



# Høringsudkast til kvalitetsstandarder for akutsygepleje





# INDHOLDSFORTEGNELSE

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Indholdsfortegnelse</b> .....                                  | <b>3</b>  |
| <b>1. Introduktion</b> .....                                      | <b>4</b>  |
| 1.1. Opdrag .....                                                 | 4         |
| 1.2. Formål.....                                                  | 4         |
| 1.3. Kvalitetsstandarderne i den samlede styringsramme .....      | 5         |
| 1.4. Sigtelinjer for udvikling af akutsygeplejen .....            | 7         |
| <b>2. Akutsygeplejens funktion</b> .....                          | <b>8</b>  |
| 2.1. Akutsygeplejens funktion i det samlede sundhedsvæsen .....   | 8         |
| 2.2. Akutsygeplejens placering i den akutte sundhedsindsats ..... | 8         |
| 2.3. Akutsygeplejens funktion i det primære sundhedsvæsen.....    | 8         |
| <b>3. Målgruppe</b> .....                                         | <b>10</b> |
| 3.1. Kriterier for målgruppen.....                                | 10        |
| 3.2. Målgruppens karakteristika .....                             | 10        |
| 3.3. Afgrænsning af målgruppen.....                               | 11        |
| <b>4. Indsatser</b> .....                                         | <b>12</b> |
| 4.1. Indgang, henvisning og visitation.....                       | 12        |
| 4.2. Typer af indsatser .....                                     | 13        |
| 4.3. Udstyr og medicin .....                                      | 16        |
| <b>5. Kompetencer</b> .....                                       | <b>17</b> |
| 5.1. Kompetencer .....                                            | 17        |
| <b>6. Organisering</b> .....                                      | <b>19</b> |
| 6.1. Organisatoriske forudsætninger.....                          | 19        |
| 6.2. Tilgængelighed .....                                         | 19        |
| 6.3. Samarbejde om borgernes forløb.....                          | 19        |
| <b>7. Kvalitetsudvikling</b> .....                                | <b>23</b> |
| 7.1. Kvalitetsudvikling.....                                      | 23        |

# 1. INTRODUKTION

## 1.1. OPDRAG

Myndigheds- og finansieringsansvaret for akutsygepleje overgår fra kommuner til regioner fra 1. januar 2027, jf. den politiske Aftale om sundhedsreform 2024<sup>1</sup> og Lov nr. 1761 af 29. december 2025<sup>2</sup>.

Regionerne får dermed ansvar for at yde regional akutsygepleje til personer med ophold i regionen efter sundhedslovens § 138 a.

Ændringen skal skabe grundlag for at udvikle og ensarte kvaliteten i akutsygeplejen, herunder skabe en organisatorisk robust, tilgængelig og døgndækket akutsygepleje i hele landet. Samtidig giver det regionerne mulighed for at udvikle et samlet og fagligt bæredygtigt akuttilbud (figur 1).

Regionerne skal desuden tilbyde kommunerne rådgivning og sparring i relation til kommunal sygepleje efter sundhedslovens § 138, stk. 1. Herved fastholdes et tæt fagligt samarbejde mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje om borgere med behov for sygepleje i det primære sundhedsvæsen.

**Figur 1.** Myndighedsansvar for sygepleje i regioner og kommuner per 1. januar 2027.



## 1.2. FORMÅL

I nærværende kvalitetsstandarder fastlægges den overordnede faglige ramme for akutsygeplejen og regionernes forpligtelser som myndighed.

Kvalitetsstandarderne skal understøtte implementeringen af den nye organisering af området ved at beskrive krav til kvalitet, indsatser, kompetencer, organisering og tilgængelighed i hele landet samt fastlægge rammerne for et tæt samarbejde med øvrige aktører, særligt den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud.

Kvalitetsstandarderne skal desuden bidrage til sundhedsreformens ambition om en omstilling af det samlede sundhedsvæsen i retning af et mere nært, lige og sammenhængende sundhedsvæsen.

Kvalitetsstandarderne er en national faglig ramme for opgavevaretagelse og udvikling af akutsygeplejen og skal læses i sammenhæng med gældende faglige standarder, kliniske retningslinjer og lovgivning på området.

Kvalitetsstandarderne skal i deres helhed læses som nationale bindende kvalitetskrav til akutsygeplejen. Kravene fremgår løbende af teksten og er således ikke særskilt opsummeret i de enkelte kapitler.

Kvalitetsstandarderne vil være gældende fra 1. januar 2027, og praksis skal udvikles over tid i overensstemmelse hermed. Implementeringen skal følges tæt, særligt i de første år, med henblik på løbende opfølgning på udviklingen i

<sup>1</sup> Aftale om sundhedsreform 2024, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024.

<sup>2</sup> Lov nr. 1761 af 29. december 2025, Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love (Flytning af opgaver fra kommuner til regioner, hjemmel vedrørende

kvalitetsstandarder, etablering af sundheds- og omsorgspladser, national sundhedsplan, nærsundhedsplaner, bortfald af øvrige regionale opgaver m.v.).

praksis, politiske prioriteringer og eventuelle behov for justering.

### 1.3. KVALITETSSTANDARDERNE I DEN SAMLEDE STYRINGSRAMME

Kvalitetsstandarderne indgår i den samlede udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet og skal ses i sammenhæng med øvrige nationale og decentrale rammer for planlægning, udvikling og styring. De nationale rammer fastlægger den fælles retning, mens den konkrete tilrettelæggelse af akutsygeplejen sker regionalt og lokalt inden for disse rammer. Figur 2 illustrerer kvalitetsstandardernes sammenhæng med udvalgte øvrige nationale og decentrale sundhedsplaner og initiativer.

#### 1.3.1. National udviklings- og styringsramme

Den nationale sundhedsplan 2027-2030<sup>3</sup> udgør den overordnede strategiske ramme for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet, herunder også akutsygeplejen, og opstiller seks principper, der er retningsgivende for den nationale og decentrale sundhedsplanlægning:

1. Sundhedsplanlægning fremmer den sundhedsmæssige værdi for befolkningen

2. Ressourcer bliver fordelt efter behov og faglig bæredygtighed
3. Det primære sundhedsvæsen bliver fundamentet
4. Patientforløb bliver tilrettelagt med færrest mulige skift i behandlingsansvar
5. Fremtidens sundhed bliver mere digital
6. Omstilling sker trinvist, koordineret og vidensbaseret

Kvalitetsstandarderne skal desuden ses i sammenhæng med øvrige nationale rammer med betydning for akutsygeplejen, herunder Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation<sup>4</sup>, National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud<sup>5</sup>, Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser<sup>6</sup> og Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats<sup>7</sup>.

Kvalitetsstandarderne tager afsæt i Sundhedsstyrelsens notat om sigtelinjer for den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje med sundhedsreformen<sup>8</sup> af januar 2026 og hidtil gældende Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner<sup>9</sup>, som beskriver akutsygeplejen under det hidtidige kommunale myndighedsansvar.

<sup>3</sup> National sundhedsplan 2027-2030, Sundheds- og Kirkeministeriet, 2026.

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsