyggelse til borgere og patienter – for det offentlige sundhedsvæsen, under de offentlige overenskomster, for forsikrings- og pensionsselskaber samt for selvbetalende patienter. Sundhed Danmark – Fysioterapi organiserer klinikejere med ydernummer under praksisoverenskomsten på fysioterapiområdet og repræsenterer i dag over 50 % af kapaciteterne. Vores medlemmer er dermed en integreret del af både det primære og det sekundære sundhedsvæsen inden for de enkelte sundhedsråds geografiske områder.

Generelle bemærkninger

Sundhed Danmark støtter ambitionen bag nærsundhedsplanerne. Et stærkere primært sundhedsvæsen, færrest mulige skift i behandlingsansvaret og en planlægning, der tager afsæt i befolkningens samlede behov, er mål, vi deler. Vi kvitterer også for, at vejledningen lægger op til en bred inddragelse af aktører på tværs af sektorer, og for at planlægningen skal hvile på et velunderbygget datagrundlag.

Vores overordnede bemærkning angår sammenhængen mellem vejledningens egen begrebsafklaring og vejledningens planlægningskapitler. Det fremgår af begrebslisten (s. 16), at det primære sundhedsvæsen består af indsatser på tværs af kommuner, almenmedicinske tilbud og privatpraktiserende sundhedsprofessionelle mv. Den forståelse afspejles imidlertid kun i begrænset omfang i kapitel 3 og 4, hvor de aktører, der skal indgå i den lokale planlægning og i samarbejdet, gennemgående beskrives som regionens egne tilbud, de almenmedicinske tilbud og kommunerne. Private sygehuse og klinikker, som regionerne har aftaler med, nævnes ikke, og de privatpraktiserende på det øvrige praksisområde optræder alene som en opregning af faggrupper, ikke som aktører i planlægningen.

Det har efter Sundhed Danmarks opfattelse tre konsekvenser, som vi uddyber nedenfor: For det første risikerer nærsundhedsplanerne at blive udarbejdet på et ufuldstændigt billede af den kapacitet, der faktisk findes lokalt. For det andet er der ingen forpligtelse til at inddrage de leverandører, der skal levere en del af indsatserne, hvilket indebærer en risiko for, at private sundhedsaktører anerkendes som en del af det samlede sundhedsvæsen i de overordnede

beskrivelser, men ikke indgår systematisk i den konkrete planlægning af kapacitet og samarbejde. For det tredje kan planlægningen, utilsigtet, komme til at favorisere opbygning af ny offentlig og kommunal kapacitet frem for anvendelse af eksisterende kapacitet, også hvor det sidste ville give borgerne hurtigere adgang til behandling.

Specifikke bemærkninger

1. Den samlede kapacitet bør defineres som både offentlig og privat kapacitet

Det fremgår af vejledningens afsnit 2.3, at nærsundhedsplanen skal medvirke til, at den samlede kapacitet inden for sundhedsrådets geografiske område anvendes fleksibelt og effektivt. Begrebet »den samlede kapacitet« defineres ikke.

Sundhed Danmark anbefaler, at det præciseres i vejledningen, at den samlede kapacitet omfatter både regionens egen kapacitet, kommunal kapacitet og den private kapacitet, som er tilgængelig i området – herunder specialiseret rehabilitering, privathospitaler og -klinikker med aftale med regionen samt privatpraktiserende på praksisområdet (fx fysioterapeuter under praksisoverenskomsten). Det vil også underbygge vejledningens afsnit 2.2, hvorefter opgaver, kompetencer og ressourcer gradvist skal flyttes derhen, hvor de skaber størst sundhedsmæssig værdi for borgerne. En vurdering af, hvor værdien er størst, forudsætter, at samtlige relevante tilbud indgår i vurderingen.

2. Sygehusbegrebet i bekendtgørelsens § 1, stk. 4, nr. 3 bør præciseres

Bekendtgørelsens § 1, stk. 4, nr. 3 anvender det neutrale begreb »sygehuse«. Vejledningens afsnit om styrkelse af det almenmedicinske tilbud (nederst s. 9) taler dog om »regionens sygehuse«.

Sundhed Danmark anbefaler, at vejledningen præciserer, at beskrivelsen af den lokale planlægning på sygehusområdet også omfatter den behandlingskapacitet, der leveres af private sygehuse og klinikker efter aftale med regionen. Uden dette vil beskrivelsen af den lokale kapacitet ikke være retvisende, og sundhedsrådene vil planlægge ud fra et ufuldstændigt grundlag.

3. Det øvrige praksisområde: inddrag branche- og arbejdsgiverorganisationerne i den lokale planlægning

Vejledningens afsnit om det øvrige praksisområde (s. 10) omfatter bl.a. fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og fodterapeuter. Det er positivt, at området indgår som et selvstændigt planlægningsområde. Vi bemærker dog, at der ikke er anvist nogen fremgangsmåde for, hvordan de pågældende tilbud inddrages i planlægningen af deres eget område.

Sundhed Danmark – Fysioterapi bidrager gerne til den lokale planlægning, og vi anbefaler, at vejledningen henviser til, at sundhedsrådet kan inddrage de relevante branche- og arbejdsgiverorganisationer på praksisområdet, når planlægningen vedrører disse tilbud.

Der findes allerede eksempler på, at fysioterapiklinikker indgår i tværgående, samarbejder tæt på borgeren. Et medlem har f.eks. beskrevet et samarbejde med en privat plejeleverandør, hvor

klinikken bidrager med fysioterapeutiske vurderinger og træningsplaner til borgere i eget hjem. Eksemplet illustrerer, at praksisområdet kan spille en aktiv rolle i udviklingen af nære sundhedstilbud, og understreger behovet for, at de relevante aktører inddrages i planlægningen.

4. Samarbejdet mellem almenmedicinske tilbud og det øvrige praksisområde bør konkretiseres

Vejledningen lægger op til at styrke det tværsektorielle samarbejde med de almenmedicinske tilbud, herunder klinikkernes bidrag til sammenhængende patientforløb i samarbejde med kommunale sundhedstilbud, nære regionale indsatser, øvrig praksissektor og sygehuse (s. 8).

Sundhed Danmark anbefaler, at samarbejdet mellem de almenmedicinske tilbud og det øvrige praksisområde konkretiseres i vejledningen. På fysioterapiområdet er der et betydeligt potentiale i et tættere samarbejde om bl.a. borgere med muskuloskeletale lidelser, kronisk sygdom og genoptræningsbehov, men også borgere med f.eks. Alzheimer, hjertesygdom og mistrivsel hvor klinikkerne kan aflaste både almen praksis og sygehusene. Det kan fx være gennem direkte adgang til fysioterapi i flere regioner.

5. Aftaler mellem region og kommuner bør ikke foregribe anvendelsen af eksisterende kapacitet

Det fremgår af vejledningens afsnit 3.1, at sundhedsrådene skal drøfte og udpege relevante samarbejdsområder mellem regionen og kommunerne, som kan danne grundlag for efterfølgende konkrete aftaler mellem region og én eller flere kommuner, og af afsnit 3.3 og 3.4, at investeringsmidlerne til udbygning af de nære sundhedstilbud udmøntes gennem aftaler med kommunerne.

Sundhed Danmark anbefaler, at det fremgår af vejledningen, at sundhedsrådet som led i planlægningen forholder sig til, om behovet kan dækkes af eksisterende kapacitet – offentlig, kommunal eller privat – før der planlægges opbygning af ny kapacitet. Vi bemærker i den forbindelse, at aftaler mellem region og kommuner om leverance af sundhedsydelser kan rejse udbudsretlige spørgsmål, som bør afklares, inden aftalerne indgås.

Der findes allerede gode eksempler på velfungerende samarbejder mellem kommuner og private fysioterapiklinikker, med flerårig rammeaftale om genoptræning, hvor kommunen og klinikken i tæt dialog tilrettelægger indsatsen for en del af kommunens genoptræningspatienter. Erfaringen er, at ordningen giver fleksibilitet for kommunen, nærhed for borgerne og mulighed for at anvende eksisterende kapacitet. Efter Sundhed Danmarks opfattelse illustrerer det værdien af, at eksisterende kapacitet indgår som en naturlig del af planlægningsgrundlaget.

6. Der bør sikres inddragelse af de aktører, der leverer indsatserne

Sundhedsrådet skal efter vejledningen inddrage patient- og pårørendeudvalget i udarbejdelsen af nærsundhedsplanen, og samarbejdet med civilsamfundet kan indgå, jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 5. Der er derimod ingen tilsvarende bestemmelse om inddragelse af de aktører, der leverer sundhedsydelserne.

Sundhed Danmark anbefaler, at bekendtgørelsen eller vejledningen fastsætter, at sundhedsrådet inddrager relevante leverandører og deres organisationer forud for vedtagelsen

af nærsundhedsplanen. Vi bemærker i den forbindelse, at vejledningens afsnit 4.6 om relevante ledelses- og samarbejdsfora nævner »øvrige relevante aktører«. Det bør præciseres, at private leverandører og praksisområdet er omfattet heraf.

7. Forløb på tværs af psykiatri og somatik

Vejledningens afsnit om forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik (s. 10-11), beskriver den nære indsats som noget, der leveres gennem den regionale psykiatri, de almenmedicinske tilbud og kommunale indsatser.

Private leverandører varetager i dag en del af udrednings- og behandlingskapaciteten på psykiatriområdet, bl.a. gennem aftaler med regionerne. Ligesom flere private aktører ville have kompetencerne til at varetage forløb på tværs af psykiatrien og somatikken. Sundhed Danmark anbefaler, at vejledningen præciserer, at private leverandører kan indgå som kapacitet i disse forløb, så den lokale planlægning afspejler den kapacitet, der faktisk anvendes.

8. Populationsansvar er et planlægningsprincip – ikke et krav om egenproduktion

Vejledningen definerer populationsansvar som et planlægningsprincip og anfører udtrykkeligt, at det ikke indebærer et selvstændigt myndighedsansvar for sundhedsrådet. Det er efter vores opfattelse en hensigtsmæssig afgrænsning.

For at undgå fortolkningstvivl i den lokale anvendelse anbefaler Sundhed Danmark, at det tilsvarende fremgår, at populationsansvaret er neutralt i forhold til, hvem der leverer den enkelte indsats. Ansvaret for en befolkningsgruppe forudsætter ikke, at indsatserne leveres i eget regi.

Afsluttende bemærkninger

Sundhed Danmark støtter formålet med nærsundhedsplanerne og bidrager gerne til, at planerne bliver et redskab, der samler den kapacitet, borgerne har adgang til lokalt.

Sundhed Danmark står naturligvis til rådighed for en uddybning af ovenstående bemærkninger.

Med venlig hilsen

Lars Oxlund Christoffersen
Branchedirektør, Sundhed Danmark

18.08.2026

Høringssvar LAP: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

LAP Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

- Overordnet mener LAP, at det er positivt, at der med nærsundhedsplanerne bliver lagt op til et sundhedsvæsen, hvor der skal være mere sammenhæng mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet, og hvor behandling i højere grad skal foregå tættere på borgerens hverdag.
- For LAP er det helt afgørende, at mennesker med psykiske lidelser ikke bliver glemt i denne omstilling.
- Det fremgår af udkastet, at nærsundhedsplanen skal omfatte forløb, hvor der indgår både psykiatri og somatisk. Der lægges også op til sammenhængende forløb og samarbejde mellem region, kommuner, almen praksis og øvrige aktører. Det er efter LAP's opfattelse en vigtig del af den kommende omstilling.

Psykiatri og somatisk skal reelt ligestilles

LAP ser positivt på, at vejledningen flere steder beskriver psykiatri og somatisk som områder, der skal hænge sammen.

- I praksis oplever mange mennesker med psykiske lidelser dog stadig, at psykiatri og somatisk er to forskellige verdener. Det kan betyde, at fysiske problemer ikke bliver opdaget eller behandlet, fordi fokus primært er på den psykiske lidelse. Omvendt kan mennesker med psykiske problemer opleve, at deres psykiske tilstand ikke bliver taget tilstrækkeligt alvorligt, når de behandles for fysisk sygdom.
- Derfor mener LAP, at det bør stå endnu tydeligere i vejledningen, at nærsundhedsplanerne skal sikre en konkret sammenhæng mellem psykiatri og somatisk.
- Det bør ikke være nok at skrive, at områderne skal samarbejde. Der skal også være fokus på, hvordan samarbejdet faktisk skal fungere for den enkelte borger.
- Det gælder eksempelvis ved udskrivelse fra psykiatrien, ved overgange mellem hospital og kommune, ved kontakt til egen læge og når en person samtidig har psykiske og fysiske sygdomme.
- Vejledningen peger selv på behovet for helhedsorienterede løsninger for mennesker med både psykiske og somatiske lidelser.
- Det bør efter LAP's mening være et konkret mål i nærsundhedsplanerne og ikke kun en hensigtserklæring.

Mennesket skal være mere end en diagnose

- LAP mener også, at der skal være større fokus på den enkelte borgers egne erfaringer og ønsker.
- Et sundhedsvæsen kan godt være sammenhængende på papiret uden at opleves sådan af den person, der skal leve med det.
- Når man har psykiske problemer, kan det være svært at overskue mange forskellige behandlere, afdelinger, kommunale tilbud, beskæftigelsessystem og egen læge. Hvis ingen har ansvar for at skabe sammenhæng, bliver det i sidste ende borgeren selv, der skal få systemet til at hænge sammen.
- Det er netop her, vi mener, at nærsundhedsplanerne kan gøre en reel forskel.
- Der bør derfor være konkrete mål for, om borgerne faktisk oplever bedre sammenhæng, og ikke kun mål for hvor mange tilbud der er oprettet, eller hvor mange patienter der er behandlet.
- Vejledningen lægger allerede op til, at målene skal omsættes til lokale indikatorer. LAP mener, at borgernes egne erfaringer bør indgå som en vigtig del af dette datagrundlag.

Brugerinddragelse er ikke det samme som brugerindflydelse

- LAP mener, at der er stor forskel på brugerinddragelse og brugerindflydelse.
- Det er positivt, at udkastet lægger op til, at patienter, pårørende og patientorganisationer skal inddrages i arbejdet med nærsundhedsplanerne. Men det er ikke nok, at brugerne bliver hørt.
- Hvis brugerinddragelsen skal have værdi, skal brugernes erfaringer også have reel betydning for de beslutninger, der bliver truffet.

LANDSFORENINGEN AF
NUVÆRENDE OG TIDLIGERE
PSYKIATRIBRUGERE

Store Glasvej 49 · 5000 Odense C
Telefon +45 6619 4511 · lap@lap.dk · www.lap.dk
Sekretariatets telefontid: mandag-torsdag kl. 10.00-14.00

- For LAP handler brugerindflydelse derfor om mere end at blive inviteret til et møde eller få mulighed for at afgive et høringssvar. Det handler om, at mennesker med egne erfaringer fra psykiatrien får mulighed for at påvirke både problemstillinger, prioriteringer, løsninger og den måde, der efterfølgende følges op på.
- Man skal ikke bare spørge brugerne, hvad de mener, hvis beslutningen allerede er truffet.
- LAP mener derfor, at brugerorganisationer skal inddrages tidligt i processen og have en reel mulighed for at påvirke nærsundhedsplanernes indhold. Det gælder både, når problemer og behov skal identificeres, når mål og løsninger fastlægges, og når der efterfølgende følges op på, om indsatsen virker.
- Det er vigtigt, at brugerindflydelsen ikke alene bliver noget, der står på papiret. Den skal kunne ses i de beslutninger, der bliver truffet.
- For mennesker, der har erfaring med psykiatrien, er det netop vigtigt, at deres erfaringer bliver betragtet som en viden, der kan være med til at udvikle sundhedsvæsenet – og ikke kun som noget, systemet skal høre om.

LAP mener derfor, at brugerinddragelse skal føre til reel brugerindflydelse.

- Vejledningen beskriver allerede, at sundhedsrådet skal inddrage patient- og pårørendeudvalget, og at patienters og pårørendes perspektiver og erfaringer skal indgå i udviklingen af mere sammenhængende forløb. LAP mener, at dette bør udbygges, så det bliver tydeligt, hvordan den reelle brugerindflydelse sikres.
- Sårbare borgere må ikke blive tabt i omstillingen
- Vi er bekymrede for, at en omlægning til mere behandling tæt på borgeren kan få forskellige konsekvenser for forskellige grupper.
- For nogle vil det være en stor fordel. For andre kan det være svært at bruge nye tilbud, hvis man eksempelvis har alvorlig psykisk sygdom, kognitive vanskeligheder, flere samtidige sygdomme eller har svært ved at navigere i systemet.
- Derfor skal "nærhed" ikke kun forstås som geografisk nærhed.

Et tilbud er ikke nødvendigvis nært, bare fordi det ligger tæt på borgerens hjem.

- Det skal også være tilgængeligt, forståeligt og muligt at bruge.Vejledningen har allerede fokus på sårbare og udsatte borgere og på at reducere ulighed i sundhed.
- LAP mener, at dette bør være et gennemgående princip i nærsundhedsplanerne.
- Overgange er et af de steder, hvor mennesker falder mellem to stole
- LAP vil især pege på overgange mellem psykiatrien, somatikken, egen læge og kommunen.
- Det er ofte her, problemerne opstår.Når ansvaret flytter fra én del af systemet til en anden, kan vigtig information gå tabt. Borgeren kan også opleve, at de selv skal fortælle den samme historie igen og igen.
- Derfor bør nærsundhedsplanerne have konkrete mål for, hvordan man reducerer antallet af unødvendige overgange og sikrer, at ansvaret ikke bare flyttes rundt.
- Det er positivt, at vejledningen netop peger på færre skift i behandlingsansvar og mere sammenhængende forløb.
- LAP mener, at dette skal kunne mærkes i praksis af borgeren.

Civilsamfundet skal ikke kun nævnes

- Bekendtgørelsen giver mulighed for, at nærsundhedsplanen også kan beskrive samarbejde med civilsamfundet.
- LAP mener, at civilsamfundet kan spille en langt større rolle, end der lægges op til i udkastet.
- For mennesker med psykiske lidelser kan fællesskaber og tilbud i civilsamfundet være med til at forebygge isolation, støtte recovery og skabe en vej tilbage til et almindeligt hverdagsliv.
- Det kan være svært for systemet alene at skabe de fællesskaber, som mange mennesker har brug for.
- Derfor bør nærsundhedsplanerne beskrive, hvordan regioner og kommuner kan samarbejde med relevante bruger- og patientorganisationer og andre civilsamfundsaktører.

Data må ikke stå alene

- LAP er positiv over for, at der lægges vægt på data og lokale behov.
  Men vi vil samtidig understrege, at data ikke fortæller hele historien.
- Hvis man kun ser på indlæggelser, genindlæggelser, ventetider, antal kontakter eller andre registerdata, kan man ikke nødvendigvis se, om et menneske oplever at få den hjælp, der er brug for.

LANDSFORENINGEN AF
NUVÆRENDE OG TIDLIGERE
PSYKIATRIBRUGERE

Store Glasvej 49 · 5000 Odense C
Telefon +45 6619 4511 · lap@lap.dk · www.lap.dk
Sekretariatets telefontid: mandag-torsdag kl. 10.00-14.00

- Derfor bør borgernes egne erfaringer indgå i evalueringen af nærsundhedsplanerne.
- Det bør blandt andet være muligt at følge udviklingen i, om mennesker oplever sammenhæng, om de ved hvem de skal kontakte, om de oplever at blive hørt, og om de oplever, at psykiatri og somatisk hænger sammen.

Vigtigt at følge op

- Bekendtgørelsen lægger op til, at regionsrådet skal følge op på fremdriften og realiseringen af målene i nærsundhedsplanen.
- LAP mener, at denne opfølgning skal være åben og gennemsigtig.
- Det bør være muligt for patienter, pårørende og brugerorganisationer at følge med i, om målene faktisk bliver nået.
- Hvis en nærsundhedsplan eksempelvis har et mål om bedre sammenhæng mellem psykiatri og somatisk, bør man efterfølgende kunne se, hvad der konkret er gjort, og om borgerne oplever en forbedring.

LAP's samlede anbefalinger

LAP anbefaler derfor:

- at psykiatri og somatisk behandles som ligeværdige dele af det samlede sundhedsvæsen
- at der opstilles konkrete mål for sammenhængende forløb for mennesker med psykiske og somatiske lidelser
- at bruger- og patientperspektivet inddrages tidligt og løbende i arbejdet med nærsundhedsplanerne
- at brugerinddragelse ikke står alene, men fører til reel brugerindflydelse på beslutningerne
- at brugerorganisationer og civilsamfund tænkes ind som reelle samarbejdspartnere
- at "nærhed" også forstås som tilgængelighed og mulighed for at bruge tilbuddene – ikke kun geografisk afstand
- at der er særligt fokus på mennesker med alvorlig psykisk sygdom og andre borgere, som har svært ved at navigere i sundhedsvæsenet
- at borgernes egne erfaringer indgår i de lokale mål og indikatorer
- at der følges konkret op på, om borgerne oplever bedre sammenhæng og kvalitet
- at der sikres sammenhæng mellem psykiatri, somatisk, almen praksis og kommunale indsatser.
- LAP ser positivt på intentionen om et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Men det er afgørende, at omstillingen ikke alene bliver en organisatorisk ændring.

Den skal kunne mærkes af de mennesker, som bruger sundhedsvæsenet.

For mennesker med psykiske lidelser er sammenhæng ikke bare et spørgsmål om systemer og organisering. Det handler om at blive mødt som et helt menneske og om ikke at blive sendt rundt mellem forskellige dele af systemet uden nogen, der har blik for det samlede forløb.

Og det handler om, at de mennesker, der har erfaringerne, ikke bare bliver hørt, men også får reel mulighed for at få indflydelse på de løsninger, der bliver valgt.

Det bør være et helt centralt mål med nærsundhedsplanerne.

Med venlig hilsen

På vegne af LAP

Anette Pedersen
LL- medlem

LANDSFORENINGEN AF
NUVÆRENDE OG TIDLIGERE
PSYKIATRIBRUGERE

Store Glasvej 49 · 5000 Odense C
Telefon +45 6619 4511 · lap@lap.dk · www.lap.dk
Sekretariatets telefontid: mandag-torsdag kl. 10.00-14.00

Til Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København

København, den 16. september 2026

Høringssvar om nærsundhedsplan

Vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og vejledning om nærsundhedsplan

Jordemoderforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi forholder os overordnet positivt til bekendtgørelsen og til ambitionen om et nært sundhedsvæsen med sammenhængende forløb og færrest mulige overgange. Vores bemærkninger retter sig navnlig mod vejledningen, som efter vores vurdering bør beskrive tydeligere, hvordan alle relevante sundhedsfaglige kompetencer bringes i spil.

Kort resumé

Jordemoderforeningen støtter, at nærsundhedsplanerne skal omsætte den nationale og regionale planlægning til lokale løsninger, der styrker nærhed, kontinuitet og lighed i sundhed. Det er også positivt, at vejledningen fremhæver forebyggelse, tidlig indsats, populationsansvar og færrest mulige skift i behandlingsansvar.
Vejledningen kunne imidlertid styrkes af et fokus på bredere og bedre udnyttelse af forskellige sundhedsfaglige kompetencer, der kan løfte opgaver i det nære sundhedsvæsen. Eksempelvis er jordemødre bredt uddannede inden for reproduktiv sundhed og kan – ud over at varetage opgaver inden for blandt andet graviditet, fødsel og barsel i regionalt regi – også varetage opgaver indenfor seksuel sundhed, fertilitet, gynækologi, forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig opsporing. Et fokus, der vil være med til at sikre sundhed både i det primære og i det sekundære sundhdsvæsen.
Jordemoderforeningen anbefaler samlet, at vejledningen:

- *gør kompetence- og kapacitetsplanlægning til et tydeligt krav på tværs af sektorer og faggrupper*
- *supplerer de lokale indikatorer med mål for kontinuitet, geografisk adgang og brug af relevante kompetencer.*

Bemærkninger til bekendtgørelsen

Jordemoderforeningen kan overordnet støtte bekendtgørelsens ramme. Det er positivt, at § 1 præciserer sundhedsvæsenets forskellige aktører, omfattende det almenmedicinske tilbud, nære regionale indsatser, sygehuse, øvrig praksis samt forløb på tværs af psykiatri og somatik med et fælles mål for øje. Det er ligeledes positivt, at §§ 2 og 3 forpligter planlægningen til at beskrive regionalt samarbejde

med kommunale tilbud og forebyggende indsatser. Bestemmelserne giver mulighed for lokale løsninger, som kan samle opgaver omkring borgeren og reducere unødige overgange.
Den brede ramme får dog kun værdi, hvis vejledningen sikrer, at planerne omfatter alle befolkningsgrupper, sundhedsopgaver og faglige ressourcer i det nære sundhedsvæsen. Bekendtgørelsens § 1, stk. 3, om mål for omstilling og udbygning bør derfor udmøntes, så sundhedsrådene ikke alene beskriver organisatoriske strukturer, men også den nødvendige arbejdskraft, kompetencesammensætning og opgavefordeling.

Bemærkninger til vejledningen

Kompetencer og ressourcer skal planlægges samlet

Vejledningens afsnit 2.2 beskriver, at opgaver, kompetencer og ressourcer skal flyttes derhen, hvor de skaber størst sundhedsmæssig værdi. Ambitionen genfindes ikke tilstrækkeligt konkret i afsnit 4 om nærsundhedsplanens indhold. Her beskrives kapacitet især gennem eksisterende organisatoriske søjler og med lægedækning som et centralt omdrejningspunkt.
Omstillingen kan ikke gennemføres ved alene at flytte opgaver mellem kendte enheder. Sundhedsrådene bør forventes at undersøge, hvilke autoriserede sundhedspersoners kompetencer, der kan matche opgaven, og hvordan faggrupper kan arbejde mere selvstændigt inden for deres kompetenceområde. Det kan både frigøre knappe lægeressourcer og sikre, at borgeren møder den rette faglighed første gang.

Reproduktiv sundhed skal være en del af populationsansvaret

Vejledningen anvender et bredt populationsbegreb, men reproduktiv sundhed er næsten fraværende i den konkrete beskrivelse af målgrupper og indsatser, fraset en ganske kort sentens om grupper med særligt behov for tværgående forløb i afsnit 4.4. Graviditet, fødsel og familiedannelse berører en stor del af befolkningen og er ofte familiens første omfattende møde med sundhedsvæsenet. Derudover er antikonception, fertilitet og kvindesundhed områder, der ligeledes indbefatter en stor del af befolkningen. Disse områder rummer samtidig væsentlige muligheder for forebyggelse, tidlig opsporing og reduktion af social ulighed.
Jordemødres uddannelse omfatter hele det reproduktive område og bygger blandt andet på viden om fysiologi og sygdomslære, gynækologi, fertilitet, neonatologi, psykologi og psykiatri. Derfor kan jordemødre bidrage bredt, også uden for fødeafdelingerne.

Jordemødre bør indgå i almenmedicinske tilbud og øvrig praksis

Afsnit 4.3 beskriver almenmedicinske tilbud og oplister en række faggrupper under det øvrige praksisområde, men nævner ikke jordemødre. Det kan utilsigtet fastholde en snæver opgavefordeling og betyde, at en relevant faggruppe overses i lokale analyser og samarbejdsaftaler.

Jordemødre arbejder allerede i almen praksis og speciallægepraksis med opgaver inden for blandt andet svangreomsorg, gynækologi, fertilitet og sundhedsfremme. De kan derfor fx bidrage til første graviditetskonsultation, opfølgning efter fødsel, rådgivning om prævention og fertilitet samt tidlig opsporing og relevant visitation. En bredere anvendelse kan styrke kvalitet og kontinuitet og aflaste almen praksis. Opgaveplaceringen skal naturligvis følges af klare ansvarsforhold og de nødvendige lovgivningsmæssige rammer.

Faglig inddragelse og relevante indikatorer

Vejledningen beskriver inddragelse af patient- og pårørendeudvalg, men fastsætter ikke en tilsvarende tydelig ramme for inddragelse af de sundhedsprofessionelle. Medarbejdernes viden om lokale patientforløb, kompetencer og kapacitetsproblemer er nødvendig, hvis planerne skal kunne gennemføres.
Afsnit 4.1 lægger samtidig op til lokale indikatorer. Det er vigtigt, at målene ikke alene måler aktivitet og færre organisatoriske overgange. De bør også belyse oplevet og faglig kontinuitet, kvalitet, adgang og ulighed.

Afsluttende bemærkninger

Nærsundhedsplanerne kan blive et vigtigt redskab til at skabe sammenhængende forløb tættere på borgerne. Det forudsætter, at omstillingen bygger på et bredt blik på sundhedsvæsenets samlede arbejdskraft og på, hvilke kompetencer der er bedst egnede til den enkelte opgave.
Det vil understøtte forebyggelse, kontinuitet og lighed og samtidig bidrage til, at knappe ressourcer anvendes hensigtsmæssigt.
Jordemoderforeningen stiller sig gerne til rådighed for en nærmere drøftelse.

Med venlig hilsen
Lis Munk
Jordemoderforeningen

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Sundheds- og Kirkeministeriet
Att. Enhed: Sundhedsstruktur

Den 16. september 2026

Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:

Høring over over udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart til ovennævnte høring og for plads i følgegruppen vedr. national sundhedsplan.

Bemærkninger til Bekendtgørelsen:

Ergoterapeutforeningen hæfter sig særligt ved:
Stk. 3. Nærsundhedsplanen skal indeholde mål for omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen på det regionale sundhedsområde, som understøtter nationale mål for sundhedsvæsenet og lokale behov.
Hertil det overordnede formål om, at nærsundhedsplanerne skal holde fokus på at skabe gode sammen hængende borgerforløb, hvor social ulighed i sundhed reduceres så meget som muligt.

I sundhedsreformen er målet, at flere opgaver flyttes fra sygehusene og ud i **det nære sundhedsvæsen**, mens **det primære sundhedsvæsen** samtidig styrkes. Vejledningen bør præcisere begreberne klart.

For ergoterapi betyder det, at rehabilitering, genoptræning, forebyggelse og indsatser i eget hjem forventes at få en endnu mere central rolle i den samlede sundhedsindsats tæt på borgeren. Men også at opgaver omlægges. Det gælder fx den basale palliation til ældre og mennesker med kroniske sygdomme som skal varetages i det nære sundhedsvæsen og inkluderes sammen med rehabiliterende indsatser.

Vi læser, at ambitionerne generelt er store og Ergoterapeutforeningen vil anbefale at Sundhedsrådene benytter nærsundhedsplanerne til at holde fokus på kvaliteten af de faglige indsatser.

Bemærkninger til Vejledningen:

Nærsundhedsplanerne skal udarbejdes indenfor rammerne af Sundhedsloven, og Ergoterapeutforeningen mener, at mål i omstillingen af indsatser mellem regioner og kommuner vil være meget væsentlige at monitorere og indhente data for i de indledende tilrettelæggelser af nærsundhedsplaner.
Den trinvise realisering skal opbygges.
Indenfor omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen mener vi, at kvalitetsstandarder må være det faglige udgangspunkt for mål i nærsundhedsplanerne.

Vi vil fremhæve følgende områder, hvor organisering og tilrettelæggelse er ny for både kommuner, regioner og almen praksis, hvorfor der med den ergoterapeutiske faglighed vil være ekstra brug for monitorering af kvalitet:

Pakkeforløb for kronikere:
At forbedre adgang til sundhedstilbud i pakkeforløb for mennesker med kroniske lidelser for netop at styrke patienternes *compliance* til forbedringer i hverdagslivet, mener vi vil være et fagligt løft til målgruppen.

Ergoterapeutforeningen er imidlertid bekymret for, at målgrupperne i pakkeforløb rent faktisk vil kunne blive stillet ringere ift. at kunne få ergoterapi end med den nuværende lovgivning, hvor mange nu henvises fra sygehuset til §140 genoptræning i kommunerne.

Når patienterne i stor udstrækning ikke skal runde sygehuset, men være i almen praksis er det bekymrende at almen praksis ikke kan udskrive genoptræningsplaner. Med omstillingen er patienterne nu henvist til patientrettet forebyggelse, hvor der kun få steder er ergoterapeuter.

Derfor vil det være helt afgørende på dette område, at nærsundhedsplanerne har fokus på at kapacitetsopbygge den patientrettede forebyggelse med øget tværfaglighed herunder ergoterapeuter.

Regionale døgnpladser:

Ergoterapeutforeningen mener, at det er væsentligt på de midlertidige pladser, at patienterne får de nødvendige rehabiliterings- og genoptræningsindsatser. Derfor er vi godt tilfredse med, at lægen fra regionen får mulighed for at udskrive en genoptræningsplan til patienter på disse enheder.

Ergoterapeutforeningen ser således frem til at rehabiliterings- og genoptræningsindsatser øges her som følge af et regionalt ansvar, hvilket vi også skrev i høringssvar af 1. juli 2025 om opgaver, der flyttes som følge af reformen.

Ift. Nærsundhedsplanerne vil vi foreslå, at kvaliteten på de kommunale døgnpladser særligt får Sundhedsrådets bevågenhed i nærsundhedsplanerne. Disse pladser bør ikke blive til ”restpladser” men også være pladser, hvor der er høj faglighed for andre målgrupper end dem, som de regionale pladser er tiltænkt. Vi kunne fx pege på, at mennesker i visse palliative forløb og mennesker med demens kunne ende som ”kastebolde” mellem såvel regionale og kommunale pladser og eget hjem, hvilket ikke medvirker til større sammenhæng i borgerforløb.

Vi anerkender også nødvendigheden af en systematisk og målrettet indsats for at reducere forbruget af antipsykotisk medicin blandt personer med demens. Det er veldokumenteret, at denne patientgruppe er særlig sårbar over for bivirkninger ved antipsykotisk behandling, og at ikke-farmakologiske tilgange ofte bør prioriteres som førstevalg. Nærsundhedsplanerne bør se på både de kommunale og de regionale døgnpladsers forbrug at anti-psykotisk medicin til mennesker med demens.

Rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau

Visse patientgrupper grupper især indenfor hjerneskadeområdet overgår med Sundhedsreformen ansvarsmæssigt fra kommunerne til regionerne. Ergoterapeutforeningen mener således, at det bør indgå i Nærsundhedsplaner at monitorere om den nye organisering af forløb forbedrer kvaliteten ift. at målgrupperne kommer til at leve det liv, som de gerne vil ift. hjem, familie og arbejde. Ergoterapeutforeningen har en opmærksomhed på, at disse genoptrænings- og rehabiliteringsforløb ofte er langvarige og det er svært at forestille sig, at borgerforløbene ikke også skal indgå i kommunale indsatser. Vi hører allerede nu bekymringer for, at pengene kan være brugt, når borgeren ikke længere er under regionalt ansvar.

Ergoterapeutforeningen ser frem til at de forskellige sundhedsråd med udgangspunkt i de forskellige lokale behov vil kunne sætte retning og målsætte forbedrede sundhedsindsatser gennem nærsundhedsplanerne og vi står gerne til disposition for dialog.

Med venlig hilsen

Mia Dahl Jensen

Mia Dahl Jensen
Forperson for Ergoterapeutforeningen

Dansk Selskab for Almen Medicin

København, den 16. september 2026

Til Sundheds- og Kirkeministeriet

Høringssvar vedr. bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplaner

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplaner.

DSAM bakker op om ambitionen om et styrket nært sundhedsvæsen og mere sammenhængende patientforløb. Nærsundhedsplanerne får stor betydning for almen praksis, idet de blandt andet skal omfatte forhold i de almenmedicinske tilbud. På den baggrund har DSAM følgende bemærkninger.

Inddragelse af almen praksis og almenmedicinsk faglighed

Det fremgår af vejledningen, at relevante lokale patient- og pårørende-organisationer skal inddrages i arbejdet med nærsundhedsplanerne. DSAM finder, at det tilsvarende bør fremgå tydeligt, at praktiserende læger og relevante almenmedicinske faglige repræsentanter inddrages i udarbejdelse og opfølgning på planerne.

Det gælder ikke mindst DSAM, når planerne vedrører den faglige udvikling af almenmedicinske tilbud. Et kvalificeret almenmedicinsk input er nødvendigt, hvis planerne skal kunne omsættes til realistiske og fagligt bæredygtige patientforløb. Der bør derfor etableres faste rammer for inddragelse af almenmedicinsk faglighed på tværs af regioner og sundhedsråd. Inddragelsen bør ske tidligt og løbende og ikke alene som høring af et allerede udarbejdet forslag. Når nærsundhedsplanerne omfatter almen praksis, bør relevante repræsentanter for almen praksis have reel mulighed for at påvirke både prioriteringer, indhold, implementering og opfølgning.

Konference frem for gensidig rådgivning

DSAM foreslår, at formuleringen ”gensidig rådgivning” erstattes af **”konference”**.

Konference beskriver mere præcist den faglige dialog mellem speciallæger om en konkret patient, hvor begge parter bidrager med deres faglige viden og perspektiv. Begrebet understøtter et ligeværdigt samarbejde med fastholdelse af den kliniske ansvarsplacering frem for en rådgivende afsender og en passiv modtagende part.

Fagligt Råd for Almen Praksis bør inddrages i Sundhedsstyrelsens opfølgning

Den vedtagne nærsundhedsplan skal indsendes til Sundhedsstyrelsen, som efterfølgende skal følge op på planerne med afsæt i den nationale sundhedsplan.

DSAM foreslår, at nærsundhedsplanerne som led i denne opfølgning forelægges Fagligt Råd for Almen Praksis til bemærkning i de dele, der vedrører almenmedicinske tilbud og grænseflader til almen praksis. Det vil bidrage til at sikre både almenmedicinsk faglighed og national sammenhæng i udviklingen.

Nærsundhedsplanerne bør ikke være et redskab til lokal opgaveflytning

Der pågår aktuelt et grundigt arbejde i Sundhedsstyrelsen med nye specialebeskrivelser, hvor samtlige specialers fremtidige opgaver beskrives. Her beskrives, hvilke opgaver der eventuelt kan varetages i andre dele af sundhedsvæsenet, blandt andet almen praksis.

Denne proces skal bidrage til at sikre, at eventuel opgaveflytning til almen praksis er fagligt forsvarlig og kan indarbejdes i opgavebeskrivelsen for de almenmedicinske tilbud. Det indebærer blandt andet, at opgaven er almenmedicinsk, at der kan skabes den nødvendige kapacitet, og at der kan udarbejdes relevante almenmedicinske vejledninger samt gennemføres relevant efteruddannelse og kvalitetssikring.

DSAM finder det afgørende, at denne proces ikke foregribes ved, at nærsundhedsplanerne anvendes til lokal opgaveflytning til almen praksis. Beslutninger om generel eller varig opgaveflytning bør træffes nationalt via revision af den nationale opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud. De brede formuleringer om omstilling, en mere aktiv rolle for almenmedicinske tilbud og om at fremme klinikkernes opgavevaretagelse skal således ikke fortolkes som adgang til lokalt at placere nye kliniske opgaver i almen praksis, men forstås inden for rammerne af den eksisterende opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud.

Dette bør ikke være til hinder for velbeskrevne, aftalte og tydeligt afgrænsede pilotforsøg i regi af de enkelte sundhedsråd. Sådanne pilotforsøg bør have et klart mål, tydelige grænseflader mellem sektorer og en plan for evaluering. Desuden bør et sådant pilotforsøg forudsætte en forudgående vurdering af de faglige, organisatoriske og kapacitetsmæssige konsekvenser samt en aftale om de nødvendige ressourcer, kompetencer og rammer.

Nærsundhedsplanerne bør tydeligt beskrive, hvordan ændringer i opgavevaretagelsen påvirker kapaciteten i almen praksis og i det øvrige sundhedsvæsen.

Opfølgningen bør baseres på eksisterende data

Opfølgningen på nærsundhedsplanerne bør så vidt muligt baseres på eksisterende data og må ikke medføre nye registrerings- og dokumentationskrav i almen praksis. Eventuelle indikatorer bør belyse kvalitet, sammenhæng og patientrelevante resultater frem for alene aktivitet og efterlevelse af standardiserede processer. Krav til nye data eller registreringer bør forudgående vurderes i forhold til faglig relevans, administrativ belastning og anvendelsesformål.

Nærsundhedsplanerne skal understøtte samarbejdet på tværs af sektorer

Et styrket nært sundhedsvæsen forudsætter, at almen praksis har rettidig adgang til diagnostik samt mulighed for skriftlig og mundtlig konference med sygehusenes speciallæger. Planerne bør derfor ikke alene beskrive, hvilke opgaver der skal løses tættere på patienten, men også hvilke forpligtelser sygehusene har til at understøtte almen praksis og fortsat tage ansvar for patienter, der har behov for specialiseret vurdering eller behandling. Kapacitetsproblemer i sygehusvæsenet må ikke føre til, at patienter eller kliniske opgaver afvises og overlades til almen praksis uden faglig vurdering og aftale.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Formand for DSAM

DANSKE HANDICAPORGANISATIONER

Høringssvar fra DH over udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Danske Handicaporganisationer (DH) kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar til henholdsvis bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplanerne.

Bemærkninger til bekendtgørelsen:
I udkastet til bekendtgørelsen for patient- og pårørendeudvalgene, som dags dato er i høring, fremgår det, at regionen "*inddrager og hører systematisk og løbende regionens patient- og pårørendeudvalg i deres drøftelser i forbindelse med større, planlægningsmæssige beslutninger, herunder i drøftelser af nærsundhedsplanen*". Dog fremgår det ikke af udkastet til denne bekendtgørelse om nærsundhedsplanen, at sundhedsrådet skal inddrage patient- og pårørendeudvalget. DH opfordrer til, at ministeriet strømliner to bekendtgørelser, så det fremstår tydeligt og klart, at patient- og pårørendeudvalget skal inddrages i udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne. Hvis det fremgår af den ene bekendtgørelse, men ikke den anden, kan der fremstå uklarhed. Inddragelsen er hjemlet i sundhedslovens § 204.

Bemærkninger til Sundhedsstyrelsens vejledning:
Af Sundhedsstyrelsens bemærkninger fremgår det kun, at sundhedsrådet skal inddrage deres patient- og pårørendeudvalg samt at disse er målgruppe for vejledningen. Men det fremgår ikke hvordan (!) sundhedsrådet kan inddrage deres patient- og pårørendeudvalg.

DH opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen tydeliggør, hvordan det enkelte sundhedsråd kan inddrage patient- og pårørendeudvalget, så der ikke blot er en formel høring, men også en systematisk og løbende inddragelse jf. bekendtgørelse om patient- og pårørendeudvalgene.

Konkret foreslår DH, at Sundhedsstyrelsen i afsnit 3.1 udbygger afsnittet med en tydeliggørelse af samarbejdet:

Sundhedsrådet skal systematisk inddrage patient- og pårørendeudvalget i drøftelserne om nærsundhedsplanen. Inddragelsen bør tilrettelægges som en løbende dialog, der begynder tidligt i processen, så udvalgets perspektiver og forslag kan indgå i fastlæggelsen af planens udfordringer, mål og prioriteringer.

Sundhedsrådet bør i samarbejde med patient- og pårørendeudvalget aftale en proces for inddragelsen med tydelige tidspunkter og temaer for udvalgets bidrag. Det kan for eksempel ske gennem indledende drøftelser af lokale behov og barrierer, temamøder om konkrete indsatser samt drøftelse af planudkast forud for den politiske behandling. Udvalget bør modtage relevant materiale i tilgængelig form og med tilstrækkelig tid til at kvalificere og drøfte sine bidrag.

Sundhedsrådet bør give udvalget en tilbagemelding om, hvordan dets anbefalinger er indgået i planen, herunder begrunde, hvis anbefalinger ikke er fulgt. Udvalget bør desuden inddrages i den løbende opfølgning på planens gennemførelse og resultater samt ved væsentlige ændringer af planen.

Venlig hilsen
Thorkild Olesen
Formand for Danske Handicaporganisationer

Ældre Sagen

Sundheds- og Kirkeministeriet
sum@sum.dk
cc: jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

16. september 2026

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

Tlf. 33 96 86 86
www.aeldresagen.dk
aeldresagen@aeldresagen.dk

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan. Vi har følgende kommentarer:

Ældre Sagen arbejder for, at der skabes bedre sammenhæng i ældres pleje og behandling og på tværs af region og kommune. Ligeledes er det en mærkesag for os, at der for ældre er adgang til ensartet og høj kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Derfor støtter Ældre Sagen det overordnede formål med nærsundhedsplanen, hvor det er et centralt mål at styrke borgeres og patienters oplevelse af sammenhæng, kontinuitet og kvalitet i mødet med sundhedsvæsenet, og at det nære sundhedsvæsen styrkes.

Vi er dog bekymrede for, om bekendtgørelse og vejledning i tilstrækkelig grad sikrer den nødvendige sammenhæng og kvalitet i behandlingen for patienten. Nærsundhedsplanen er en vigtig mulighed for at realisere sundhedsreformens mål. Men det kræver, at der kommer konkrete og klare krav til planen. Dette ser vi som afgørende - ikke mindst fordi rammen med den nationale sundhedsplan og dens overordnede seks principper har mere art af sigtelinjer end en egentlig ramme med krav til, hvad der skal ske i det nære sundhedsvæsen.

Klare krav til nærsundhedsplanen – ellers risikerer vi på ny et postnummerlotteri

I nærsundhedsplanen er der mulighed for at opstille mål. Men det er vigtigt, at der bliver stillet konkrete krav til mål og opfølgning. Der skal naturligvis tages hensyn til lokale forhold, men det er også vigtigt, at man lever op til intentionerne om, at der skal gøres op med postnummerlotteriet. Tilbud, behandling og kvalitet skal ikke afhænge af, hvor patienterne bor.

Af hensyn til patienten er det af afgørende betydning, at nærsundhedsplanen sikrer sammenhæng i behandlingen. Derfor skal der være klare krav til, hvem der har ansvaret for opgaverne, og hvad der kræves af dem.

Ældre Sagen

Der er bl.a. behov for forankring og ejerskab i kommunerne af sundhedsrådets nærsundhedsplan. Det er af afgørende betydning, at der er et forpligtende samarbejde mellem sektorerne, hvis der skal skabes sammenhæng. Her vil det også være relevant ikke blot at nævne kommunale sundhedsindsatser som sygepleje og forebyggelse, men også at udtrykke vigtigheden af, at sammenhængen tænkes helt ind i ældreplejen som et område, der også kan bidrage til forebyggelse.

Derudover skal kvaliteten i behandlingen sikres til gavn for patienten. Der skal naturligvis være plads til individuelle og lokale hensyn i nærsundhedsplanen. Men et væsentligt mål med sundhedsreformen var at skabe lige muligheder og kvalitet i tilbud til borgeren uanset bopæl. Det er ikke tilstrækkeligt sikret gennem konkrete krav i det foreliggende udkast til bekendtgørelse og vejledning.

Vejledningen bærer i det hele taget i høj grad præg af at formulere rammer for indholdet i nærsundhedsplanenerne uden at definere klare krav til selve indholdet. Dvs. at der er lagt op til, at man lokalt aftaler, hvordan man vil beskrive det konkrete indhold i fx hjemmebehandlingsteams, det udadvendte sygehus eller sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Det er vel at mærke første gang i det danske sundhedsvæsen, at der nu skal udarbejdes nærsundhedsplaner. Derfor finder vi det altafgørende, at der er en mere grundig og konkret vejledning – ellers kan vi være bekymrede for, at vi på ny udvikler et postnummerlotteri, nu med 17 lodder for hvert sundhedsråds geografiske område.

Vi vil på det kraftigste opfordre til, at Sundhedsstyrelsen til inspiration nævner konkrete eksempler på løsninger i vejledningen. Som fx "Kom trygt hjem", der sikrer et tæt samarbejde med kommunen om pleje og behandling for ældre patienter, der udskrives fra sygehus. Et projekt i Region Syddanmark har vist, at genindlæggelser og dødelighed blandt ældre patienter udskrevet fra sygehus efter operation for hoftebrud blev halveret med en reduktion i 30 dages dødelighed fra 13 pct. til 6 pct. og en reduktion i genindlæggelser fra 30 pct. til 14 pct.[1] Det er et eksempel, der med fordel kan udbredes til resten af landet, hvorfor det kunne tjene som eksempel i en vejledning for nærsundhedsplanerne, der har både kvalitet, sammenhæng og samarbejde på tværs som formål. Sundhedsstyrelsen bør derfor gennemgående i vejledningen inkludere eksempler på dokumenteret god praksis for at give inspiration til det videre arbejde med at indgå lokale aftaler og planer.

Endelig skal der være et tydeligt krav om, at civilsamfundet bliver inddraget i udarbejdelsen af nærsundhedsplanen. Der skal tilrettelægges en proces, hvor de kommende patient- og pårørendeudvalg inddrages løbende. Bekendtgørelsen om patient- og pårørendeudvalget skal dermed også afspejles i bekendtgørelsen og vejledningen om nærsundhedsplanen.

[1] https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/november/regioner-og-kommuner-vil-udbrede-indsats-der-nedbringer-doedelighed-og-genindlaeggelser/

Ældre Sagen er af den opfattelse, sundhedsrådene er en væsentlig aktør i realiseringen af sundhedsreformens mål. Men skal de opnås, kræver det, at der kommer konkrete og klare krav til, hvad sundhedsrådets nærsundhedsplan skal indeholde. Ellers opnår vi hverken sammenhæng, nærhed eller lighed.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør

Sundheds- og Kirkeministeriet
sum@sum.dk
jbp@sum.dk
nasosst@sst.dk

BL – Danmarks Almene Boliger
Studiestræde 50
1554 København
Tlf: 3376 2000
www.bl.dk
bl@bl.dk

16. september 2026

Høringssvar om udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

BL – Danmarks Almene Boliger er blevet opmærksom på den høring, der er udsendt den 18. august 2026 om udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

BL ønsker at gøre opmærksom på, at når det i såvel bekendtgørelsen som i vejledningen ønskes at tænke i helhedsorienterede løsninger, er det helt centralt at samarbejde med de organisationer, som er, hvor borgerne med størst behov bor og lever. Boligorganisationerne er med andre ord centrale i forhold til at understøtte målet lighed i sundhed.

Mennesker med psykiske og/eller somatiske sygdomme er overrepræsenterede i almene boliger. De almene boligorganisationer har i mange tilfælde erfaringer med og generelt et stort engagement i at sikre lighed i sundhed for beboerne, og boligorganisationerne er derfor en oplagt samarbejdspart for kommuner og regioner.

BL har lavet flere undersøgelser om sundhedstilstanden blandt almene beboere. Disse viser bl.a., at:

- 9,3 pct. af almene beboere er diagnosticeret med type 2-diabetes mod 4,7 pct. i den øvrige befolkning, hvilket er *ca. dobbelt så stor en andel (* Forekomsten af beboere med type 2-diabetes | BL - Danmarks Almene Boliger)
- 6,5 pct. af almene beboere er diagnosticeret med KOL mod 3,1 pct. i den øvrige befolkning, hvilket er *godt dobbelt så hyppigt (Forekomsten af beboere med KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) | BL - Danmarks Almene Boliger)*
- 5,2 pct. af de almene beboere over 65 år har en demenssygdom, mod 2,5 pct. af den øvrige befolkning over 65 år, hvilket er *mere end dobbelt så hyppigt (Forekomsten af beboere med demens | BL - Danmarks Almene Boliger)*
- 1,7 pct. af almene beboere er diagnosticeret med skizofreni mod 0,4 pct. i den øvrige befolkning, hvilket er *fire gange så højt (Forekomsten af beboere med skizofreni | BL - Danmarks Almene Boliger)*

BL har sammen med KL taget initiativet *Fælles om Lokal Sundhed*, et partnerskab som er en platform for erfaringsudveksling og vidensopsamling mellem boligorganisationer, kommuner, regioner,

civilsamfundsorganisationer, fonde, forskningsaktører og andre interesserede. Over 150 forskellige aktører er medlem af partnerskabet p.t. Partnerskabet er i øvrigt med til at opstarte og understøtte konkrete lokale sundhedssamarbejder mellem sundhedsmyndigheder og boligorganisationer.

På denne baggrund bemærker BL, at når der i nærsundhedsplanerne skal prioriteres indsatser, er det væsentligt, at indsatserne sættes i værk, hvor flest har et behov for en indsats. Her vil almene boligområder være oplagte fysiske platforme for indsatser. Samtidig kan almene boligorganisationer brobygge til lokale sundhedsindsatser.

BL forslår derfor, at der i Bekendtgørelse om nærsundhedsplan § 1, stk. 5: tilføjes "og almene boligorganisationer" efter ordet "civilsamfundet".

BL har følgende bemærkninger til Vejledning om nærsundhedsplan:

- Afsnit 2.4 om Samarbejde på tværs: Der beskrives i afsnittet alene indsatser i regionalt og kommunalt regi. Men også lokale indsatser, fx om fremskudte indsatser i boligområder i samarbejde med boligorganisationerne, kan have en betydning for patientforløb med færre skift.
- Afsnit 4.3 om lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver: Det bør tilføjes i afsnit 3, at samarbejde med civilsamfundet fx kan være i form af samarbejde med lokale boligorganisationer. Disse vil ofte have erfaringer med de særligt sårbare grupper, som beskrives i sidste punkt på side 8.

Med venlig hilsen

Bent Madsen
Adm. direktør

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Julie Bennedsgaard Præstholm (JBP@sum.dk), SST National sundhedsplan og folkesundhedslov (NASPSST@sst.dk)
Fra: Bjarne Nesgaard Andersen (baee@regionsjaelland.dk)
Titel: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan - Dansk Reumatologisk Selskab
Sendt: 9/13/2026 1:33 PM
Bilag: Signature-20260913113407.txt;

Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Dansk Reumatologisk Selskab (DRS) takker for muligheden for at afgive høringssvar.
DRS bakker overordnet op om ambitionen om et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor behandling tilbydes tættere på borgeren, når det giver faglig og patientoplevet værdi. Den nationale sundhedsplan lægger samtidig vægt på, at omstillingen skal være trinvis, koordineret og vidensbaseret, og at opgaver skal placeres dér, hvor de fagligt og organisatorisk skaber størst værdi.
DRS finder det positivt, at vejledningen lægger vægt på populationsansvar, sammenhængende patientforløb, faglig bæredygtighed og samarbejde på tværs af sektorer. Vi har følgende seks bemærkninger, som efter vores vurdering kan tydeliggøre nogle væsentlige faglige og organisatoriske forudsætninger for omstillingen.

1. Sammenhæng mellem nærsundhedsplaner, regional sundhedsplanlægning og specialeplanlægning

Den nationale sundhedsplan beskriver en samlet styringsarkitektur, hvor blandt andet specialeplanlægning, regionale sundhedsplaner og nærsundhedsplaner skal understøtte samme strategiske retning.
Det er efter DRS' vurdering vigtigt, at disse planlægningsspor også kobles tydeligt i praksis. Lokale ændringer i organisering eller opgaveplacering inden for et lægefagligt speciale bør ske i sammenhæng med den nationale specialeplanlægning og den regionale kapacitetsplanlægning. Når nærsundhedsplaner indebærer væsentlige ændringer af specialiserede patientforløb eller opgaveplacering, bør relevante kliniske fagmiljøer derfor inddrages systematisk i planlægning, implementering og opfølgning. Lokal fleksibilitet er vigtig, men bør udvikles inden for fælles nationale faglige rammer.

2. Patienten skal kunne bevæge sig begge veje mellem behandlingsniveauer

Omstillingen mod et stærkere primært sundhedsvæsen indebærer, at flere opgaver kan varetages uden for sygehusene. Den nationale sundhedsplan understreger samtidig, at opgaver skal placeres dér, hvor de skaber størst sundhedsmæssig værdi, og at omstillingen ikke alene består i at flytte eksisterende aktivitet uforandret.
Det er derfor afgørende, at patientforløb kan bevæge sig både til et højere og et lavere specialiseringsniveau, når patientens behov ændrer sig.
Organisatoriske og økonomiske modeller bør understøtte den fagligt rette placering af patientforløbet. Der bør hverken være incitament til at fastholde en patient på et for lavt behandlingsniveau, når der er behov for mere specialiseret vurdering, eller til at fastholde patienten i specialiseret regi, når opfølgning forsvarligt kan varetages på et mindre specialiseret niveau og tættere på borgeren.
Opgaveflytning bør derfor ledsages af samtidig planlægning af de nødvendige ressourcer og kompetencer.

3. Fælles patientansvar kræver entydigt behandlingsansvar og sikker adgang til revurdering

DRS støtter ambitionen om færrest mulige skift i behandlingsansvar og om tættere samarbejde mellem aktørerne. Den nationale sundhedsplan fremhæver kontinuitet og færrest mulige skift i behandlingsansvar som et selvstændigt princip.

Det er imidlertid vigtigt, at fælles patientansvar ikke udvikler sig til uklart patientansvar. Ved tværgående patientforløb og samarbejdsmodeller bør det på ethvert tidspunkt være tydeligt, hvem der har det kliniske behandlingsansvar.
Der bør samtidig være klare kriterier for, hvornår et forløb skal revurderes, kendte kommunikationsveje og mulighed for hurtig adgang til relevant specialistkompetence eller tilbageoverdragelse ved eksempelvis behandlingssvigt, stigende kompleksitet eller diagnostisk usikkerhed.

4. Nærhed skal balanceres med faglig bæredygtighed, lige adgang og risikoen for digital ulighed
DRS finder det positivt, at vejledningen anerkender behovet for at balancere geografisk tilgængelighed med faglig bæredygtighed.
Nærhed bør efter DRS' vurdering forstås som et middel til bedre tilgængelighed, sammenhæng og sundhedsmæssig værdi – ikke som et mål i sig selv.
Patientnær behandling kan blandt andet understøttes gennem lokale undersøgelser og behandlinger, digitale løsninger, rådgivning og formaliserede samarbejdsmodeller uden nødvendigvis at sprede den specialiserede ekspertise geografisk.
Digitale løsninger bør anvendes, hvor de understøtter kvalitet, tilgængelighed og sammenhæng.
Planlægningen bør samtidig have et tydeligt fokus på risikoen for **digital ulighed**. Digitale tilbud bør derfor tilpasses den enkelte patients behov, sundhedskompetencer og forudsætninger, og der bør fortsat være adgang til ikke-digitale tilbud, når dette er nødvendigt.
Den populationsbaserede planlægning inden for det enkelte sundhedsråd bør samtidig ikke føre til en organisering, hvor lokale geografiske hensyn får forrang for faglig bæredygtighed eller adgang til relevant ekspertise. Patientforløb, specialiserede fagmiljøer og kapacitet vil ofte gå på tværs af sundhedsrådenes geografiske grænser. Vejledningen anerkender selv, at patientforløb ikke nødvendigvis følger sundhedsrådenes geografiske afgrænsning.
Planlægningen bør derfor understøtte ensartet adgang til relevant ekspertise uafhængigt af bopæl.

5. Helhedsperspektivet bør konkretiseres for mennesker med kronisk sygdom, funktionstab eller truet arbejdsmarkedstilknytning
DRS finder det positivt, at bekendtgørelsen og vejledningen omfatter samarbejde med blandt andet social-, ældre- og beskæftigelsesområdet, og at vejledningen specifikt nævner sygemeldte borgere i beskæftigelsesindsatser som en relevant målgruppe for tværgående indsatser.
Dette perspektiv kunne med fordel konkretiseres yderligere.
I reumatologien ser vi en gruppe mennesker med kronisk gigtsygdom, som trods relevant behandling fortsat har betydelige symptomer eller funktionstab. For nogle kan sygdommen medføre mistrivsel og true tilknytningen til uddannelse eller arbejdsmarked, selv når den sundhedsfaglige behandling er relevant og optimal.
For denne gruppe kan et sammenhængende forløb kræve koordinering mellem sundhedsvæsenet, kommunale tilbud og beskæftigelsesområdet samt adgang til relevant socialfaglig eller socialmedicinsk rådgivning.
DRS anbefaler derfor, at nærsundhedsplanerne i relevant omfang beskriver, hvordan sådanne borgere identificeres, og hvordan der sikres klare henvisningsmuligheder og adgang til relevante tværgående indsatser, herunder socialfaglig eller socialmedicinsk rådgivning.

6. Omstilling skal være vidensbaseret, kunne evalueres på kvalitet og understøtte uddannelse og forskning
Den nationale sundhedsplan fastslår, at omstillingen skal ske trinvist, koordineret og vidensbaseret og i takt med, at de nødvendige forudsætninger er til stede.
DRS anbefaler, at dette princip også fremgår tydeligt i den lokale implementering.
Ved ændret opgaveplacering bør der på forhånd være taget stilling til nødvendige kompetencer og kapacitet samt til konsekvenser for patientsikkerhed og kvalitet.
Opfølgningen bør ikke alene beskrive, om den planlagte organisatoriske omstilling er gennemført. Der bør anvendes relevante kvalitetsindikatorer, så det kan vurderes, om den nye organisering faktisk medfører den ønskede sundhedsmæssige værdi, kvalitet og sammenhæng for patienterne.
Uddannelsesopgaven bør indgå eksplicit i planlægningen. Hvis patientforløb eller opgaver

flyttes mellem sektorer eller organisatoriske niveauer, bør konsekvenserne for den lægelige videreuddannelse og øvrig relevant kompetenceudvikling vurderes. Der bør samtidig sikres tilstrækkeligt patientgrundlag, supervision og faglige miljøer til fortsat uddannelse.
Tilsvarende bør omstillingen understøtte forskning og bæredygtige forskningsmiljøer. Når patientforløb og aktivitet ændrer organisatorisk placering, bør der være opmærksomhed på at bevare og udvikle mulighederne for forskning, kvalitetsudvikling og løbende vidensopbygning. Nye organiseringsformer bør samtidig følges forsknings- og kvalitetsmæssigt, så erfaringer kan anvendes til fortsat udvikling af sundhedsvæsenet.

Afslutning
DRS støtter ambitionen om et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen og ser betydelige muligheder i nye samarbejdsformer på tværs af sektorer og behandlingsniveauer.
Det afgørende bør være, at organiseringen følger patientens behov. Nærhed, digitalisering, sektorgrænser, lokale organisatoriske forhold og økonomiske styringsmekanismer bør ikke blive mål i sig selv eller stå i vejen for behandling på det rette kompetence- og specialiseringsniveau.
DRS anbefaler derfor, at vejledningen i højere grad tydeliggør de faglige og organisatoriske forudsætninger for ændret opgaveplacering, herunder sammenhæng med specialeplanlægningen, entydigt behandlingsansvar, mulighed for bevægelse mellem behandlingsniveauer, faglig bæredygtighed, lige adgang og systematisk opfølgning på kvalitet.

Det bør samtidig fremgå tydeligt, at omstillingen skal understøtte sundhedsvæsenets uddannelsesopgave samt bevare og udvikle forskning og bæredygtige forskningsmiljøer. Disse funktioner er afgørende for den langsigtede kompetenceforsyning, kvalitetsudvikling og fortsatte faglige udvikling af sundhedsvæsenet.

Med Venlig hilsen

Bjarne Nesgaard Andersen
Ledende overlæge, Forperson for Dansk Reumatologisk Selskab

Reumatologisk ambulatorium, Medicinsk afdeling M2
Holbæk Sygehus
Akacievej 21
4300 Holbæk

Region Sjælland anvender de personoplysninger, du giver os i forbindelse med din henvendelse.
Du kan læse mere om formålet med anvendelsen samt dine rettigheder på vores hjemmeside

Region Sjælland

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Julie Bennedsgaard Præstholm (JBP@sum.dk), naspsst@sst.dk. (naspsst@sst.dk.)
Fra: Maja Mi Thygesen (Maja.Mi.Thygesen2@rsyd.dk)
Titel: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan
Sendt: 9/16/2026 10:04 AM
Bilag: Signature-20260916080458.txt;

Til Sundheds- og Kirkeministeriet.

Vedrørende: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Dansk Kirurgisk Selskab takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.
Dansk Kirurgisk Selskab har gennemgået materialet, og ønsker på den baggrund, at fremføre følgende kommentar.
Vi vil opfordre til, at der i vejledningen for nærsundhedsplaner indføres, at relevante faglige selskaber inddrages og høres i forbindelse med udarbejdelsen af nærsundhedsplanerne. Da dette vil bidrage til, at planerne også baseres på relevant faglig viden og erfaring hvorved den faglige kvalitet understøttes.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Kirurgisk Selskab

Venlig hilsen
Faglig sekretær Dansk Kirurgisk Selskab
Maja Mi Thygesen
Speciallæge
Maja.Mi.Thygesen2@rsyd.dk - www.ouh.dk
Tlf. +45 29694626

Kirurgisk Afdeling A OUH, Odense Universitetshospital-Svendborg Sygehus
Baagøes Alle 15, 5700 Svendborg

patienten først OUH

Region Syddanmark

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: SST National sundhedsplan og folkesundhedslov (NASPSST@sst.dk), Julie Bennedsgaard Præstholm (JBP@sum.dk)
Fra: Kasper Bertelsen (kasperbertelsen@pm.me)
Titel: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan
Sendt: 8/31/2026 2:27 PM
Bilag: Høringsbrev.pdf; Høringsliste.pdf; Bekendtgørelse.pdf; Vejledning.pdf;

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Vedrørende høringsudkast til Vejledning om nærsundhedsplan

Dansk Selskab for Geriatri (DSG) takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til Vejledning om nærsundhedsplan.

DSG finder overordnet, at vejledningen understøtter en relevant og nødvendig omstilling mod et mere nært, sammenhængende og lige sundhedsvæsen. Vi hæfter os særligt positivt ved fokus på sammenhængende patientforløb, populationsansvar, styrkelse af det primære sundhedsvæsen, udadvendte sygehuse samt målgrupper som ældre medicinske patienter, mennesker med multisygdom og mennesker med demens.

Geriatrien står centralt placeret til at bidrage til ovenstående med vores udgangspunkt på akutsygehusene og erfaring og uddannelse i at række ud og samarbejde med det primære sundhedsvæsen og gennem tværfaglighed skabe sammenhængende forløb for den enkelte.

Vi har ikke yderligere kommentarer.

DSG bidrager gerne med faglig sparring i det videre arbejde med implementeringen af nærsundhedsplanerne og udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Geriatri

Kasper Bertelsen
Forperson

Mvh
Kasper Bertelsen
Forperson i Dansk Selskab for Geriatri (DSG)
Bestyrelsesmedlem i Danske Geriateres Organisation (DGO)
Speciallæge i geriatri

Mobil: +45 60651837

------- Forwarded Message -------
Fra: Lene Kristensen <lkr@DADL.DK>
Dato: torsdag den 20. august 2026 kl. 08:38
Emne: LVS: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan
Til:

Til de videnskabelige selskaber inkl. sekretariater.

Til venlig orientering.

Mvh Lene Kristensen, LVS

Kære høringsparter

Hermed sendes i offentlig høring udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Vedlagt denne mail er:

- Høringsbrev
- Høringsliste
- Udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan
- Udkast til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Med venlig hilsen,

Julie Bennedsgaard Præstholm
Fuldmægtig,

Kontoret for Sundhedsstruktur

M 2183 6770
@ jbp@sum.dk
Sundheds- og Kirkeministeriet
Tlf. 7226 9000

Læs ministeriets datapolitik her

www.sum.dk

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk), Julie Bennedsgaard Præstholm (JBP@sum.dk), SST National sundhedsplan og folkesundhedslov (NASPSST@sst.dk)
Cc: kontakt@dasem.dk (kontakt@dasem.dk)
Fra: Amalie Bytofte (amaliebytofte@hotmail.com)
Titel: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan
Sendt: 9/1/2026 9:45 PM

[EKSTERN E-MAIL] Denne e-mail er sendt fra en ekstern afsender.
Vær opmærksom på, at den kan indeholde links og vedhæftede filer, som ikke er sikre.

Til rette vedkommende

DASEM takker for muligheden for at komme med høringssvar.
Vi har gennemgået materialet og har ingen kommentarer for nuværende. DASEM ser frem til samarbejdet og en fortsat involvering omkring de akutte patienter.

På vegne af DASEM
Amalie Bytofte
Faglig Sekretær

DASEM DANSK SELSKAB FOR AKUTMEDICIN
DANISH SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE

16. september 2026

Patientstøtte & Frivillig Indsats
Kvalitet & Udvikling

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

www.cancer.dk

Sundheds- og Kirkeministeriet

Mail til:
sum@sum.dk

Kopi til:
jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

Kræftens Bekæmpelses høringssvar vedr. "Bekendtgørelse om nærsundhedsplaner" og "Vejledning om nærsundhedsplaner"

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til bekendtgørelsen og vejledningen om nærsundhedsplaner.

Kræftens Bekæmpelse bakker op om ambitionen om at styrke det nære sundhedsvæsen og skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Det er positivt, at nærsundhedsplanerne skal sætte retning for udviklingen af de nære sundhedstilbud med afsæt i lokale behov. Samtidig er det vigtigt, at den lokale tilrettelæggelse sker inden for en tydelig national ramme, så omstillingen ikke fører til større geografisk ulighed i adgangen til sundhedstilbud af høj kvalitet.

Nedenfor fremgår Kræftens Bekæmpelses konkrete bemærkninger til bekendtgørelsen og vejledningen så vidt muligt med tydelig reference til kapitel, sidetal og afsnit:

Fælles bemærkning til bekendtgørelsen og vejledningen

Forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner
Sundhedsreformen har en ambition om at skabe et tættere og mere sammenhængende sundhedsvæsen med bedre samarbejde og overgange mellem sektorerne. Det kræver et tæt, tillidsfuldt og mere forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner. Kommunerne bør derfor fremgå tydeligere af bekendtgørelsen og vejledningen, så det klart fremgår, at nærsundhedsplanerne skal understøtte et forpligtende samarbejde på tværs af sektorer med tydelige aftaler om ansvar, opgaver og overgange.

Systematisk inddragelse af patienter, pårørende og civilsamfund
Systematisk inddragelse af patienter, pårørende og civilsamfund er ikke nævnt i hverken bekendtgørelsen eller vejledningen. Kræftens Bekæmpelse anbefaler derfor, at patienter, pårørende og civilsamfundet tydeligere fremgår som relevante aktører i arbejdet med nærsundhedsplanerne. Patient- og pårørendeudvalgene bør nævnes tidligere i vejledningen og fremgå som en central del af arbejdet med nærsundhedsplanerne. Civilsamfundets rolle står samtidig

svagt i vejledningen og bør tydeliggøres som en relevant samarbejdspartner i udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Bindende krav
Det bør være tydeligt, hvilke krav der er bindende, og hvem der har ansvaret for at sikre, at de realiseres. Der anvendes flere steder formuleringer som "bør" og "kan", hvor det foreslås tydeligere at fremgå, hvad regioner og sundhedsråd er forpligtede til at gøre. Kræftens Bekæmpelse anbefaler derfor, at formuleringer, der beskriver konkrete krav og ansvar, så vidt muligt ændres fra "bør" til "skal". Tydelige krav og ansvarsplacering er afgørende for at sikre en ensartet udvikling og undgå, at manglende koordinering og uklare ansvarsforhold i sidste ende får konsekvenser for patienter og pårørende.

Borger- og patientrettet forebyggelse
Det er positivt, at der i bekendtgørelsen og vejledningen er fokus på både borger- og patientrettet forebyggelse, og at der lægges op til samarbejde mellem regionale og kommunale tilbud. Det er vigtigt for at sikre sammenhæng, kontinuitet og kvalitet for borgere og patienter på tværs af sektorer.

Det er desuden positivt, at der lægges op til, at forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser skal løftes på tværs af områder, og at der er fokus på en styrket sammenhæng mellem regionale og kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmende indsatser, samt at der er opmærksomhed på folkesundhedsloven og dens fokus på den strukturelle forebyggelse i kommunerne. Dog kan forebyggelse godt skrives endnu mere frem i vejledningen og ikke afvente folkesundhedsloven.

Det er samtidig vigtigt, at der fastsættes forpligtende mål, som understøttes af et relevant datagrundlag, så udviklingen kan følges, og eventuelle geografiske forskelle identificeres. Det bør i den forbindelse tydeliggøres, hvordan der følges op, hvis de fastsatte mål ikke realiseres, så målene ikke alene bliver en ambition, men fører til reel udvikling og forbedring af indsatsen.

Bekendtgørelse om nærsundhedsplaner

Kapitel 1, Nærsundhedsplanens indhold, § 1, stk. 4 (s. 1)
§1 stk. 4 kan med fordel uddybes med følgende sætning fra afsnit 2.2 "Udvikling og omstilling" i vejledningen om nærsundhedsplaner:

"Udbygningen af det primære sundhedsvæsen forudsætter en sammenhængende udvikling af kommunale sundhedsindsatser, almenmedicinske tilbud, øvrig praksissektor, regionale sundhedstilbud og sygehuse."

Kapitel 1, Nærsundhedsplanens indhold, § 2 (s. 1) og § 3 (s. 2)
Afsnittene kan med fordel udbygges, så koordinering tilføjes med henblik på at understøtte sammenhængende borger- og patientforløb. Forslag til formulering:

§2 … herunder regional understøttelse og koordinering af tværgående borger- og patientforløb.

§3 … herunder regional understøttelse og koordinering af tværgående borger- og patientforløb.

Kapitel 2, Vedtagelse af og opfølgning på nærsundhedsplanen, § 4 stk. 3 (s. 2)
Afsnittet bør justeres, så Sundhedsstyrelsen skal fastsætte frister for indsendelse af den vedtagne nærsundhedsplan. Det foreslås derfor, at "kan" ændres til "skal.

Kapitel 2, Vedtagelse af og opfølgning på nærsundhedsplanen, § 6 (s. 2)
Det bør tydeliggøres, at Sundhedsstyrelsens opfølgning på nærsundhedsplanerne skal omfatte opfølgning på, om de fastsatte mål realiseres, samt udviklingen på tværs af sundhedsrådene. Denne opfølgning er vigtig for både at kunne følge udviklingen i det nære sundhedsvæsen og identificere eventuelle geografiske forskelle. Forslag til formulering:

"Sundhedsstyrelsen følger op på nærsundhedsplanerne, herunder realiseringen af de fastsatte mål og udviklingen på tværs af sundhedsrådene."

Vejledning om nærsundhedsplaner

Kapitel 1, Opdrag, sidste afsnit (s. 1)
Sundhedsrådet skal inddrage det regionale Patient- og Pårørendeudvalg i arbejdet med nærsundhedsplanen og tilsvarende større planlægningsmæssige beslutninger. Derfor foreslås det, at "eller" ændres til "og".

Afsnit 2.2 Udvikling og omstilling (s. 2) og 4.3 Lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver (s. 7)
For at sikre en klar ansvarsplacering og undgå uklarhed om, hvad der forventes af regioner og sundhedsråd, anbefales det, at "bør" ændres til "skal" i særligt afsnit 2.2 og 4.3:

- Nærsundhedsplanen *ska*l samtidig medvirke til, at forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig indsats tænkes ind (…) (s. 2)
- Således *ska*l nærsundhedsplanen også medvirke til sammenhæng (…) (s. 2)
- Nærsundhedsplanen *ska*l generelt understøtte indsatser der fremmer lighed i sundhed og folkesundhed (s. 7)
- Planlægningen *ska*l ses i sammenhæng med den kommende folkesundhedslov (…) (s. 7)
- Det *ska*l desuden fremgå, hvordan samarbejdet med civilsamfundet kan understøtte arbejdet med at fremme lighed i sundhed (s. 7)
- Kvalitet, dataunderstøttelse, teknologi og digitalisering er tværgående hensyn, som *ska*l indgå i planlægningen (…) (s. 7)

Afsnit 2.4 Samarbejde på tværs (s. 3)
Kræftens Bekæmpelse mener, at civilsamfundets rolle i samarbejdet skal fremgå tydeligere. Det foreslås derfor, at civilsamfundet tilføjes som en øvrig aktør i afsnittet.

Afsnit 3.1 Om sundhedsråd (s. 4)
Det fremgår af sidste afsnit, at Patient- og pårørendeudvalget skal inddrages i udarbejdelsen af nærsundhedsplanen. Det bør præciseres, at Patient- og pårørendeudvalget skal inddrages *systematisk* i arbejdet med nærsundhedsplanen.

Afsnit 3.2 Planmæssige rammer for nærsundhedsplanen, figur 1 (s.4)
Figuren kan med fordel uddybes. Det er uklart, hvordan sammenhængen mellem planerne og deres indbyrdes rangering skal forstås, da planerne umiddelbart fremstår som sidestillede. Derudover fremgår flere planer af figuren, som ikke omtales nærmere i vejledningen.

Kræftens Bekæmpelse anbefaler derfor, at figuren suppleres med en kort forklaring af planernes indbyrdes sammenhæng og betydning for nærsundhedsplanen.

4.1 Forpligtende mål og datagrundlag (s. 6)
Det er positivt, at nærsundhedsplanen skal indeholde mål for omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen på det regionale sundhedsområde, og at de lokale indikatorer bør baseres på et velunderbygget datagrundlag. Det bør dog tydeliggøres, hvordan de lokale mål og indikatorer skal fastlægges, så der sikres en ensartet praksis og mulighed for at følge og sammenligne udviklingen på tværs af de geografiske områder.

Derudover bør de patientrettede behov også nævnes i sidste sætning, så det tydeliggøres, at datagrundlaget ikke kun skal afspejle de sundhedsfaglige og organisatoriske behov. Forslag til formulering:

"(...), bør indikatorer desuden stå på et velunderbygget grundlag, så de afspejler både de sundhedsfaglige, organisatoriske og patientrettede behov."

4.3 Lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver (s. 7)
Under punkterne, der beskriver de fastlagte områder, som den lokale planlægning som minimum skal omfatte, bør det tredje punkt alene omfatte sygehuse. Derudover bør der tilføjes et selvstændigt punkt om *"Samspil mellem regionale sundhedsopgaver og øvrige sundhedsvæsen"*, så det tydeliggøres, at samspillet ikke alene vedrører sygehusene.

4.3 Lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver: Sygehuse, herunder sygehusenes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen (s. 9)
I andet sidste punkt, bør det tydeliggøres, hvem der har behandlingsansvaret, når der ydes faglig rådgivning på tværs af aktører.

4.4 Regional understøttelse af tværgående patientforløb på sundhedsområdet (s. 11)
I første punkt under eksempler på borgere med eller i risiko for (forværring af) sygdom bør kræft også nævnes som målgruppe. Borgere med eller efter kræft udgør en stor og voksende målgruppe med forskellige behov for behandling, rehabilitering, senfølgeindsatser og opfølgning, som kan identificeres på baggrund af populationsdata.

4.6 Organisering og ledelsesmæssig understøttelse (s. 13)
I det sidste punkt bør bruger- og patientrepræsentanter eksplicit nævnes. Forslag til formulering:

"relevante ledelses- og samarbejdsfora mellem region, kommuner, almenmedicinske tilbud, bruger- og patientrepræsentanter samt øvrige relevante aktører."

5.2 Sundhedsstyrelsens rådgivning (s. 13)
Kræftens Bekæmpelse anbefaler, at afsnittet uddybes, så praksis for Sundhedsstyrelsens rådgivning bør tydeliggøres. Det fremgår ikke klart, hvad rådgivningen konkret omfatter, eller hvordan den indgår i processen frem mod vedtagelsen af nærsundhedsplanen. Det bør derfor præciseres, hvad regionerne kan forvente af Sundhedsstyrelsens rådgivning, herunder hvilke dele af nærsundhedsplanen der rådgives om, og hvordan der følges op på rådgivningen.

5.4 Vedtagelse af nærsundhedsplan (s. 14)
Det fremgår af andet afsnit, at regionen kan beslutte, at nærsundhedsplanen skal vedtages af regionsrådet efter indstilling fra sundhedsrådet, eller at vedtagelsen placeres i det enkelte sundhedsråd. Kræftens Bekæmpelse finder det uhensigtsmæssigt, at det kan besluttes lokalt, om nærsundhedsplanen skal vedtages af regionsrådet eller det enkelte sundhedsråd. Det kan medføre en uensartet praksis på tværs af landet og gøre det vanskeligere at skabe et samlet overblik over udviklingen i det nære sundhedsvæsen. Det kan samtidig vanskeliggøre sammenligning og opfølgning på tværs af sundhedsrådene, herunder på de fastsatte mål og indikatorer, hvis planernes indhold og opfølgning tilrettelægges forskelligt.

6. Opfølgning på nærsundhedsplanen (s. 14)
Kræftens Bekæmpelse bemærker, at det er meget kort beskrevet, hvordan Sundhedsstyrelsen følger op på nærsundhedsplanerne. Det bør tydeliggøres, hvordan opfølgningen konkret tilrettelægges, herunder hvad Sundhedsstyrelsen forventes at følge op på, og hvordan resultaterne af opfølgningen skal anvendes.

Derudover står der, at Sundhedsstyrelsen tilrettelægger opfølgningen i samarbejde med relevante interessenter. Det bør fremgå tydeligere, hvem der kan være relevante interessenter i forbindelse med opfølgningen. Kræftens Bekæmpelse foreslår i den forbindelse, at patientorganisationer nævnes som relevante interessenter.

Kræftens Bekæmpelse ser frem til at følge implementeringen af bekendtgørelsen og vejledningen om nærsundhedsplan, ligesom vi naturligvis gerne vil bidrage i det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Pernille Slebsager
Patientstøttedirektør

Til: Sundheds- og Kirkeministeriet Dato: 07-09-2026

Att: sum@sum.dk, jbp@sum.dk, naspsst@sst.dk

Hjernesagen kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar til udkastet til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Hjernesagen er landsdækkende patient- og pårørendeorganisation for mennesker med erhvervet hjerneskade. På landsplan lever mere end 230.000 mennesker med en erhvervet hjerneskade, mens 12.000 årligt rammes af en blodprop eller blødning i hjernen (stroke). Målgruppen har ofte samtidige behov på tværs af genoptræning, rehabilitering, sundhed, social- og beskæftigelsesområdet og er derfor relevant for nærsundhedsplanerne.

Overordnet vurdering

Hjernesagen ser positivt på, at bekendtgørelsen og vejledningen lægger vægt på sammenhængende forløb, tværsektorielt samarbejde, faglig bæredygtighed, rehabilitering, forebyggelse samt patient- og pårørendeinddragelse. Det er også positivt, at rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau er nævnt blandt de nære regionale sundhedsindsatser.

Hjernesagen anbefaler enkelte præciseringer: at erhvervet hjerneskade nævnes som målgruppe, at tværsektoriel sammenhæng og specialiseret rehabilitering tydeliggøres, og at forebyggelse samt patient- og pårørendeinddragelse får en klar plads i planlægningen.

Erhvervet hjerneskade bør nævnes eksplicit som målgruppe

Vejledningens afsnit 4.4 og 4.5 fremhæver målgrupper med behov for sammenhængende og tværgående forløb, men nævner ikke mennesker med erhvervet hjerneskade. Deres forløb kan gå på tværs af sygehusbehandling, regional rehabilitering, kommunal genoptræning, hjælpemidler og sociale og beskæftigelsesrettede indsatser. Fysiske, kognitive, psykiske og kommunikative følger kan samtidig gøre sektorovergange særligt sårbare. Målgruppen er derfor et oplagt eksempel på de komplekse forløb, som nærsundhedsplanerne skal understøtte.

Hjernesagen anbefaler derfor, at mennesker med erhvervet hjerneskade tilføjes som konkret målgruppe i vejledningens afsnit 4.4 og 4.5.

Tværsektoriel sammenhæng skal stå tydeligt i planlægningen

Bekendtgørelsens §§ 2 og 3 kræver, at nærsundhedsplanen beskriver regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale indsatser. Hjernesagen bakker op om lokal udmøntning.

For mennesker med erhvervet hjerneskade er koordination afgørende. Brud mellem sygehus, regional rehabilitering, kommunal genoptræning og social- og beskæftigelsesindsatser kan medføre forsinkede eller usammenhængende indsatser.

Hjernesagen anbefaler, at vejledningen tydeliggør betydningen af, at nærsundhedsplanerne for relevante målgrupper, heraf mennesker med erhvervet hjerneskade, beskriver centrale snitflader, koordinationsbehov og relevant regional understøttelse af kommunale indsatser.

Specialiseret rehabilitering skal sikres kvalitet, kapacitet og geografisk adgang

Hjernesagen støtter, at vejledningens afsnit 4.3 medtager rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau samt balancen mellem geografisk tilgængelighed og faglig bæredygtighed.

Nære regionale sundhedsindsatser må ikke blive så geografisk spredte, at specialiseringen udvandes. Specialiseret neurorehabilitering kræver fagligt bæredygtige, interdisciplinære miljøer, relevante neurofaglige kompetencer og tilstrækkelig kapacitet. Det kan kræve planlægning på tværs af sundhedsrådsområder. Nærhed bør derfor betyde adgang til den rette indsats - ikke placering af alle specialiserede funktioner i hvert sundhedsrådsområde.

Hjernesagen anbefaler, at afsnit 4.3 tydeliggør hensynet til faglig bæredygtighed, tilstrækkelig kapacitet, patientvolumen og mulighed for planlægning på tværs af sundhedsrådsområder, når det er fagligt nødvendigt.

Forebyggelse skal være en tydelig del af den lokale planlægning

Hjernesagen bakker op om, at forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig indsats indgår i bekendtgørelsens § 3, stk. 3, og flere steder i vejledningen. Det skyldes, at op mod 90% af risikofaktorerne relateret til stroke kan forebygges helt eller delvist.

Hjernesagen bakker samtidig op om, at nærsundhedsplanerne tager afsæt i lokale behov og populationsdata. Vi anbefaler, at vejledningen tydeliggør, at planerne skal beskrive, hvordan forebyggelse indgår i den lokale prioritering, og hvordan der følges op på indsatsen.

Patienter, pårørende og patientorganisationer skal inddrages tidligt og reelt

Det er positivt, at patient- og pårørendeudvalget skal inddrages i udarbejdelsen af planen, og at udvalget eller relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer skal høres i forbindelse med planen og tilsvarende større beslutninger.

Hjernesagen anbefaler, at inddragelsen imidlertid sker tidligt nok - ikke alene som høring af et næsten færdigt udkast. Derudover anbefales også et øget fokus på samarbejde med civilsamfundet i omstillingen af fremtidens sundhedsvæsen.

Hjernesagen står gerne til rådighed for en uddybning af bemærkningerne og det videre arbejde.

Med venlig hilsen



Anne Hertz

Direktør, Hjernesagen

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Høringssvar: Vejledning om nærsundhedsplan

Fagligt Selskab for sundhedsplejersker fremsender hermed høringssvar på det modtagede høringsudkast.

Vi bemærker, at grundtanken i at lave en nærsundhedsplan, omhandler en forebyggende indsats for den enkelte borger og smidige forløb mellem region og kommune.
Sundhedsplejen arbejder sundhedsfremmende, og indsatsen tilbydes i høj grad med blik for at støtte forældre og børn, og dermed støtte børns sunde udvikling. Fagligt selskab mener derfor, at det ville være naturligt i beskrivelsen af nærsundhedsplanens sigte, at netop overgange mellem fødested og sundhedsplejen bruges som eksempel. Psykiatrien nævnes flere gange, vi mener det ville være relevant at nævne sundhedsplejen under pkt 2,4.

Desuden er vi optagede af at "øvrige faglige vejledninger" ligger i den decentrale sundhedsplanlægning. Vi mener, det ville være optimalt om der, som tidligere udarbejdes nationale faglige anbefalinger og vejledninger, der i nærsundhedsplanen omsættes til faglige instrukser på den enkelte arbejdsplads. Dette mener vi er meget vigtigt for vores fag, idet vores vejledning skal bygge på sidste nye evidens baserede viden og dermed bør ligge centralt, hvor de fornødne kompetencer er til den opgave.

Med venlig hilsen

Ellen Eldrup
Næstforperson Fagligt Selskab for sundhedsplejersker fs10

Jeanne Vetterstein
Forperson Fagligt Selskab for sundhedsplejersker fs10

Høringssvar – Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Vedrørende:
Bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO) takker for muligheden for at afgive høringssvar.

På vegne af DSKO fremsendes hermed følgende bemærkninger til høringsmaterialet.

DSKO finder overordnet, at vejledningen understøtter ambitionen om et mere nært, sammenhængende og koordineret sundhedsvæsen, og har generelt få bemærkninger til udkastet. Flere af de beskrevne initiativer vurderes at kunne bidrage positivt til sammenhængen på tværs af sektorer. Særligt er det positivt, at der lægges vægt på bedre koordinering mellem somatik, psykiatri og øvrige dele af sundhedsvæsenet.

DSKO vil dog anbefale, at det tydeliggøres, at udviklingen af nære sundhedstilbud og hjemmebehandling skal ske under hensyntagen til kvalitet, patientsikkerhed og adgang til relevante specialistkompetencer. Nærhed er et vigtigt hensyn, men bør ikke stå alene som målsætning på områder, hvor høj grad af faglig specialisering er afgørende for behandlingskvaliteten.

Endvidere anbefaler DSKO et stærkere fokus på rehabilitering og palliation, herunder en tydeligere beskrivelse af ansvarsfordeling og samarbejde mellem sygehuse, kommuner og almen praksis. På disse områder oplever patienter med komplekse sygdomsforløb, herunder kræftpatienter, ofte sektorovergange, hvor koordination og kontinuitet er af stor betydning.

Herudover har DSKO ingen væsentlige bemærkninger til det fremsendte materiale.

På vegne af DSKO bestyrelsen

Med venlig hilsen

Dennis Tideman Arp
Hospitalsfysiker, M.Sc., PhD
Bestyrelsesmedlem Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO)
Tlf: +45 97661593, mail: deta@rn.dk
Aalborg Universitetshospital, Onkologisk Afdeling
Hobrovej 18-22, 9000 Aalborg

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

E-mail: sum@sum.dk CC: jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Dato:
16. september 2026

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
ml@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Det er positivt, at der med nærsundhedsplanerne etableres et fælles redskab til at omsætte den nationale sundhedsplans intentioner om et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen til lokal planlægning i sundhedsrådene.

Bekendtgørelsen og vejledningen indeholder flere vigtige elementer, blandt andet fokus på sammenhængende patientforløb, bedre samspil mellem sundhedsvæsenets aktører og lighed i sundhed. Danske Patienter bakker op om den retning, men det er afgørende, at nærsundhedsplanerne bliver konkrete og forpligtende redskaber for omstillingen med tydelige mål, ansvarsplacering og opfølgning.

Vejledningen lægger også vægt på, at patientforløb skal have "færrest mulige overgange". Danske Patienter vil i den forbindelse understrege, at dette ikke må forstås som et mål om at undgå overgange i sig selv. Det afgørende er at undgå overflødige overgange samtidig med, at patienter viderevisiteres rettidigt til relevante specialiserede tilbud, når deres behov kræver det.

Danske Patienter har nedenfor en række bemærkninger til, hvordan bekendtgørelsen og vejledningen kan styrkes, så nærsundhedsplanerne i højere grad bliver et reelt styringsredskab for den lokale omstilling, der kan bidrage til at realisere den nationale sundhedsplans mål og retning

Patient- og pårørendeudvalgenes rolle bør fremgå af bekendtgørelsen

Patient- og pårørendeudvalgenes rolle bør fremgå tydeligt af bekendtgørelsen om nærsundhedsplan. Nærsundhedsplanerne bliver et centralt redskab for den lokale omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen og vil få stor betydning for patienter og pårørendes adgang til nære og sammenhængende sundhedstilbud. Derfor bør det ikke alene fremgå af vejledningen, men også af selve bekendtgørelsen, at patient- og pårørendeudvalgene skal inddrages i arbejdet med planerne.

Danske Patienter er paraply for patient- og pårørendeforeninger i Danmark. Danske Patienter har 30 medlemsforeninger, der repræsenterer 109 patientforeninger og 900.000 medlemmer: Alzheimerforeningen, Amputationsforeningen, Astma-Allergi Danmark, Bedre Psykiatri, Dansk Søvnapnø Forening, Depressionsforeningen, Diabetesforeningen, Endometriose Fællesskabet, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Patientforeningen Fertilitet og Tab, PolioForeningen, Psoriasisforeningen, Scleroseforeningen, SIND, Sjældne Diagnoser, Tarmforeningen, UlykkesPatientForeningen og Øjenforeningen.

Det er samtidig vigtigt, at der er konsistens på tværs af de bekendtgørelser, der udmønter sundhedsreformen. I det samtidige høringsudkast til bekendtgørelse om patient- og pårørendeudvalg fremgår det, at patient- og pårørendeudvalgene skal inddrages og høres systematisk og løbende i forbindelse med større planlægningsmæssige beslutninger, herunder drøftelser af nærsundhedsplanen og den regionale sundhedsplan.

Danske Patienter mener derfor, at bekendtgørelsen om nærsundhedsplan bør suppleres, så det fremgår, at patient- og pårørendeudvalgene skal inddrages og høres systematisk og løbende i forbindelse med udarbejdelse, vedtagelse og opfølgning på nærsundhedsplanen. Det vil skabe en tydeligere og mere forpligtende sammenhæng mellem de to bekendtgørelser og sikre, at patient- og pårørendeperspektivet indgår rettidigt og systematisk i arbejdet med nærsundhedsplanerne. Det forudsætter, at inddragelsen tænkes ind i processen fra begyndelsen og ikke alene sker som en høring, når planen i praksis er færdig. Patient- og pårørendeudvalgene bør inddrages allerede i de tidlige drøftelser om behov, mål og prioriteringer, hvor der fortsat er reel mulighed for at bidrage til nærsundhedsplanens indhold. Der bør samtidig være klare rammer for, hvornår og hvordan patient- og pårørendeudvalgene inddrages, adgang til relevant materiale og tilstrækkelig tid til at behandle det. Endelig bør der følges op på patient- og pårørendeudvalgenes input, så det er tydeligt, hvordan patient- og pårørendeperspektiverne er indgået i den videre udarbejdelse og opfølgning på planen.

Det kan med fordel skrives ind i bekendtgørelsens § 4 om vedtagelse af nærsundhedsplanen, f.eks. som et nyt stk. 4:

"Patient- og pårørendeudvalget inddrages og høres systematisk og løbende i forbindelse med udarbejdelse, vedtagelse og opfølgning på nærsundhedsplanen."

En konsekvent beskrivelse af patient- og pårørendeudvalgets rolle i vejledningen

I vejledningen beskrives patient- og pårørendeudvalgets rolle forskelligt. Det fremgår af afsnit 1, at sundhedsrådet skal høre det regionale patient- og pårørendeudvalg *eller* relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer. Formuleringen kan læses sådan, at sundhedsrådet kan vælge at høre lokale organisationer i stedet for udvalget, og at inddragelsen kan begrænses til en høring. I afsnit 3.1 fremgår det derimod, at patient- og pårørendeudvalget *skal inddrages i udarbejdelsen* af nærsundhedsplanen. Her er udvalgets deltagelse obligatorisk og knyttet til selve arbejdet med at udvikle planen.

Danske Patienter finder det nødvendigt, at denne forskel afklares, så vejledningen entydigt fastslår, at patient- og pårørendeudvalget *skal* inddrages i udarbejdelsen af nærsundhedsplanen. Relevante lokale

patient- og pårørendeorganisationer kan supplere med særlig viden om bestemte patientgrupper eller konkrete tilbud, men deres inddragelse bør ikke erstatte patient- og pårørendeudvalgene.

Formuleringen i vejledningens afsnit 1 bør derfor ændres, så det ikke fremstår som et valg mellem patient- og pårørendeudvalget og lokale organisationer, og så inddragelsen ikke begrænses til en høring. Formuleringen bør ændres fra:
"sundhedsrådet skal høre det regionale patient- og pårørendeudvalg eller relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer".
til:
"sundhedsrådet skal inddrage det regionale patient- og pårørendeudvalg og eventuelt relevante lokale patient- og pårørendeorganisationer".

Nærsundhedsplanerne skal være konkrete og forpligtende

Danske Patienter bakker op om, at nærsundhedsplanerne skal tage udgangspunkt i lokale behov og omsætte den nationale sundhedsplan til lokal praksis. Planerne skal give plads til forskellige lokale løsninger, men der bør være fælles krav til, hvordan behov afdækkes, ansvar placeres og indsatser målrettes. Ellers er der risiko for, at planerne får meget forskelligt ambitionsniveau og ikke i tilstrækkelig grad understøtter mere sammenhæng og ensartethed på tværs af landet.

Bekendtgørelsen stiller allerede krav om mål, samarbejdsbeskrivelser og opfølgning. Når disse krav udfoldes i vejledningen, beskrives flere centrale elementer imidlertid med "kan" og "bør". Det efterlader uklarhed om, hvad alle nærsundhedsplaner forventes at indeholde. Danske Patienter finder særligt behov for at skærpe følgende:

<u>Tydelig opgavefordeling i tværgående patientforløb</u>

Bekendtgørelsens §§ 2-3 kræver beskrivelser af regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale indsatser. I vejledningens afsnit 4.4, s. 11, står der imidlertid, at beskrivelsen "*bør omfatte relevante snitflader, opgavefordeling, mål for indsatsen…*". Tilsvarende fremgår det af afsnit 4.5, s. 12, at det "*bør beskrives, hvordan regionale indsatser understøtter og samarbejder med kommunale indsatser…".*

Danske Patienter mener, at opgavefordeling, snitflader og mål skal være en obligatorisk del af disse beskrivelser. Det er særligt vigtigt for patienter med komplekse og tværgående forløb, hvor behandling, rehabilitering, genoptræning, hjælpemidler og sociale eller beskæftigelsesrettede indsatser skal hænge sammen. Planerne skal derfor tydeliggøre, hvilke aktører der varetager hvilke opgaver, hvordan koordinering, overlevering og opfølgning sikres. Ellers er der risiko for, at samarbejde bliver en overordnet ambition frem for en konkret forpligtelse.

Vejledningens eksempler på målgrupper med behov for tværgående og sammenhængende forløb bør samtidig udvides, så de også omfatter patienter med komplekse rehabiliteringsbehov og samtidige indsatser på tværs af sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet.

Omstillingen skal bevare faglig kvalitet og sikre adgang til specialiserede kompetencer

Når flere sundhedsindsatser skal varetages i det nære, er det afgørende, at omstillingen ikke svækker adgangen til specialiserede kompetencer, faglig kvalitet og robuste faglige miljøer. Danske Patienter har tidligere peget på, at et stærkt fokus på at flytte aktivitet tættere på borgerne kan indebære en risiko for afspecialisering, hvis der ikke samtidig sikres klare rammer for adgang til højt specialiseret viden og robuste faglige miljøer.

Vi er glade for udkastets bemærkninger om, at patientforløb ikke nødvendigvis følger sundhedsrådenes geografiske afgræsning, og at nærsundhedsplanerne bør have blik for, hvordan sammenhæng og koordinering understøttes. Danske Patienter skal i den forbindelse endnu engang understrege, at geografisk nærhed ikke må være på bekostning af adgangen til den bedst mulige behandling og vi skal derfor opfodre til at dette eksplicit nævnes i vejledningen.

Danske Patienter hilser det velkomment, at de kommende nærsundhedsplaner skal understrege betydningen af adgang til og anvendelse af specialiserede kompetencer og forskningsbaseret viden. Det vil være værdifuldt, at nærsundhedsplanerne har blik for de eksisterende landsdækkende videns- og behandlingstilbud og for mulighederne for at bringe disse tilbud i spil, når det er relevant for lokale patientforløb og faglige miljøer. Det gælder blandt andet patientforeningsdrevne, ikke-kommercielle specialhospitaler, som varetager specialiserede sygdomsspecifikke opgaver og bidrager med specialistkompetencer, forskningsbaseret viden og rådgivning på tværs af sektorer.

Danske Patienter ser på denne baggrund positivt på, at nærsundhedsplanerne kan styrke koblingen mellem de lokale sundhedstilbud og de landsdækkende specialiserede fagmiljøer til gavn for patienter med komplekse og specialiserede behov.

Patientoplevet kvalitet i datagrundlaget og opfølgningen

Det er positivt, at vejledningen lægger vægt på, at nærsundhedsplanerne skal tage udgangspunkt i lokale behov og populationsdata, og at mål og indikatorer bør baseres på et velunderbygget datagrundlag for at kunne følge udviklingen i det nære sundhedsvæsen og vurdere, om planerne bidrager til mere sammenhængende patientforløb.

Det bør dog fremgå tydeligere, at datagrundlaget og indikatorerne ikke alene skal afspejle sundhedsfaglige, organisatoriske og kapacitetsmæssige forhold, men også patienters og pårørendes behov, erfaringer og livskvalitet. Det gælder både i prioriteringen af målgrupper og indsatser og i opfølgningen på, om nærsundhedsplanerne skaber bedre livskvalitet, sammenhæng, og tilgængelighed for patienter og pårørende.

Danske Patienter anbefaler derfor, at vejledningen præciseres, så patienter og pårørendes behov, erfaringer og patientoplevet kvalitet indgår som en del af grundlaget for lokale mål, indikatorer og opfølgning på nærsundhedsplanerne.

Hjemmebehandling skal tilrettelægges sammen med patienten

Vejledningen beskriver, at hjemmebehandling skal udbygges trinvist i det omfang kapacitet og faglige hensyn tillader det, og at behandling i hjemmet understøttes gennem sygehusenes rådgivning og faglige sparring.

Danske Patienter ser positivt på, at vejledningen beskriver styrket hjemmebehandling og hjemmemonitorering som led i omstillingen mod et stærkere primært sundhedsvæsen. Det er dog ikke tilstrækkeligt, at hjemmebehandling alene beskrives ud fra kapacitet og faglige hensyn. Når flere indsatser over tid skal kunne foregå i patientens hjem, skal beslutningen træffes sammen med patienten og eventuelt pårørende.

Danske Patienter anbefaler derfor, at vejledningen præciseres, så det fremgår, at beslutningen om hjemmebehandling og hjemmemonitorering skal ske i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende, og at der skal tages højde for patientens behov, ressourcer og præferencer.

Forebyggelse bør indgå tydeligere i den lokale planlægning og opfølgning

Danske Patienter ser positivt på, at forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig indsats indgår i både bekendtgørelsen og vejledningen. Forebyggelse er et vigtigt mål i sundhedsreformen og en forudsætning for, at flere indsatser kan håndteres tidligere og tættere på patienternes hverdag. Forebyggelse bør derfor ikke alene beskrives som et bredt hensyn, men indgå tydeligt i nærsundhedsplanernes prioritering af indsatser og målgrupper.

Danske Patienter anbefaler, at vejledningen præciseres, så nærsundhedsplanerne beskriver, hvordan forebyggelse indgår i den lokale planlægning, og hvordan der følges op på, om indsatserne bidrager til tidligere indsats, bedre sammenhæng og mindre ulighed i sundhed. Det bør samtidig fremgå, at forebyggelse ikke alene skal afvente den kommende folkesundhedslov, men tænkes ind i nærsundhedsplanerne fra start.

Civilsamfundet bør beskrives tydeligere i vejledningen som en konkret samarbejdspartner

Det er positivt, at civilsamfundet nævnes i bekendtgørelsen og vejledningen. Civilsamfundet, herunder patient- og pårørendeforeninger, kan spille en vigtig rolle i udviklingen af det nære sundhedsvæsen, blandt andet gennem rådgivning, støtte, fællesskaber, patientrettet forebyggelse, pårørendestøtte og viden om patienter og pårørendes behov.

Civilsamfundets rolle fremgår dog relativt svagt i materialet. I bekendtgørelsen er samarbejdet med civilsamfundet formuleret som noget, nærsundhedsplanen kan beskrive, og i vejledningen beskrives civilsamfundet primært i relation til arbejdet med lighed i sundhed. Det giver ikke et tydeligt billede af, hvordan civilsamfundet kan indgå som konkret samarbejdspartner i omstillingen af det nære sundhedsvæsen.

Danske Patienter anbefaler derfor, at vejledningen uddybes, så det fremgår tydeligere, hvordan sundhedsrådene i relevant omfang kan samarbejde med civilsamfundsaktører, herunder patient- og pårørendeforeninger. Det kan eksempelvis være i indsatser om forebyggelse, rehabilitering, støtte til egenomsorg, pårørendestøtte, fællesskaber og brobygning til relevante tilbud uden for sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør

Høringssvar

Høring over udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Behov for faglig rådgivning og adgang til professionsspecifik viden

Danske Fysioterapeuter finder det positivt, at nærsundhedsplanerne skal tage afsæt i lokale behov og populationsdata, og at sundhedsrådene får en central rolle i omstillingen og udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Vejledningen peger samtidig på behovet for faglig sparring og rådgivning på tværs af aktører og sektorer.

Danske Fysioterapeuter finder imidlertid, at der er behov for at styrke sundhedsrådenes adgang til sundhedsfaglig og professionsspecifik rådgivning. Sundhedsrådene består af folkevalgte repræsentanter fra regioner og kommuner, og det er derfor afgørende, at de understøttes med relevant faglig viden, når der skal træffes beslutninger om, hvordan sundhedsopgaver bedst løses lokalt bl.a. ved at inddrage sundhedsprofessionelles perspektiver i udarbejdelsen af nærsundhedsplanen.

Det gælder blandt andet viden om, hvilke opgaver forskellige sundhedsprofessioner kan varetage, og hvordan ny forskning og udvikling inden for de enkelte fagområder kan omsættes til lokale tilbud og nye måder at organisere sundhedsvæsenet på. Det er særligt relevant i forbindelse med den opgaveomstilling, som nærsundhedsplanerne skal understøtte.

Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at vejledningen tydeliggør, at sundhedsrådene skal have adgang til relevant faglig rådgivning og sparring fra de sundhedsprofessioner, der er relevante for de lokale udfordringer. Det kan eksempelvis ske gennem faste faglige rådgivningsfora eller ved, at relevante faglige organisationer og professionsrepræsentanter inddrages i forbindelse med udarbejdelsen og opfølgningen på nærsundhedsplanerne.

Det bør samtidig sikres, at rådgivningen ikke alene omfatter de organisatoriske og økonomiske muligheder, men også den nyeste viden om, hvilke indsatser og kompetencer de forskellige sundhedsprofessioner kan bidrage med. På den måde kan sundhedsrådene få et bedre grundlag for at identificere muligheder for opgaveflytning, forebyggelse, behandling og rehabilitering og dermed sikre, at lokale løsninger baseres på både lokale behov og den bedste tilgængelige faglige viden.

Danske Fysioterapeuter anbefaler derfor, at Sundhedsstyrelsen i vejledningen præciserer sundhedsrådenes adgang til tværfaglig og professionsspecifik faglig rådgivning som en del af arbejdet med nærsundhedsplanerne.

Danske Fysioterapeuter
Holmbladsgade 70
DK-2300 København S

www.fysio.dk
Telefon: +45 3341 4620
Mail: fysio@fysio.dk

Specifikke bemærkninger

Specifikt skriver der i vejledningen 2.2, at nærsundhedsplanen bør medvirke til at forebyggelse, sundhedsfremme og tidlig indsats tænkes ind som integreret del af udviklingen og omstillingen af sundhedsvæsnet i tråd med intentionerne i sundhedsreformen og folkesundhedsloven. Danske Fysioterapeuter efterspørger en plan/vejledning for hvordan sikres koordinering i prioriteringer mellem de forskellige kommuner, inden for rammerne af den kommende folkesundhedslov?

Derudover anbefaler Danske Fysioterapeuter at der i kapitel 4.3 Lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver side 10 under *"Det øvrige praksisområde"* tilføjes et punkt om flytning af opgaver fra et praksisområde til et andet, fx lænderygpatienter, som med fordel kunne flyttes til fysioterapipraksis.

Med venlig hilsen

Niels Sandø

Chef for Politik, Profession og Kommunikation

Danske Fysioterapeuter

Sundheds- og Kirkeministeriet og Sundhedsstyrelsen

Høringssvar til udkast til Sundhedsstyrelsens vejledning til nærsundhedsplan

Den: 15. sep. 2026
Ref.: LSA

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd (DSR) takker for muligheden for at afgive høringssvar til vejledning til nærsundhedsplan.

Generelle bemærkninger
DSR bakker op om vejledningens ambition om at skabe et mere nært, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Vi finder det positivt, at vejledningen understreger betydningen af tværgående samarbejde, som beskrevet i § 3 i bekendtgørelsen. Derudover fremhæver vejledningen fælles planlægning, populationsansvar og ledelsesmæssig understøttelse som vigtige faktorer i udviklingen af nærsundhedsplanerne. Vejledningen beskriver samtidig, at planlægningen bør bygge på både sundhedsfaglige og organisatoriske behov.

Nærsundhedsplanerne kan blive et vigtigt redskab til at omsætte sundhedsreformen til konkrete løsninger tættere på borgerne. Det forudsætter imidlertid, at nærsundhedsplanerne bliver mere end planer for, hvor opgaverne organisatorisk placeres. Planerne bør også beskrive, hvordan opgaverne kan løses fagligt forsvarligt, og hvilke kompetencer, ressourcer og personale-mæssige forudsætninger det kræver.

Sammenlignelige mål, evaluering og opfølgning på omstillingen
DSR vurderer det afgørende, at begrebet nærhed ikke alene forstås organisatorisk. Store geografiske afstande og forskelle i befolkningstæthed og rekrutteringsmuligheder betyder, at adgang til sundhedsydelser og relevante sundhedsfaglige kompetencer må være en central målestok for, om omstillingen lykkes.

Ligeledes bør planerne dokumentere, hvordan borgerne får reel adgang til den rette faglige hjælp med den nødvendige kvalitet, kapacitet og sammenhæng, samt hvordan medarbejderne sikres de nødvendige kompetencer og rammer til at løse opgaverne.

Vejledningen lægger op til, at nærsundhedsplanerne skal have konkrete mål og indikatorer og baseres på et fælles datagrundlag. DSR mener, at man ikke alene bør måle på økonomi og aktivitet. Der bør måles på, om reformen faktisk virker for borgeren. Det kan fx være med udgangspunkt i følgende parametre:

- Lighed: Er forskellene mellem kommunerne blevet mindre?
- Kvalitet: Får borgerne samme faglige kvalitet?

- Tilgængelighed: Kan borgerne få hjælp, når de har behov?
- Sammenhæng: Oplever borgeren færre overgange og bedre koordinering?
- Medarbejdernes faglige kvalitet: Er der de nødvendige kompetencer og den nødvendige kapacitet?
- Borgerens oplevelse: Giver den nye organisering faktisk bedre forløb?

Faglig rådgivning samt medarbejder- og lederinddragelse
DSR savner imidlertid en tydeligere beskrivelse af, hvordan sygeplejefaglig viden og erfaringer inddrages i udarbejdelsen, i implementeringen og opfølgningen på nærsundhedsplanerne. Nærsundhedsplanerne skal danne grundlag for omfattende omstillinger af opgaver, arbejdsgange og samarbejdsformer på tværs af sektorer. Derfor er det afgørende, at sygeplejefaglige perspektiver bringes i spil fra starten og ikke alene efterfølgende i forbindelse med implementeringen. De sygeplejefaglige perspektiver bør også sætte en retning for, hvordan sundhedsindsatser organiseres.

Vi finder det bemærkelsesværdigt, at vejledningen beskriver organisering og ledelsesmæssig understøttelse, men ikke forholder sig til betydningen af faglig ledelse og systematisk inddragelse af de sundhedsprofessionelle fagmiljøer. En vellykket omstilling af sundhedsvæsenet forudsætter, at beslutninger om opgaveflytning, kompetenceudvikling, kvalitet og patientsikkerhed træffes med afsæt i stærke faglige vurderinger og tæt dialog med de medarbejdere, der har ansvaret for den daglige opgaveløsning.

Sygeplejersker og øvrige sundhedsfaglige medarbejdere besidder afgørende praksisnær viden om patientforløb, kapacitet, patientsikkerhed, arbejdsmiljø og sektorovergange. Denne viden bør systematisk inddrages i både planlægningen, implementeringen og opfølgningen. Det gælder især på følgende områder:

- kommunal sygepleje
- akutsygepleje
- kronikerindsatser
- hjemmebehandling
- rehabilitering
- palliation
- psykiatri
- sundhedspleje
- overgange mellem hospital, kommune og almen praksis.

Sundhedsprofessionelles erfaringer og faglige vurderinger bør være en systematisk del af udviklingen af nærsundhedsplanerne. Det er særligt vigtigt, fordi planerne netop skal skabe sammenhæng mellem region, kommuner, almen praksis og sygehuse.

DSR anbefaler derfor, at vejledningen tydeliggør en struktur for medarbejderinddragelse og beskriver relevante indflydelsesveje for de sundhedsprofessionelle organisationer, medarbejderrepræsentanter og faglige ledere. Dette kan f.eks. ske gennem MED-systemet, relevante faglige fora og andre strukturer, der sikrer, at sundhedsfaglige kompetencer og erfaringer aktivt bidrager til prioriteringer, mål og indsatser i nærsundhedsplanerne.

Kommunal sygepleje
Det er positivt, at det under punktet 'udadvendte sygehuse', fremgår tydeligt, at sygehusene i stigende grad arbejder aktivt med at bistå det primære sundhedsvæsen i deres opgaveløsning. Dermed forstår vi også, at det udadvendte sygehus ikke skal overtage og styre den kommunale sygeplejes indsatser, men bistå og understøtte, hvor der er behov for specialiseret sygepleje.

Det er også positivt, at det klart fremgår, at man forventer, at de kommunale sygeplejersker har kompetencerne til at løfte opgaverne i det primære sundhedsvæsen, og at det er ledelsens opgave at sikre, at de kommunale sygeplejersker har kompetencerne. Dette forventes også at fremgå som klare krav i den kommende kvalitetsstandard for kommunal sygepleje og palliation.

Dog omtales 'kommunale tilbud' generelt, men ikke specifikt den kommunale sygepleje. DSR mener, at nærsundhedsplanen specifikt bør beskrive den kommunale sygeplejes rolle og kapacitet i forhold til forebyggelse, behandling, rehabilitering, palliation, tidlig opsporing og koordinering af komplekse borgerforløb.

Kommunal sygepleje skal håndtere stadig flere borgere med komplekse problemstillinger grundet multisygdom, polyfarmaci og avancerede behandlingsforløb. Derfor bør nærsundhedsplanen indeholde krav om planlægning af kompetenceudvikling og specialiserede sygeplejefaglige funktioner i det nære sundhedsvæsen.

Ansvarsfordeling mellem region og kommune
Flere opgaver flyttes tættere på borgeren. Derfor er det vigtigt, at ansvarsfordelingen beskrives tydeligt. Nærsundhedsplanen bør indeholde krav om en klar beskrivelse af ansvar, finansiering, kompetencekrav og samarbejdsmodeller ved opgaveoverdragelse mellem hospital, almen praksis og kommunal sygepleje.

Psykiatri
DSR vurderer ikke, at vejledningen til nærsundhedsplanerne i tilstrækkelig grad håndterer det psykiatriske område. De politiske ambitioner om integration af psykiatri og somatik er langt fra den praktiske virkelighed – særligt uden for dagtid.

- Hvem tager det konkrete ansvar resten af døgnet – aftener, nætter, weekender?
- Hvem bemander indsatserne, og hvordan finansieres de?

Der er i praksis en stor del af døgnet, hvor den akutte psykiatri reelt er eneste tilgængelige psykiatrifaglige funktion, særligt i de sene aftentimer og om natten. Lokalpsykiatrien varetager en stor del af opgaven med udredning og en del af behandling. Det er derfor helt centralt, at den videre opfølgning og håndtering af mindre komplekse forløb faktisk foregår i det regi, som aftalerne lægger op til – og ikke ender i akut, subakut eller ambulant psykiatri, fordi kommunerne mangler kapacitet eller tilstrækkelige psykiatrifaglige kompetencer.

Samtidig er det nødvendigt, at socialpsykiatrien og bostederne udvikles i takt med regeringens og samfundets ønsker til psykiatrien. Der bør desuden investeres i systematisk opkvalificering af medarbejdere i socialpsykiatrien og på bosteder.

Nærsundhedsplanerne bør beskrive hvilke forpligtende tiltag, der iværksættes for at løfte de vedtagne indsatser i den nationale 10 års planen for psykiatri om fx sammenhængende forløb mellem psykiatri og somatik, herunder samarbejdet mellem kommunale sygeplejersker, bostøtte, socialpsykiatri og regionale tilbud. Ligeledes bør nærsundhedsplanerne beskrive, hvordan man lokalt vil opkvalificere personalet i både psykiatrien og socialpsykiatrien.

Begreber
Vedr. 'omstilling af sundhedsvæsenet'
Der stilles store krav til omstilling og opgaveflytning fra sygehuse til det nære sundhedsvæsen, men vejledningen beskriver ikke præcist, hvilke opgaver der skal flyttes, hvornår det skal ske, eller hvilke ressourcer der følger med. Det giver risiko for forskellige fortolkninger mellem kommuner og regioner og for ufinansieret opgaveoverdragelse.

Vedr. 'populationsansvar'
Der planlægges ud fra "populationsansvar", men sundhedsrådene er ikke selvstændige myndigheder. Det kan derfor blive uklart, hvem der har ansvaret for de tværgående problemstillinger.

Vedr. 'forebyggelse'
Forebyggelse er nævnt for overordnet. Forebyggelse, tidlig opsporing, rehabilitering og forebyggelse af indlæggelser bør fremgå som selvstændige elementer i nærsundhedsplanerne.

Med venlig hilsen
Forkvinde, Dorthe Boe Danbjørg



16. september 2026

Dansk Psykolog Forenings høringssvar til udkast til bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplan

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundheds- og Kirkeministeriet vedrørende udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Hovedpointer

- Dansk Psykolog Forening finder det positivt, at nærsundhedsplanerne skal understøtte udviklingen af et stærkere og mere sammenhængende nært sundhedsvæsen.
- Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at sundhedsrådene har et betydeligt fremtidigt arbejde med, at sikre varetagelsen af samarbejdet med og imellem sundhedspersoner - herunder psykologer med ydernummer i praksissektoren
- Dansk Psykolog Forening anbefaler, at vejledningen tydeliggør at sundhedsrådene også skal søge samarbejde og inddragelse hos andre relevante parter med kendskab og viden til de opgaver sundhedsrådene skal løse

Overordnede bemærkninger

Dansk Psykolog Forening støtter ambitionen om at styrke det nære sundhedsvæsen og skabe mere sammenhængende tilbud tættere på borgerne. Nærsundhedsplanerne kan blive et vigtigt redskab til at sikre koordinering på tværs af sektorer og skabe bedre sammenhæng mellem kommunale indsatser, almen praksis, sygehuse og øvrige sundhedstilbud.

Dansk Psykolog Forening ser positivt på etableringen af de 17 sundhedsråd, som blandt andet skal sikre langt bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet og sundhedsindsatser i regioner, kommuner og praksissektor, samt øvrige tilbud. Derudover ser vi det som en nødvendig styrkelse af det nære sundhedsvæsen – herunder også det nære mentale sundhedsvæsen.

Lokal planlægning i Nærsundhedsplan

Dansk Psykolog Forening noterer, at planlægningskompetencen, den lokale planlægning, dialog og tilrettelæggelse, i høj grad vil foregå i sundhedsrådene inden for overordnede rammer.

Sundhedsrådene skal behandle sager, der vedrører den lokale planlægning af praksissektoren, samt at rammer for lokale aftaler på praksisområdet med økonomiske implikationer i forhold til honorering forudsættes som udgangspunkt at ligge under forretningsudvalget, som har det umiddelbare ansvar for tværgående økonomiske forhold. Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at sundhedsrådene har et betydeligt fremtidigt arbejde med, at sikre varetagelsen af samarbejdet med og imellem sundhedspersoner - herunder psykologer med ydernummer i praksissektoren - og sekretariatsbetjening af praksissektorens samarbejdsudvalg og andre samarbejdsfora med henblik på at sikre en geografisk og lige adgang til behandling samt udarbejdelse af praksisplaner.

Dansk Psykolog Forening bemærker dertil, at vejledningen er henvendt til politikere og planlæggere i regioner og kommuner, der er involveret i udarbejdelsen af en nærsundhedsplan i et sundhedsråd. Derudover henvender vejledningen sig til patient- og pårørendeudvalg, da de i henhold til

sundhedslovens § 204, stk. 1 systematisk inddrages i hvert sundhedsråds drøftelser i forbindelse med større planlægningsmæssige beslutninger.
Dansk Psykolog Forening anbefaler, at vejledningen tydeliggør at sundhedsrådene også skal søge samarbejde og inddragelse hos andre relevante parter med kendskab og viden til de opgaver sundhedsrådene skal løse, blandt andet mhp. at sundhedsrådene kan sikre et velunderbygget datagrundlag.

Det er positivt, at psykiatrien er tænkt ind i nærsundhedsplanen, og at der er fokus på helhedsorienterede løsninger, hvor psykiatri og somatik tænkes som en samlet og nær indsats. Vi vil dog gerne påpege, at der også kan være situationer, hvor en patient alene er i psykiatrien, og denne målgruppe bør også tænkes ind i nærhedsundhedsplanen.

Det er også positivt med fokus en samlet, nær indsats til børn, unge og voksne i mistrivsel og med psykisk lidelse e.lign. i form af blandt andet et godt samarbejde mellem den regionale psykiatri, AP og kommunale indsatser. I den sammenhæng vil vi på det kraftigste opfordre til, at ydernummerpsykologerne og andre selvstændige psykologer også tænkes ind i samarbejdet.

Med venlig hilsen

Dea Seidenfaden
Forperson i Dansk Psykolog Forening

DANSK ERHVERV
Børsen
1217 København K

www.danskerhverv.dk
info@danskerhverv.dk
T. + 45 3374 6000

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Den 16. september 2026

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Dansk Erhverv takker for muligheden for at deltage i høring vedr. hhv. udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og udkast til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Dansk Erhverv noterer sig, at nærsundhedsplanen skal udformes inden for rammerne af sundhedsloven, herunder blandt andet § 206 d i regionsloven samt nærværende bekendtgørelse og vejledning.

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

Dansk Erhverv henviser til tidligere afgivne høringssvar om emnet på et overordnet lovgivningsniveau høringssvar fra Dansk Erhverv vedr. lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner m.v. den 2. juli 2025[1]

Generelle bemærkninger

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

Dansk Erhverv bemærker, at der med sundhedsreformen blandt andet er åbnet op for **1)** at regionerne kan indgå aftale med private leverandører om at drive regionale sundheds- og omsorgspladser, **2)** at private leverandører af helhedsplejen også skal have mulighed for at levere almene

[1] *Se evt. også: høringssvar fra Dansk Erhverv vedr. Supplerende høring over lovforslag om opgaveflyt, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv. [18. september 2025]. Alle Dansk Erhvervs høringssvar offentliggøres på danskerhverv.dk*

sygeplejeydelser, der integreres i helhedsplejen, og **3)** at muligheden for offentlig-privat samarbejde tænkes med i arbejdet med hjemmebehandlingsteams, akutsygepleje samt genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Hermed peger aftalen i retningen af et politisk ønske om et styrket offentlig-privat samarbejde om sundhed.

Dansk Erhverv støtter op om at sætte tidligere ind og skabe mere sammenhæng for både patienter og borgere i berøringen med sundhedsvæsnet. I forhold til at skabe mere sammenhæng, er det dog væsentligt, at man skelner mellem sundhedsreformens ønske om at samle og styrke samarbejdet om et myndigheds- og populationsansvar[2] på den ene side, og på den anden side muligheden for at levere sundhedsindsatser fra forskellige tilbud fra eksisterende aktører, der allerede har tilbud af høj kvalitet.

Dansk Erhverv har tidligere anbefalet, at sundhedsplaner og nærsundhedsplaner har bindende mål. Det bør blandt andet understøtte samarbejde mellem offentlige og private aktører på tværs af områder, produktivitet, en fælles indsats for styrket forebyggelse, digitalisering, styrket hjemmebehandling, kvalitet og ventetid i sundhedsvæsenet mv. Sundhedsrådene bør, hvor det er relevant i forhold til lokale behov og de enkelte planområder, forholde sig konkret til, hvordan disse hensyn bidrager til bedre og mere sammenhængende forløb for borgerne.

Dansk Erhverv finder det væsentligt, at nærsundhedsplanerne skal bygge på et fælles og tilstrækkeligt oplyst grundlag, der gør det muligt både at følge resultaterne for borgerne og at bringe relevant kapacitet i spil. Det forudsætter klare mål og opfølgning, leverandørneutral planlægning, tidlig dialog om mulige løsninger samt data og digitale rammer, der gør samarbejde på tværs muligt. Samtidig skal processerne omkring vedtagelse og ændringer være gennemsigtige og forudsigelige, hvis planerne skal skabe et reelt grundlag for investeringer og samarbejde.

Dansk Erhverv bemærker kritisk, at nærværende lovgivning og vejledning må forventes at skabe mere offentligt bureaukrati og flere administrative stillinger, og opfordrer til, at man er opmærksom på en implementering, der understøtter mindre bureaukrati i alle led og har fokus på at forenkle beslutningsprocesserne. Tal for tallenes egen skyld, dokumentation, visioner, ambitioner og mål skaber ikke *i sig selv* mere sundhed, og det er væsentligt, at sundhedsbehandlingen udvikles med patienten og borgeren, frem for systemet, i centrum.

Specifikke bemærkninger

Bemærkninger til bekendtgørelsens § 1, stk. 3, og §§ 5 og 6 samt vejledningens afsnit 2.1, 4.1 og 6 (Mål, og opfølgning på nærsundhedsplaner)

Bekendtgørelsens § 1, stk. 3, fastsætter, at nærsundhedsplanerne skal indeholde mål for omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Vejledningens afsnit 4.1 præciserer herudover, at de lokale mål skal omsættes til indikatorer.

Kommunerne har siden 2007 haft ansvaret for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud. Dansk Erhverv konstaterer, at bl.a. på grund af den uklare lovgivning, ofte kaldt 'gummiparagraffen', har der været meget varierende forebyggelsesindsatser, og der er er i høj grad brug for en

[2] *Se også vejledningens differentiering mellem at nærsundhedsplanen har et samlet populationsansvar, men at sundhedsrådet ikke tillægges et selvstændigt myndighedsansvar i afsnit 2.2.*

styrkelse af området. Dansk Erhverv mener, at målene bør være bindende og have karakter af egentlige krav.

Dansk Erhverv støtter, at der gives plads til lokale prioriteringer, men anbefaler, at det tydeliggøres, at planerne, hvor det er relevant, skal indeholde mål for kvalitet, ventetid, produktivitet, hjemmebehandling og hjemmemonitorering, digitalisering samt samarbejde mellem offentlige og private aktører mv. (Se Dansk Erhvervs tidligere høringssvar til rammelovgivningen. Dansk Erhverv bemærker i den forbindelse, at det kan være hensigtsmæssigt med sammenlignelige mål/krav på tværs, så udbydere af tilbud til det nære sundhedsvæsen kan byde ind på tværs.

Dansk Erhverv er enig i den opmærksomhed, der fremhæves når vejledningen i afsnit 2.1 skriver *at "Patientforløb følger ikke nødvendigvis sundhedsrådenes geografiske afgrænsning, og nærsundhedsplanen bør derfor også have blik for, hvordan sammenhæng og koordinering understøttes på tværs af sundhedsrådsgrænser og sektorer."* Dansk Erhverv noterer sig i forlængelse heraf *for det første*, at teknologi, særligt digitale sundhedsløsninger, også kan skabe nærhed, der er løsrevet fra de enkelte geografiske enheder. Inddelingen i yderligere geografiske enheder bør derfor ikke stå i vejen for udbredelsen af digitale sundhedsløsninger og den fleksibilitet, det kan medføre. *For det andet* mener Dansk Erhverv også, at *nærhed i sig selv* ikke bør være et kvalitetsparameter, når det kommer til den specialiserede rehabilitering, hvor Dansk Erhverv ligesom andre aktører er bekymret for, om man formår at bygge videre på de eksisterende vidensmiljøer på området, de steder hvor det fungerer godt og man har en høj specialisering og stærke faglige miljøer. Og *for det tredje,* at logikken bør føres videre til, at arbejdet med at styrke sundheden ikke er noget, myndighederne kan lykkes med alene, men det kræver en samfundstilgang, hvor flere kræfter og løsninger bringes i spil.

Bekendtgørelsens § 5 pålægger regionsrådet at følge op på fremdrift og realisering af planens mål, mens vejledningens afsnit 6 beskriver den regionale og nationale opfølgning. Dansk Erhverv anbefaler, at der for hvert væsentligt indsatsområde bør være en konkret plan for tidsplan, ansvar mv., så opfølgningen vedrører reel gennemførelse og resultater frem for alene igangsatte aktiviteter, og så aktører udover myndighederne selv har en klar og forudsigelig ramme, som de kan spille ind i.

Bemærkninger til bekendtgørelsens § 1, stk. 4, samt vejledningens afsnit 4.2 og 4.3 (Styrket lokal planlægning og brug af den samlede kapacitet)

Bekendtgørelsens § 1 stk. 4, stiller krav om lokal planlægning inden for *"1) De almenmedicinske tilbud 2) Nære regionale sundhedsindsatser 3) Sygehuse, herunder sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen 4) Det øvrige praksisområde 5) Forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik"*, og § 1 stk. 5 giver muligheden for at supplere den *"lokale planlægning af øvrige regionale sundhedsindsatser ud fra lokale behov, herunder i forhold til sundhedsrådenes arbejde med at fremme lighed i sundhed og folkesundheden, samt samarbejde med civilsamfundet."* Vejledningens afsnit 4.3 udfolder disse områder yderligere.

Dansk Erhverv anbefaler, at det præciseres, hvad der skal indgå i vurderingen af "den samlede kapacitet", når det nævnes i vejledningens, så den reelt samlede kapacitet kan bringes i spil inklusiv

kapaciteten uden for det offentlige. Der bør ligeledes tilføjes en eksplicit formulering om, at sundhedsrådet i relevant omfang kan og bør inddrage eksterne samarbejdspartnere for at understøtte kvalitet og tilgængelighed.

Nærsundhedsplanerne bør således forholde sig aktivt til, hvordan relevant offentlig, privat og civil kapacitet kan anvendes, når det styrker kvalitet, tilgængelighed og sammenhæng i forløb for borgere og patienter. Planlægningsansvaret for en befolkningsgruppe bør ikke blive lig med en forventning om egenproduktion. Dansk Erhverv anbefaler derfor også, at der indsættes en præcisering i vejledningens afsnit 4.3 om, at nærsundhedsplanen skal omfatte og beskrive relevante samarbejdsformer og innovative partnerskaber mellem offentlige og private aktører.

Dansk Erhverv kvitterer positivt for, at hjemmebehandling og hjemmemonitorering er nævnt i vejledningen flere steder, som vi også har peger på i tidligere høringssvar. Der er bred folkelig opbakning til denne udvikling mod mere hjemmebehandling og hjemmemonitorering. En undersøgelse fra Dansk Erhverv viser, at knap to ud af tre danskere (65 pct.) foretrækker at blive indlagt i hjemmet frem for på sygehuset, når det er sundhedsfagligt forsvarligt. Ligeledes mener 66 pct., at sundhedsvæsenet i højere grad bør anvende digitale løsninger til monitorering i hjemmet. Dansk Erhverv gør opmærksom på, at det indgår i sundhedsreformen, at der skal være mulighed for offentlig-privat samarbejde om området. Dansk Erhvervs specifikke kommentarer om det er uddybet nedenfor knyttet til de relevante punkter i vejledningen.

Vejledningens afsnit 4.3 favner som nævnt ovenfor en bred vifte af områder, hvilket giver anledning til en række konkrete bemærkninger til indholdet:

- ***Almenmedicinske tilbud.*** Bekendtgørelsen anvender i § 4 stk. 1 den brede betegnelse "*almenmedicinske tilbud*", hvilket er i overensstemmelse med sundhedsreformens vision om at sikre en bred sammensætning af klinikformer. Dansk Erhverv opfordrer til, at denne del præciseres, så der ikke opstår tvivl om, hvorvidt udvalgte offentlige eller private organisationer eller klinikformer tildeles eksklusive rettigheder, men at planlægningen i stedet tager udgangspunkt i patienternes lokale behov.
- ***Sygehuse, herunder sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen.*** Bekendtgørelsen anvender i § 1, stk. 4, nr. 3, den brede betegnelse *'sygehuse'*, mens vejledningens beskrivelse af sygehusområdet i afsnit 4.3 navnlig tager afsæt i regionale sygehuse. Dansk Erhverv anbefaler, at det præciseres, at planlægningen skal tage udgangspunkt i den behandlingskapacitet, der reelt indgår i borgernes forløb, uanset organisatorisk forankring. Sundhedsrådenes ansvar bør være et myndighedsansvar for resultater, kvalitet og adgang for borgerne og ikke en implicit præference for en bestemt driftsform.

  Det beskrives yderligere, hvordan nærsundhedsplanen skal arbejde med *udadvendte sygehuse*, herunder "udvikling af nye løsninger". Dansk Erhverv anbefaler, at formuleringen "udvikling af nye løsninger" erstattes af "brug af nye og eksisterende løsninger" for at afspejle, at der allerede i dag findes en lang række digitale, diagnostiske, etc. løsninger, som kan skaleres systematisk. Der er således primært brug for, at nærsundhedsplanen beskriver rammerne for brug af løsninger, snarere end at udvikle løsninger i konkurrence med eksisterende offentlige og private udbydere.

Dansk Erhverv kvitterer også for, at der er lagt op til *'Styrket hjemmebehandling og hjemmemonitorering'* som en del af sygehusenes udvikling, men foreslår, at der indskrives, at denne rådgivning skal ske leverandørneutralt, underlagt nationale faglige kvalitetskrav, men ikke med én enkelt leverandør på tværs af landet.

- ***Det øvrige praksisområde.*** Bekendtgørelsens § 1, stk. 4, nr. 4, kræver planlægning af *det øvrige praksisområde*, som vejledningens afsnit 4.3 konkretiserer til blandt andet fysioterapeuter. Dansk Erhverv bemærker i den forbindelse, at det er væsentligt at tage udgangspunkt i eksisterende fysioterapiklinikker, som allerede er lokalt forankret i hele landet. Klinikkerne bør med fordel indgå i sundhedsrådenes kapacitetsvurderinger og i en lokal dialog om relevante løsninger, herunder i forløb om rehabilitering, forebyggelse og kronisk sygdom. Dansk Erhverv repræsenterer sammen med 'Sundhed Danmark - Fysioterapi' flertallet af klinikker med ydernummer, og vores medlemmer vil gerne bidrage til at løfte sundheden i det nære sundhedsvæsen.
- ***Forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik.*** Dansk Erhverv er positiv over for, at området indgår særskilt i nærsundhedsplanerne, hvilket er i tråd med Dansk Erhvervs tidligere anbefaling til lovgrundlaget. Planerne bør understøtte sammenhæng mellem behandlingspsykiatrien, somatikken og socialpsykiatrien og fleksibelt inddrage relevante private og selvejende tilbud samt andre aktører, som bidrager til borgernes samlede forløb. En væsentlig del af tilbuddene i socialpsykiatrien drives af private og selvejende aktører, og arbejdet med området bør derfor afspejle den faktiske sammensætning af området.

  Private leverandører bidrager også allerede væsentligt til udredning og behandling på psykiatriområdet og har også kompetencer til at understøtte sammenhængende forløb på tværs af psykiatri og somatik. Dansk Erhverv anbefaler derfor ligesom Sundhed Danmark, at vejledningen tydeliggør, at private leverandører kan indgå i kapacitetsplanlægningen, så den afspejler den kapacitet, der reelt anvendes.
- ***Nære regionale sundhedsindsatser.*** Vejledningens afsnit 4.2 definerer, at *"Nærsundhedsplanen skal indeholde en beskrivelse af den lokale planlægning af nære regionale sundhedsindsatser inden for sundhedsrådets geografiske område, fx sundheds- og omsorgspladser, regional akutsygepleje, patientrettet forebyggelse, rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af genoptræning på avanceret niveau, hjemmebehandling og indsatser til borgere med kronisk sygdom".*
  - Dansk Erhverv bemærker i forhold til *rehabilitering på det specialiserede niveau*, at en væsentlig del af den specialiserede rehabilitering på hjerneskadet i dag varetages af private og selvejende tilbud med stærke faglige og tværfaglige miljøer. Hvis disse svækkes som følge af en ensidig regional opbygning eller usikkerhed om det fremtidige patientgrundlag, risikerer vi at miste vigtig tværfaglig specialisering – til skade for nogle af de mest komplekse patientforløb. Dansk Erhverv bemærker derfor, at det er væsentligt at sikre et stærkt offentlig-privat samarbejde på området, både på kort og lang sigt, og at dette ønske er bredt forankret i aftalekredsen bag sundhedsreformen.

    Dansk Erhverv er kritiske over for, at den specialiserede rehabilitering jævf. vejledningens afsnit skal udvikles i relation til "geografisk tilgængelighed". Formålet med at op-

bygge et mere nært sundhedsvæsen bl.a. er at sikre et mere tilgængeligt sundhedsvæsen både er at imødegå den demografi, vi står over for og at udvikle, ikke afvikle den eksisterende sundhedsbehandling (m.v.). Med nærhed, hvor det giver mening, og fortsat med centrale, specialiserede funktioner, hvor det giver den bedste kvalitet. Dansk Erhverv mener derfor, at det står i modsætning til patienternes interesse, at det specialiserede hjerneskadeområde bliver omfattet af det "geografisk tilgængelighed", og foreslår der indskrives en undtagelse for dette område.

- Dansk Erhverv bemærker som også nævnt i tidligere høringssvar, at arbejdet med at flytte ansvaret for *akutsygeplejen* foregår samtidig med implementeringen af helhedsplejen[3], og opfordrer til dialog på tværs, så det sikres, at helhedsplejen bliver implementeret hensigtsmæssigt. Der er brug for en hurtig afklaring af grænsen mellem akut og specialiseret sygepleje, som skal forankres i regionerne, og den almene sygepleje, som både kommunale og private leverandører skal levere tæt på borgeren. Private aktører skal snarest have indsigt i, hvor meget sygepleje deres borgere modtager, så de kan ansætte det rette personale og sikre stabile forløb for de ældre, ligesom der skal være ensartethed på landsplan i, hvad der kan udføres af forskellige faggrupper. Derfor anbefaler Dansk Erhverv, at der i forbindelse med implementeringen sikres klare snitflader mellem den almene kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje samt gode samarbejdsmodeller for ikke-offentlige leverandører. Herunder for eksempel med særlig opmærksomhed på at sikre, at datasystemer på tværs af myndigheder og leverandører spiller sammen, så man ikke de facto ender med at favorisere nogle leverandørformer frem for andre.
- Ift. hhv. *patientrettet forebyggelse, sundheds- og omsorgspladser, genoptræning og kvalitetsstandarder* henviser Dansk Erhverv til vores bemærkninger ved rammelovgivningen, afgivet den 2. juli 2025, vedr. lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv. I forhold til *sundheds- og omsorgspladser* specifikt, se også den sideløbende høring om lovpakke 3a, lovforslag 1 vedr. bl.a. frit valg til sundheds- og omsorgspladser, der også offentliggøres på Dansk Erhvervs hjemmeside efter høringsfristen, samt afsnittet *"Sundheds- og omsorgspladser (§ 118d)"* på side 3-4 i ovennævnte høringssvar for Dansk Erhvervs anbefalinger til området.
- Ift. *hjemmebehandling* bemærker Dansk Erhverv, at for at lykkes med en markant udbredelse af hjemmebehandling og -monitorering er der behov for en helhedsorienteret tilgang med udgangspunkt i patientens behov. Her er det værd at være opmærksom på *"not invented here"*-problematikker, hvor man tror, man bruge ressourcer på at udvikle sine egne, offentlige løsninger, i stedet for at skalere eksisterende, fungerende løsninger. Det er ligeledes væsentligt at udflytning af behandling understøttes systematisk – både organisatorisk, digitalt og indkøbsmæssigt – og at offentligt-private samarbejder kan fungere gnidningsløst. Fokus bør være at lære af og skalere løsninger, der allerede har dokumenteret gode resultater, herunder erfaringer fra både Dan-

[3] *Se bl.a.:*
- *Dansk Erhvervs høringssvar vedr. lov om opgaveflytning, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner mv.*
- *Dansk Erhvervs høringssvar til sundhedsstrukturkommissionen.*

mark og udlandet. Der eksisterer allerede i dag offentlig-privat samarbejde på området, der viser, at hjemmebehandling kan gennemføres sikkert, effektivt og med høj patienttilfredshed, hvis rammerne er de rette[4].

Vejledningens afsnit 4.2 omhandler fælles, national dataunderstøttelse og afsnit 4.3 omhandler lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver. Dansk Erhverv bemærker, at nærsundhedsplanerne bør konkretisere principper for sikker og lovlig dataadgang samt interoperabilitet, så digitale løsninger kan indgå i de faglige arbejdsgange på tværs af sektorer og driftsformer. Dansk Erhverv anbefaler, at der sammentænkes med indholdet i den nationale sundhedsplan på side 25.

Dansk Erhverv anbefaler, at der i bekendtgørelsens § 1, stk. 5 efter "Civilsamfundet" bør tilføjes "og almene boligorganisationer, virksomheder m.fl.". Dansk Erhverv bemærker, at teksten refererer til folkesundhedsloven, hvor der i sundhedsreformen bl.a. står *"Kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme skal foregå i et tæt samarbejde med* ***civilsamfundet, de almene boligorganisationer, lokale virksomheder m.fl****. Det kan fx ske ved at inddrage lokale foreninger og styrke samarbejdet med frivillige organisationer for, at flere børn, unge og voksne kan samles i aktive lokale fællesskaber. Det kan bl.a. medvirke til at forbedre den mentale sundhed og mindske ensomhed. Det kan også ske ved at etablere partnerskaber med lokale arbejdspladser og sætte fokus på trivsel og sundt arbejdsmiljø. "* (Kilde, Sundhedsreformen side 60, egne fremhævninger)

Da der i lovteksten som nævnt henvises til den kommende folkesundhedslov i paragraffen, mener Dansk Erhverv, at den politiske intention fra sundhedsreformen bør tilvejebringes helt i lovgrundlaget, hvis man ønsker at følge aftalen til dørs i implementeringen. Dette bør også opfølges en tilsvarende ændring af vejledningen i afsnit 3 og afsnit 4.3.

Bemærkninger til §§ 2 og 3 samt vejledningens afsnit 2.4, 3.3, 3.4, 4.4 og 4.5 (Samarbejde om sammenhængende forløb på tværs af sektorer)
Bekendtgørelsens §§ 2 og 3 stiller krav om beskrivelser af regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale tilbud og indsatser. Vejledningens afsnit 4.4 og 4.5 angiver, at beskrivelserne blandt andet bør omfatte relevante snitflader, opgavefordeling og mål for indsatsen. Samtidig fremgår det af vejledningens afsnit 3.3 og 3.4, at nærsundhedsplanerne kan danne grundlag for udmøntning af midler og efterfølgende samarbejdsaftaler.

Dansk Erhverv kvitterer positivt for, at indsatser inden for forebyggelse og sundhedsfremme er fremhævet i bekendtgørelsens § 3, stk. 3. Dansk Erhverv noterer sig dog, at begreberne ikke er nærmere defineret i vejledningen. Dansk Erhverv anbefaler, at man bruger en bred definition af forebyggelse, der *også* inkluderer vaccination og medicinsk forebyggelse.

---

[4] *Modeller for offentlig-private samarbejde om området inkluderer bl.a.:*

- *Offentlig-privat samarbejde om selve ydelsen, hvor private aktører i samarbejde med regionerne og evt. sundhedsråd og kommuner i fællesskab varetager dele af* ***behandlingen i hjemmet****, fx hjemmeindlæggelse, akut vurdering og opfølgning. Dette kan ses i flere konstellationer. (eksempel: Acucare)*
- *Offentligt-privat samarbejde om selve ydelsen, hvor private aktører på vegne af regionerne varetager* ***monitorering i hjemmet****, fx af hjertepatienter (fjernmonitorering vha. digitalt udstyr)*
- *Privat-privat samarbejde eller konsortier hvor virksomheder går sammen om at levere* ***ydelser som understøtter at behandling eller monitorering flyttes fra hospitalet til hjemmet*** *(fx IV-understøttet lægemiddelbehandling)*

Vejledningens afsnit 2.4 beskriver bl.a. nærsundhedsplanen som ramme for regionens samarbejde med øvrige aktører, mens afsnit 3.3 og 3.4 beskriver planernes betydning for investeringer og samarbejdsaftaler. Det er ikke tilstrækkeligt, at private og andre eksterne aktører i princippet kan bidrage. Der bør være reel og tidlig adgang til dialog om behov, løsninger og kapacitet, før valg af løsning og samarbejdsmodel er låst.

Dansk Erhverv finder det væsentligt, at denne planlægning ikke fører til, at valg af kapacitet og leveringsmodel træffes som en intern myndighedsplanlægningsøvelse. Når sundhedsrådet udpeger samarbejdsområder eller forbereder investeringer og aftaler, bør relevante private aktører inddrages tidligt og transparent. Det vil kvalificere vurderingen af behov, eksisterende kapacitet og løsningsmuligheder og skabe et reelt rum for innovative samarbejder mellem offentlige og private aktører inden for rammerne af gældende regler. Vejledningen bør således tydeliggøre, at regional understøttelse af kommunale indsatser også kan ske i samspil med relevante private leverandører og partnerskaber, når det styrker kvalitet, sammenhæng eller tilgængelighed.

Bemærkninger til § 4 samt vejledningens afsnit 5 (Inddragelse ved udarbejdelse og ændring af nærsundhedsplanerne)
Bekendtgørelsens § 4 og vejledningens afsnit 5.1 til 5.4 fastlægger rammerne for udarbejdelse, vedtagelse, rådgivning og indsendelse af nærsundhedsplanerne. Dansk Erhverv finder det positivt, at der etableres en tydelig planlægningscyklus. For at sikre et tilstrækkeligt oplyst grundlag bør vejledningen samtidig understrege, at relevante private og øvrige eksterne aktører inddrages tidligt i arbejdet, herunder når lokale behov, kapacitet og løsningsmuligheder kortlægges.

Det bør endvidere fremgå tydeligere, hvordan den lokale proces giver relevante leverandører og organisationer en reel og forudsigelig mulighed for at bidrage, før centrale prioriteringer og organiseringsvalg er fastlagt. Det vil gøre det lettere for virksomheder at planlægge investeringer, stille kapacitet og kompetencer til rådighed og indgå i partnerskaber, der kan bidrage til at realisere nærsundhedsplanerne. Som nævnt i første afsnit af de specifikke bemærkninger, respektere Dansk Erhverv behovet for lokal autonomi i opgaveløsningen omkring nærsundhedsplaner, men ser også gerne en vis ensartethed på tværs i form og indhold hvor der er meningsfuldt i de elementer, hvor ikke-offentlige aktører kan bidrage, så nære sundhedsløsninger smidigt kan skaleres på tværs af sundhedsråd.

Vejledningens afsnit 5.5 beskriver, hvad der forstås ved væsentlige ændringer i en nærsundhedsplan, herunder ændringer i planens mål, prioriteringer, geografiske dækning eller forudsætninger for kapacitet og opgavevaretagelse. Ved ændringer med betydning for kapacitet, samarbejdsmodeller eller opgavevaretagelse anbefaler Dansk Erhverv, at regionen på ny går i dialog med relevante aktører. Det vil styrke forudsigeligheden om rammerne for samarbejde og understøtte, at planerne kan realiseres i praksis.

Danmarks Apotekerforening
Bredgade 54 · 1260 København K
Telefon 33 76 76 00 · Fax 33 76 76 99
apotekerforeningen@apotekerforeningen.dk · www.apotekerforeningen.dk

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København

15-09-2026
RNH/4201/00001

Svar på høring over udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Sundheds- og Kirkeministeriet har den 18. august 2026 sendt udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan samt Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan i offentlig høring.

Danmarks Apotekerforening takker for muligheden for at afgive høringssvar og har i den anledning bemærkninger til Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan. Foreningen har særligt bemærkninger til vejledningens beskrivelse af praksissektoren og de aktører, der skal indgå i planlægningen og udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Apotekerne bør fremgå af beskrivelsen af det øvrige praksisområde

Apotekerforeningen finder det positivt, at vejledningen flere steder understreger betydningen af samarbejde på tværs af det nære sundhedsvæsen, herunder mellem almenmedicinske tilbud, den øvrige praksissektor, kommuner, regioner og sygehuse. Det fremgår blandt andet af afsnit 2.2-2.4, at nærsundhedsplanerne skal understøtte sammenhængende patientforløb og et tæt samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører. Vejledning om nærsundhedsplan beskriver flere steder samarbejdet med den øvrige praksissektor som en del af udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Medicinsk behandling er en del af de fleste patientforløb, og ofte er flere behandlere og både sygehusapoteker og private apoteker involveret i dialogen med borgerne. Apotekerforeningen opfordrer derfor generelt til, at samarbejde om medicin tænkes ind i samarbejdsstrukturer og vejledninger.

Konkret mener Apotekerforeningen, at apotekerne bør tilføjes som eksempel i afsnit 4.3 om *Det øvrige praksisområde* (side 10), hvor vejledningen konkret beskriver, hvilke aktører der indgår i den lokale planlægning af praksissektoren. Her nævnes speciallægepraksis, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og fodterapeuter som eksempler, mens apotekerne ikke fremgår.

Apotekerne er en landsdækkende, sundhedsfaglig aktør i det nære sundhedsvæsen, som årligt møder 94 procent af alle voksne danskere. De møder borgerne hyppigt og tæt på deres hverdag. Apotekerne følger borgerne på tværs af sygdomme, sektorer og behandlingsforløb og har derfor en unik mulighed for at bidrage til bedre brug af medicin, øget medicinsikkerhed, forebyggelse og mere sammenhængende patientforløb.

Når vejledningen konkret beskriver det øvrige praksisområde, bør apotekerne derfor fremgå som en del af det sundhedsfaglige landskab, som sundhedsrådene skal planlægge og samarbejde med om udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Apotekerne bidrager allerede i dag med en række indsatser, der understøtter målsætningerne om større nærhed, bedre sammenhæng og mere forebyggelse i sundhedsvæsenet. Det gælder blandt andet medicinsamtaler, der understøtter korrekt brug af medicin og mestring af egen sygdom, medicingennemgange i samarbejde med læger, dosispakket medicin, vaccinationer og andre forebyggende indsatser samt rådgivning og undervisning om medicin og medicinsikkerhed til både borgere, pårørende og sundhedspersonale.

Apotekerne tager også allerede del i processen med at flytte behandling ud af sygehusene og tættere på borgerne ved at udlevere vederlagsfri sygehusmedicin lokalt i samarbejde med regionerne. Apotekerne er således ikke alene en del af borgernes adgang til medicin, men også en aktiv medspiller i arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb, forebygge sygdomsforværring og sikre, at sundhedsvæsenets ressourcer anvendes bedst muligt. Det understreger behovet for, at apotekerne tydeligt fremgår som en del af det øvrige praksisområde i vejledningen.

Danmarks Apotekerforening står til rådighed for spørgsmål og uddybning af bemærkningerne. Nedenfor er indsat links til yderligere oplysninger om Apotekerforeningens arbejde for at styrke medicinsikkerhed og forebyggelse samt eksempler på apotekernes sundhedsydelser.

Medicinsikkerhed og forebyggelse skal styrkes

Apoteket for fagpersoner

Med venlig hilsen

Birthe Søndergaard
Sundhedsfaglig direktør
Danmarks Apotekerforening

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
sum@sum.dk med kopi til
jbp@sum.dk og naspsst@sst.dk

16. september 2026

Psykiatrifonden
Hejrevej 43
2400 København NV

3929 3909
pf@psykiatrifonden.dk

CVR. 1917 4883
Bank. 3001
7950741613

Høringssvar over udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Psykiatrifonden takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Psykiatrifonden arbejder for et samfund, hvor mennesker med psykisk sygdom og deres pårørende får de bedste muligheder for et godt liv. Vi repræsenterer patient- og pårørendeperspektivet med fokus på rettidig hjælp, høj faglig kvalitet og lighed.

Generelle bemærkninger
Psykiatrifondens bemærkninger retter sig primært mod Sundhedsstyrelsens vejledning.

Psykiatrifonden ser positivt på ambitionen om at bruge nærsundhedsplanerne til at skabe fokus på den ulighed i sundhed, som gælder forekomsten af psykisk sygdom, skabe mere sammenhængende patientforløb og styrke samarbejdet på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Det er særligt vigtigt for mennesker med psykisk sygdom, som ofte har kontakt til flere dele af sundhedsvæsenet og samtidig kan have behov for indsatser på social-, beskæftigelses- eller børne- og ungeområdet.

Nedenfor følger en række specifikke bemærkninger, som efter Psykiatrifondens overbevisning kan styrke vejledningen ydereliger.

Specifikke bemærkninger til forpligtende mål og datagrundlag
Nærsundhedsplanen skal udtrykke sundhedsrådets ambitioner, intentioner og mål for den lokale omstilling af sundhedsvæsenet.

Psykiatrifonden bakker op om, at målene i nærsundhedsplanerne skal omsættes til indikatorer, der gør det muligt at følge udviklingen. Det forudsætter imidlertid, at der på centrale områder findes fælles nationale standarder for, hvad der måles, og hvordan det opgøres. Ellers er der risiko for, at sundhedsrådene anvender forskellige mål og opgørelsesmetoder, som gør det vanskeligt at sammenligne udviklingen på tværs og skabe et retvisende nationalt billede.

Psykiatrifonden anbefaler derfor, at sundhedsrådene og de respektive nærsundhedsplaner samtænkes med det arbejde der pågår i det Nationalt Råd for 10-årsplanen for Psykiatrien, som jf. rådets kommissorium har til formål at lave en årlige status på mål og indikatorer for 10-årsplanen. Hvis Rådets arbejde samtænkes med nærsundsplanerne kan det potentielt betyde en fælles standard, som skal gøre det muligt at sammenligne data på tværs af regioner og samle dem til et retvisende nationalt billede, som det eksempelvis i dag er muligt på kræftområdet.

Der mangler desuden klare nationale mål for, hvilke resultater psykiatrien skal skabe. Med udgangspunkt i en fælles afgrænsning af målgruppen bør der fastsættes standarder for årlige opgørelser af blandt andet forskelle i levetid, uddannelse og beskæftigelse mellem mennesker med psykisk sygdom og resten af befolkningen. Det vil gøre det muligt at følge, om forskellene mindskes over tid.

Sundhedsrådene bør fortsat kunne supplere med indikatorer, der afspejler lokale behov. Men fælles nationale mål og indikatorer er afgørende for, at udviklingen kan følges over tid og sammenlignes på tværs af sundhedsråd. Uden fælles standarder risikerer forskellige opgørelsesmetoder at gøre det vanskeligt at identificere geografisk ulighed og vurdere, om omstillingen af sundhedsvæsenet faktisk skaber bedre resultater for mennesker med psykisk sygdom.

Specifikke bemærkninger til forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik

Nærsundhedsplanen skal indeholde en beskrivelse af den lokale planlægning af og understøttelse af indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som ofte har forløb på tværs af psykiatri og somatik. Planlægningen skal blandt andet tage afsæt i tre overordnede opgaver relateret til sammenhængende indsatser af høj kvalitet. Psykiatrifonden har en række specifikke bemærkninger til hver af disse tre.

Helhedsorienterede løsninger, hvor psykiatri og somatik tænkes som en samlet, nær indsats for mennesker med både psykiske og somatiske lidelser, er centralt i forhold til at sikre bedre helbred og livskvalitet for

tusindvis af mennesker, som lever med psykisk sygdom.

Det bør derfor fremgå tydeligt i nærsundhedsplanerne, at borgere med psykisk sygdom skal have mulighed for samme adgang og tilbud af samme kvalitet til somatisk udredning og behandling som øvrige borgere. Nærsundhedsplanen bør understøtte et tættere samarbejde mellem de somatiske og psykiatriske tilbud, samt etablere klare samarbejdsmodeller mellem almen praksis, praktiserende psykiatere, sygehuspsykiatrien og kommunerne. Målet må være færre sektorovergange, færre tilbagehenvisninger og mere sammenhængende behandling.

Sundhedsstyrelsen vejledning noterer, at der i nærsundhedsplanerne også bør være opmærksomhed på sammenhæng i forløbet for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Psykiatrifonden hilser dette velkomment, da der er et stort behov for, at sundhedsrådene følger det regionalt, integreret tilbud til voksne med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik tæt.

Tilbuddet er dimensioneret til cirka 9.200 personer. Tallet bygger på registerdata og ekspertskøn og er altså ikke en opgørelse over alle mennesker i Danmark med både psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Psykiatrifonden har i et høringssvar fra december 2023 vurderet, at den bestemte målgruppe er underdimensioneret. Dette bygger på nyere dansk forskning fra 2023[1], hvor forskere peger på, at der pt. er ca. 24.000 mennesker med psykisk sygdom og samtidigt misbrug i 2017 (ca. 12.000 i ambulant og 12.000 indlagt eller på psykiatrisk skadestue). Dette tal kan være steget siden. Det er Psykiatrifondens opfattelse, at eftersom den økonomiske ramme for nuværende er estimeret efter en patientstørrelse på 9.200, bør der, såfremt målgruppen viser sig at være et underestimat, følge en tilsvarende økonomisk nominering i kroner pr. patient.

Psykiatrifonden noterer samtidig, at man i aftalen forventede, at 8.580 personer ville være påbegyndt et behandlingsforløb i juli 2026. I april 2026 var der kun opstartet 3.892 forløb. Det vil sige, at der to år inde i den treårige indfasning blot er 45 procent i dobbeltdiagnosebehandling sammenlignet med forventet.[2] Psykiatrifonden anbefaler, at sundhedsrådene har særligt fokus på denne gruppe, både i forhold til at sikre, at målgruppen er korrekt dimensioneret og at visitationen foregår

[1] Solvej Mårtensson, Signe W. Düring, Katrine S. Johansen, Katrine Tranberg & Merete Nordentoft, (2023) "Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 – a nationwide study of Danish register data"
[2] Altinget (8. september 2026) Kommuner kræver genforhandling af aftale om dobbeltdiagnoser: "Det skaber ikke ligefrem tillid til, at man bliver hjulpet". Tilgængelig på: https://www.altinget.dk/kommunal/artikel/kommuner-kraever-genforhandling-af-aftale-om-dobbeltdiagnoser-det-skaber-ikke-ligefrem-tillid-til-at-man-bliver-hjulpet

efter hensigten, så dem der skal påbegynde et behandlingsforløb, får påbegyndt det.

En samlet, nær indsats til børn, unge og voksne i mistrivsel eller med let til moderat grad af psykisk lidelse skal bidrage til, at flere kan hjælpes og følges i det primære sundhedsvæsen.

Psykiatrifonden ser meget positivt på nærsundhedsplanernes fokus på en samlet, nær indsats til børn, unge og voksne i mistrivsel. Det gælder især da sundhedsrådene har potentiale til at blive afgørende i at skabe mere samlede forløb på tværs af den regionale børne- og ungdomspsykiatri og særligt det lettilgængelige tilbud til børn og unge. Det er der stærkt brug for, da mange familier oplever manglende sammenhæng i børnenes forløb.

Psykiatrifonden vil fremhæve, at nærsundhedsplanerne skal foreskrive, at sundhedsrådene prioriterer særligt de lettilgængelige tilbud i kommunen.

I de lettilgængelige tilbud er der indbygget formelle samarbejdsstrukturer mellem kommuner og regioner. Det er derfor hensigtsmæssigt at fokusere og optimere allerede eksisterende samarbejdsstrukturer fremfor at skabe nye. Derudover anses det lettilgængelige tilbud på tværs af aktører som værende afgørende i forebyggelsen af forløb i børne- og ungdomspsykiatrien.

Ligeledes kan nærsundhedsplanerne med fordel sætte rammerne for, at lokale sundhedsråd arbejder ud fra principperne i de lettilgængelige tilbud i deres indsatser til voksne i mistrivsel eller med let til moderat grad af psykisk sygdom. Det gælder særligt principperne om evidensbaserede tilbud, samt tilbuddets placering i sundhedsloven.

Et evidensbaseret forebyggende tilbud til voksne på linje med de lettilgængelige tilbud til børn og unge i landets kommuner vil åbenlyst være til gavn for den enkeltes sundhed. Men et sådan tilbud vil ligeledes påvirke beskæftigelsesfrekvensen, da færre må forventes at havne i længerevarende sygdomsforløb.

Fremme samarbejde og koordination mellem regionen og alle relevante kommunale tilbud og indsatser, herunder særligt inden for socialområdet i kommunerne, for at styrke sammenhængende og koordinerede indsatser for mennesker med psykisk lidelse.

Psykiatrifonden hilser det velkommen, at vejledningen fremhæver samarbejdet mellem den regionale psykiatri og socialområdet og konkret nævner udgående teams på botilbud.

Mennesker på botilbud kan have komplekse psykiske og somatiske helbredsproblemer og behov for behandling fra flere dele af sundhedsvæsenet. Et velfungerende samarbejde mellem botilbud, almen praksis og den regionale psykiatri er derfor afgørende. Derfor anbefaler Psykiatrifonden, at vejledningen tydeligere fremhæver behovet for sundhedsfaglige kompetencer og lægefaglig understøttelse på botilbud. Det gælder blandt andet i tiden efter udskrivelse, hvor ansvarsfordelingen skal være tydelig, og den nødvendige behandling og opfølgning skal kunne gennemføres i praksis. Dette kan også være med til at understøtte, at det udvidet behandlingsansvaret i de første 96 timer efter udskrivelse kan løftes i praksis og efterleves i overensstemmelse med lovgivningens intentioner.

Psykiatrifonden noterer desuden, at Rigsrevisionen har rejst kritik af, at regionerne langt fra udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i tilstrækkeligt omfang i forhold til deres lovmæssige forpligtelse hertil. I den samlede 10-årsplan for psykiatrien er det en indikator for målet om, at patienterne skal opleve mere sammenhængende forløb, at en større andel bliver udskrevet med lovpligtig udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Psykiatrifonden anbefaler, at sundhedsrådene og de tilhørende nærsundhedsplaner følger denne udvikling tæt.

Specifikke bemærkninger til indsatser på beskæftigelsesområdet
Nærsundhedsplanen skal indeholde beskrivelser af regionalt samarbejde med og understøttelse af kommunale tilbud og indsatser på blandt andet beskæftigelsesområdet.

Psykiatrifonden ser positivt på, at vejledningen anerkender sammenhængen mellem sundhedsindsatser og beskæftigelsesområdet, men denne sammenhæng bør efter vores vurdering stå tydeligere. Psykiatrifonden anbefaler derfor, at nærsundhedsplanerne opstiller ambitioner om, at forskningsbaseret opsporing, systematisk funktionsvurdering og klare handleveje mod målrettede og evidensbaserede beskæftigelses-, social- og sundhedsindsatser udbredes i sundhedsrådene.

Et eksempel på en sådan indsats er Individuelt Planlagt job med Støtte (IPS),[3] hvor den regionale behandlingspsykiatri og kommunen samarbejder for at hjælpe mennesker med psykiske lidelser med at opnå og fastholde ordinært arbejde eller uddannelse. Knap 60% af mennesker i IPS kom i job eller uddannelse over en periode på 18 måneder, mod 46,5% i øvrige beskæftigelsesindsatser, og IPS giver samtidig en

[3] Rosholm, M., Sørensen, K. L., Skipper, L., et al. (2018). *Aktiv beskæftigelsesindsats og progression.* Væksthusets Forskningscenter.

samfundsøkonomisk besparelse på 72.000 kroner per person sammenlignet med normalindsatsen over en periode på 18 måneder.[4]

Afsluttende bemærkninger
Psykiatrifonden ser positivt på ambitionen om, at nærsundhedsplanerne skal bidrage til større lighed i sundhed, mere sammenhængende forløb og et stærkere samarbejde på tværs af regioner, kommuner og almen praksis.

Nærværende høringssvar har fremhævet en række specifikke bemærkninger, som efter Psykiatrifondens overbevisning kan styrke vejledningen ydereliger.

I er velkommen til at kontakte os for uddybning af høringssvar.

De venligste hilsner
Psykiatrifonden

[4] Christensen et al. 2023. 30-Month Follow-Up of Individual Placement and Support (IPS) and Cognitive Remediation for People with Severe Mental Illness: Results from a Randomized Clinical Trial.

Til: Sundheds- og Kirkeministeriet

Danske Regioner

18-09-2026
EMN-2024-01215
1874170
Robert Ladefoged

Danske Regioners høringssvar til bekendtgørelse og vejledning vedrørende nærsundhedsplaner

Sundheds- og Kirkeministeriet har den 17. august 2026 sendt udkast til bekendtgørelse og vejledning vedrørende nærsundhedsplaner i høring. Danske Regioner har indsamlet bidrag fra regionerne og fremsender her et samlet høringssvar på vegne af de fem regioner. Høringssvaret er politisk godkendt i Danske Regioners bestyrelse.

Regionerne ser nærsundhedsplanerne som sundhedsrådenes centrale redskab til at omsætte sundhedsreformens ambitioner til konkrete forbedringer for borgerne. Planerne skal understøtte udviklingen af nære sundhedstilbud, styrke sammenhængen på tværs af sektorer og skabe et fælles grundlag for lokale politiske prioriteringer. De skal samtidig bidrage til, at løsninger kan tilpasses de lokale behov inden for de overordnede regionale rammer.

Regionerne er allerede i fuld gang med at forberede de kommende nærsundhedsplaner og ser frem til den endelige vejledning og bekendtgørelse, som skal understøtte den videre tilrettelæggelse af arbejdet. Regionerne ser derfor positivt på, at der med vejledningen sættes en fælles retning for planernes indhold og udarbejdelse, og kvitterer samtidig for muligheden for at afgive bemærkninger til udkastet.

Generelle bemærkninger på tværs af bekendtgørelse og vejledning

Regionerne ser positivt på, at der med vejledningen og bekendtgørelsen lægges op til, at nærsundhedsplanerne skal beskrive arbejdet med styrket forebyggelse, sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer, udviklingen af nære sundhedstilbud tæt på borgerne og samarbejder med

civilsamfundet. Regionerne finder det også positivt, at det i vejledningen og bekendtgørelsen gøres klart, at nærsundhedsplanerne kan danne et fælles grundlag for sundhedsrådenes prioriteringer og udmøntning af de investeringer i det nære sundhedsvæsen, som følger af sundhedsreformen. For at vejledningen og bekendtgørelsen bedst muligt kan understøtte arbejdet med nærsundhedsplanerne i praksis, vurderer regionerne imidlertid, at der er behov for en række justeringer og præciseringer.

Vejledningen lægger flere steder op til en høj detaljeringsgrad, hvilket risikerer at flytte fokus fra politiske og strategiske målsætninger til omfattende planbeskrivelser. Samtidig bør der være en realistisk forventningsafstemning i forhold til den første generation af nærsundhedsplaner, da flere centrale rammer fortsat er under udvikling. Der bør derfor være mulighed for en trinvis tilgang, hvor planer og indsatser konkretiseres og videreudvikles over tid. Regionerne anbefaler også, at det i vejledningen og bekendtgørelsen fremstå endnu klarere, at man i planerne skal forholde sig til det tværsektorielle samarbejde og patientforløbene på tværs af kommuner og regioner. Endelig bør det præciseres, at nærsundhedsplanernes fokus på sygehusområdet vedrører sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen, herunder kommuner og almen praksis samt omstillingen til nære tilbud. Dermed forstået, at sygehusenes interne organisering og drift ikke er omfattet, samt at den tværgående planlægning fortsat er forankret i den regionale sundhedsplanlægning.

Vedrørende begreberne det primære sundhedsvæsen og det nære sundhedsvæsen

Regionerne anbefaler, at vejledningen præciserer anvendelsen af begreberne ”det primære sundhedsvæsen” og ”det nære sundhedsvæsen”, så der ikke opstår tvivl om aktørernes roller og ansvar i arbejdet med nærsundhedsplanerne. I den nationale sundhedsplan anvendes betegnelsen ”det primære sundhedsvæsen” flere steder i en bred betydning, der kan læses som den samlede omstilling mod mere nære, sammenhængende og forebyggende indsatser. I praksis kan begrebet imidlertid også blive forstået som en organisatorisk afgrænsning til kommuner og almen praksis.

Det er regionernes vurdering, at denne uklarhed kan skabe udfordringer i det lokale samarbejde mellem regioner og kommuner, hvis formuleringerne læses som om, regionerne ikke er en central del af udviklingen og omstillingen af det nære sundhedsvæsen. Det bør derfor fremgå tydeligt, at nærsundhedsplanerne skal understøtte en fælles omstilling på tværs af

sygehuse, kommuner, praksissektoren og øvrige relevante aktører – og ikke afgrænse ansvaret for de nære sundhedstilbud til enkelte sektorer.

Regionerne foreslår derfor, at vejledningen konsekvent skelner mellem en organisatorisk afgrænsning af opgaver og ansvar på den ene side og den fælles faglige og strategiske omstilling af det nære sundhedsvæsen på den anden. Det vil bidrage til, at nærsundhedsplanerne udarbejdes på et fælles begrebsgrundlag og ikke viderefører uklarheder om, hvilke aktører der indgår i og har ansvar for omstillingen.

Bemærkninger til bekendtgørelse

Overordnede bemærkninger

- Det er positivt, at det af afsnit 3.4 i vejledningsudkastet fremgår, at "… n*ærsundhedsplanen kan sætte retning for og beskrive rammen for aftaler mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne, herunder om regional medfinansiering af kommunale indsatser via sundhedsrådets investeringsmidler til udbygning af nære kommunale sundhedsindsatser".* Regionerne er enige i dette, og anbefaler, at denne mulighed også afspejles i bekendtgørelsen. Det vil være med til at tydeliggøre, at nærsundhedsplanerne også kan omhandle emner, der ikke alene er et regionalt myndighedsansvar.

Vedr. § 1, stk. 4

- Både i den politiske aftale om sundhedsreformen, i loven, i den nationale sundhedsplan samt i vejledningsudkastet er nærsundhedsplanens beskrivelse af opgaven med sygehuse i høj grad beskrevet som udadvendte aktiviteter og ikke hele sygehusdriften. Bekendtgørelsens formulering "*Sygehuse, herunder sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen*" bør derfor afgrænses tydeligere, så fokus rettes mod sygehusenes samspil med det øvrige sundhedsvæsen og omstilling til nære tilbud – ikke mod den samlede sygehusdrift. Planerne skal især beskæftige sig med indsatser der vender sygehusene udad, fx hvordan sygehusene tager ansvar før og efter sygehusophold, stiller kompetencer til rådighed for det øvrige sundhedsvæsen og omlægger til nære tilbud.

Bemærkninger til vejledning

Overordnede bemærkninger

- Vejledningen lægger op til et betydeligt omfang af beskrivelser, der skal indgå i nærsundhedsplanerne. Det er vigtigt at fokus ikke flyttes fra politiske og strategiske målsætninger til omfattende planbeskrivelser.

- Forholdet mellem den regionale sundhedsplan, nærsundhedsplanen og øvrige relevante planer kan med fordel præciseres yderligere. Således at det fremgår, at en nærsundhedsplan ikke forventes at kunne læses som et selvstændigt dokument, men som en plan der supplerer og konkretiserer indhold fra den regionale sundhedsplan. En tydeligere beskrivelse af forventningerne til sammenhængen mellem planerne kan bidrage til at begrænse overlap og sikre et hensigtsmæssigt detaljeringsniveau.
- Ved "regional sundhedsplan" forstår regionerne, at der henvises til den samlede pulje af sundhedsplaner i regionen, dvs. praksisplaner, hospitalsplaner og tilsvarende planer på øvrige områder.

Vedr. 2.3 om lokal sundhedsplanlægning i vejledningen

- Praksisplanenerne for den øvrige praksissektor, herunder praktiserende speciallæger, har betydning for den lokale sundhedsplanlægning i nærsundhedsplanerne. Regionerne antager, at praksisplanerne ligger implicit i den regionale sundhedsplan og dermed er en del af rammen for den lokale sundhedsplanlægning i sundhedsrådene i lighed med de rammer, som stilles op i afsnittet om den øvrige praksissektor.

Vedr. 2.4 om samarbejde på tværs i vejledningen

- Praksisplanerne for aktørerne i den øvrige praksissektor er overordnet styrende for samarbejdet. Derfor virker det misvisende, at der står, at nærsundhedsplanerne er den overordnede ramme herfor, uden at det bl.a. er relateret til praksisplanerne og evt. den regionale sundhedsplan. I forlængelse af dette, vil praksisplanen for speciallægepraksis være retningssættende for den del af omstillingen af det primære sundhedsvæsen, der omhandler speciallægepraksis.

Vedr. afsnit 4.1 om forpligtende mål og datagrundlag

- Regionerne bakker op om, at mål og indikatorer i nærsundhedsplanen skal understøtte den retning der sættes i den nationale sundhedsplan og nationale mål for sundhedsvæsenet, men at der samtidig er mulighed for også at have fokus på lokale behov i sundhedsrådet. Nærsundhedsplanen skal indeholde mål for omstilling og udbygning af sundhedsområdet som tager afsæt i nationale mål for sundhedsvæsenet. Men da der fortsat er et arbejde med at definere nye nationale mål og dertilhørende indikatorer, bør det udspecificeres at visse konkrete indikatorer ikke nødvendigvis kan nå at indgå i den første nærsundhedsplan.

Vedr. 4.2 om national dataunderstøttelse

- Regionerne finder det vigtigt at understrege, at Digital Sundhed Danmark stiller sig til rådighed for regionerne og at sundhedsrådene er et regionalt politisk udvalg, der betjenes af regionerne ligesom øvrige udvalg. Herunder ift. relevante data.
- Der nævnes i vejledningen et "kommende dataunivers til sundhedsrådene", men det er ikke yderligere specificeret hvad det er. Ambitionsniveauet for et kommende dataunivers bør være at DSD bidrager med data og et univers, som regionerne ikke selv kan tilgå. Datauniverset skal altså være mere end statiske BI-rapporter på eksisterende data, og fokus bør være på mere dybdegående og analyserende niveau, som gør det muligt at koble data på tværs af sektorer. Dette er ikke etableret i dag, og det kræver derfor, at Digital Sundhed Danmark prioriterer ressourcer til at etablere dette. Det er vigtigt for at regionerne løbende kan sammenstille og analysere patientforløb på tværs baseret på data på tværs af kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og hospitaler, hvilket er en forudsætning for en kvalificeret dataunderstøttelse af sundhedsrådene. Samtidig er det vigtigt, at analyser kan gennemføres på et mere detaljeret geografisk og populationsmæssigt niveau end kommuner og sundhedsråd..

Vedr. afsnit 4.3 om lokal planlægning af regionale sundhedsopgaver

- Regionerne bemærker, at der i afsnittet *"Sygehuse, herunder sygehusenes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen"* lægges vægt på, at beskrivelsen skal omfatte den lokale planlægning og omstilling (der er forudsat i den regionale sundhedsplan) samt konkretisering af sygehusenes udadvendte opgaver i forhold til at understøtte de nære sundhedstilbud. Det er godt og vigtigt, at nærsundhedsplanens fokus netop afgrænses til omstilling og nærhed, mens sygehusplanlægning i klassisk forstand bibeholdes i den regionale sundhedsplanlægning, herunder hospitalsplanerne. Dette kan med fordel tydeliggøres yderligere ved at ændre overskriften til "*Sygehusenes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen m.v."* og ved at fastholde, at nærsundhedsplanen ikke skal gentage den regionale sygehusplanlægning.
- Regionerne vurderer, at det er ude af trit med ambitionen om integrationen af psykiatri og somatik, at alt der vedrører psykiatri (og kun psykiatri) er fremhævet under et afsnit der hedder '*Forløb, hvor der indgår indsats inden for psykiatri og somatik*', herunder børn, unge og voksne i mistrivsel, borgere med dobbeltdiagnose og forløb på tværs af

behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. Ovenstående patientgrupper og forløb bør indgå i andre relevante afsnit – fx i afsnit 4.4 '*Regional understøttelse af tværgående patientforløb på sundhedsområdet*'. Afsnittet '*Forløb, hvor der indgår indsatser inden for psykiatri og somatik*' bør herefter udelukkende forholde sig til indsatser målrettet mennesker med både psykisk og somatisk sygdom.

Vedr. afsnit 4.6 om organisering og ledelsesmæssig understøttelse

- Det står i afsnittet, at nærsundhedsplanen skal beskrive hvordan organisering og ledelsesmæssig understøttelse inden for sundhedsrådets geografiske område tilrettelægges. Der er tale om et krav, som ligger ud over lovgivning og bekendtgørelse, og regionernes vurdering er, at det kan være uhensigtsmæssigt, at nærsundhedsplanen skal indeholde beskrivelse af organisering og governance. Der vil potentielt være tale om en meget omfattende beskrivelse, bl.a. fordi vejledningsudkastet lægger op til, at det skal beskrives, hvordan organisering og ledelsesmæssig understøttelse *"... bidrager til omstilling og udbygning af det nære sundhedsvæsen samt til etablering af sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer."*

Vedr. 5.2 om sundhedsstyrelsen rådgivning

- Det foreslås præciseret, at der (tilsvarende afsnit 5.4) er tale om regionsrådets og kommunalbestyrelsernes funktionsperiodes 2. år.

Vedr. 5.4 om vedtagelse af nærsundhedsplanen

- I forhold til kommende nærsundhedsplaner (dvs. ikke den første) lægges op til, at Sundhedsstyrelsens rådgivning skal indhentes senest 1. april det år, nærsundhedsplanen skal vedtages. Ligeledes står der, at den endelige nærsundhedsplan skal indsendes til styrelsen senest 1. august det pågældende år, hvilket de facto er et krav om politisk vedtagelse i juni. Det er en stramning i forhold til bekendtgørelsen, og hvis det er ønsket fra nationalt hold, bør det fremgå eksplicit af bekendtgørelsen.

Vedr. 6 om opfølgning på nærsundhedsplanen

- Det bør konkretiseres, at det er regionerne og Danske Regioner som Sundhedsstyrelsen skal tilrettelægge opfølgningen på nærsundhedsplanen sammen med. I vejledningen står nu, at Sundhedsstyrelsen tilrettelægger opfølgningen i samarbejde med *relevante interessenter.*

Vedr. 7, begrebsliste, populationsansvar

- Vejledningens afsnit 2.2 beskriver populationsansvar som et planlægningsprincip for sundhedsrådet og præciserer, at det ikke indebærer et selvstændigt myndighedsansvar. I begrebslisten beskrives populationsansvar bredere som et organisatorisk og fagligt ansvar for sundhed, forebyggelse, behandling og pleje for en afgrænset population. De to formuleringer kan læses forskelligt. Det foreslås at anvende én entydig definition og tydeligt skelne mellem sundhedsrådets populationsperspektiv i planlægning og prioritering og de enkelte aktørers myndigheds-, behandlings- og driftsansvar.

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan (2026)

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) takker for muligheden for at afgive bemærkninger til Sundheds- og Kirkeministeriets udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

DKF bakker op om intentionerne bag nærsundhedsplanerne og ambitionen om at styrke det nære, sammenhængende og tilgængelige sundhedsvæsen. Vi ser positivt på, at nærsundhedsplanerne skal understøtte udviklingen af sundhedsvæsenet tættere på borgerne og bidrage til bedre sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer.

Det øvrige praksisområde er en vigtig del af det nære sundhedsvæsen

DKF finder det positivt, at bekendtgørelsen fastslår, at nærsundhedsplanerne skal omfatte planlægningen af både almenmedicinske tilbud, sygehuse og det øvrige praksisområde. Dette understøtter en bred forståelse af det nære sundhedsvæsen, hvor flere aktører bidrager til at løse sundhedsopgaver tæt på borgerne.

Kiropraktorer og øvrige autoriserede sundhedsprofessioner i praksissektoren varetager allerede i dag en betydelig del af patientbehandlingen i det nære sundhedsvæsen. Kiropraktorerne er autoriserede til at udrede, diagnosticere og behandle patienter med bevægeapparatslidelser og fungerer for mange patienter som en let tilgængelig indgang til sundhedsvæsenet, blandt andet fordi der hverken er krav om henvisning fra egen læge eller lange ventelister til behandling hos kiropraktor.

Samtidig indgår kiropraktorer allerede i dag i tværfaglige samarbejder på sygehuse, blandt andet på Rygcenter Syddanmark på Sygehus Lillebælt i Kolding, hvor kiropraktorer bidrager med specialiseret udredning, billeddiagnostik og koordinering, hvilket sikrer gode forløb og patientoplevelser. De fungerer dermed som en central del af rygteamet, hvor de opkvalificerer kompetencerne og effektiviserer hospitalets afdeling, samt understøtter sammenhængende, effektive forløb.

I denne overenskomstperiode er der vedtaget en rammeaftale, hvor almen praksis kan sende bevægeapparatspatienter til en enkeltstående vurdering hos kiropraktor, der bl.a. kan anvende sit billeddiagnostiske udstyr i vurderingen. Aftalen er tiltrådt i Region Syddanmark pr. 1. september 2025 og i Region Hovedstaden og Region Midtjylland som prøvehandling i 2026.

Ydelsen giver almen praksis mulighed for at henvise til en målrettet faglig vurdering i kiropraktorpraksis, herunder med mulighed for anvendelse af billeddiagnostik. Det kan bidrage til hurtigere diagnostisk afklaring, mere præcis visitation til rette behandlingsniveau og understøttelse af sammenhængende patientforløb på tværs af faggrupper. Dansk Kiropraktor Forening ser en fordel i, at Sundhedsstyrelsens vejledning nævner kiropraktorernes kompetencer i vejledningens afsnit om det øvrige praksisområde eller i afsnit om almenmedicinske tilbud.

Praksissektorens kompetencer kan med fordel tydeliggøres

Sundhedsstyrelsens vejledning beskriver, hvordan nærsundhedsplanerne skal understøtte sammenhængende patientforløb, øget kvalitet og behandling tæt på borgerne. DKF ser en fordel i at

tydeliggøre, at disse ambitioner kan understøttes af en bred kreds af autoriserede sundhedsprofessioner i praksissektoren, herunder kiropraktorer.

Som allerede nævnt bidrager kiropraktorer allerede i dag til sundhedsvæsenets opgaveløsning gennem direkte patientadgang, diagnostik og behandling af muskel- og skeletlidelser samt samarbejde med øvrige aktører om patientforløb. DKF ser derfor et potentiale i, at vejledningen i højere grad fremhæver den rolle, som relevante sundhedsprofessioner uden for almen praksis kan spille i udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Inddragelse af relevante praksisaktører
DKF ser positivt på de lokale muligheder for at tilrettelægge løsninger, der tager udgangspunkt i borgernes behov og de eksisterende ressourcer i det enkelte sundhedsrådsområde. I den forbindelse vil DKF opfordre til, at sundhedsrådene i arbejdet med nærsundhedsplanerne har dialog med relevante aktører fra praksissektoren, herunder kiropraktorer. En bred inddragelse kan bidrage til, at planerne bygger på de samlede kompetencer og erfaringer, der findes i det nære sundhedsvæsen, og understøtte implementeringen af fremtidige indsatser.

Udnyttelse af eksisterende kapacitet
Mere end 1,6 millioner danskere lever med lænde- eller nakkesmerter, og ryg- og nakkesmerter koster årligt 12 milliarder kr. i sundhedsvæsenet og 48 milliarder kr. i tabt produktivitet. Bevægeapparatslidelser udgør dermed en betydelig sygdomsbyrde for både borgere og samfund. Samtidig er der et vedvarende behov for at sikre, at sundhedsvæsenets ressourcer og kapacitet anvendes bedst muligt.

DKF finder det derfor væsentligt, at nærsundhedsplanerne understøtter en hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets samlede kapacitet. Flere af sundhedsreformens ambitioner om øget nærhed og sammenhæng for borgerne kan understøttes ved at anvende de eksisterende kompetencer og tilbud, der allerede findes i praksissektoren.

Nærsundhedsplanerne bør derfor have fokus på, hvordan direkte adgang til relevante sundhedsprofessioner og en bedre udnyttelse af eksisterende kapacitet kan bidrage til, at patienter modtager den rette behandling på det rette tidspunkt og så tæt på borgerens hverdag som muligt.

Afslutningsvis finder DKF det positivt, at nærsundhedsplanerne skal tage udgangspunkt i lokale behov og samtidig understøtte nationale mål for sundhedsvæsenet. DKF ser frem til at bidrage til den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen og de kommende nærsundhedsplaner.

Med venlig hilsen



Michael Christensen,
Formand for Dansk Kiropraktor Forening

06.09.2026

Sundheds- og Kirkeministeriet

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

Hjerteforeningen: Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

Hjerteforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan.

Nærsundhedsplanerne er et centralt styringsredskab i sundhedsreformen. Det er her, ambitionerne om et mere nært, sammenhængende og lige sundhedsvæsen skal omsættes til konkrete forbedringer for borgere og patienter.

Bekendtgørelsen og vejledningen peger i den rigtige retning. Vi hæfter os særligt ved fokus på sammenhæng, forebyggelse og folkesundhed samt ambitionen om, at sygehuse og specialistkompetencer i højere grad skal understøtte behandling tættere på borgeren.

Det er samtidig en styrke, at nærsundhedsplanerne skal:
- tage afsæt i den nationale sundhedsplan
- indeholde konkrete mål og indikatorer
- forelægges Sundhedsstyrelsen til rådgivning og opfølgning

Det skaber et fælles afsæt for udviklingen på tværs af landet.

Det afgørende bliver nu, at nærsundhedsplanerne bliver et redskab til reel omstilling af sundhedsvæsenet og ikke blot en ramme for gode intentioner.

Hjerteforeningen har nedenfor samlet en række bemærkninger til, hvordan bekendtgørelsen og vejledningen kan styrkes

1. Patient- og pårørendeudvalgenes rolle bør fremgå tydeligere

Hjerteforeningen mener, at patient- og pårørendeudvalgenes rolle i arbejdet med nærsundhedsplanerne bør beskrives tydeligere i bekendtgørelsen og ikke alene fremgå af vejledningen. Derudover bør det i vejledningen mere konsekvent beskrives, hvordan patient- og pårørendeudvalgene inddrages i udarbejdelsen, implementeringen og opfølgningen på nærsundhedsplanerne.

Patient- og pårørendeudvalgenes rolle i forhold til nærsundhedsplanerne fremgår allerede af bekendtgørelsen om patient- og pårørendeudvalg, og derfor vil det skabe større sammenhæng og konsistens, hvis dette også fremgår tydeligt af bekendtgørelsen om nærsundhedsplaner.

2. Civilsamfundets rolle bør beskrives tydeligere

Hjerteforeningen anbefaler, at civilsamfundets rolle beskrives tydeligere i vejledningen. Patientforeninger og andre civilsamfundsaktører bidrager væsentligt og det bør beskrives tydeligere, at man er en central samarbejdspartner for sundhedsrådene.

3. Tydelig opgavefordeling i tværgående patientforløb

Hjerteforeningen finder det vigtigt, at nærsundhedsplanerne får et stærkt fokus på sammenhængende patientforløb for mennesker med kronisk sygdom. For mennesker med hjertesygdom er udfordringen ofte ikke manglen på tilbud, men manglen på sammenhæng mellem dem. Planerne bør derfor beskrive, hvordan der skabes sammenhængende forløb på tværs af almenmedicinske tilbud, sygehuse, rehabilitering og kommunale indsatser, herunder hvordan ansvar og opgaver fordeles, og hvordan gode overgange mellem sektorer sikres. Samtidig bør nærsundhedsplanerne kobles tæt til de kommende kronikerpakker og den styrkede rolle for de almenmedicinske tilbud.

4. Forebyggelse

Hjerteforeningen noterer med tilfredshed, at nærsundhedsplanerne har et bredt sigte, som omfatter folkesundhed, forebyggelse og øget lighed i sundhed.
Det er blandt andet vigtigt, at der sikres en tæt sammenhæng mellem den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse herunder en sikring af at kommunerne har tilbud om hjælp til livsstil til højrisikoborgere (paragraf 119 om tilbud), da anbefalingerne hertil udgår i de nye sundhedsfremme og forebyggelsesanbefalinger. Det er særligt vigtigt i lyset af, at ansvaret for den borgerrettede forebyggelse flyttes til regionerne, mens den borgerrettede forebyggelse ligger i kommunerne.
Hjerteforeningen opfordrer til, at der med udgangspunkt i de nationale mål i folkesundhedsloven indskrives konkrete mål i nærsundhedsplanerne, f.eks. i forhold til reduktion af risikofaktorer. Nærsundhedsplanerne bør ligeledes indeholde beskrivelser af, hvordan civilsamfundet inddrages i arbejdet med folkesundhed.

5. Lighed i sundhed bør være et gennemgående princip

Endelig bør lighed i sundhed være et gennemgående princip i arbejdet med nærsundhedsplanerne. Planerne bør beskrive, hvordan populationsdata anvendes til at identificere de borgere og geografiske områder, hvor sygdomsbyrden er størst, og hvordan indsatser og ressourcer målrettes disse grupper. Ellers er der en risiko for, at ambitionen om et mere nært sundhedsvæsen i praksis kommer de mest ressourcestærke borgere mest til gavn.

Hjerteforeningen ser frem til det videre arbejde med nærsundhedsplanerne og til at bidrage til, at reformens ambitioner omsættes til konkrete forbedringer for patienter og borgere.

Med venlig hilsen

Morten Ørsted-Rasmussen
Administrerende direktør i Hjerteforeningen

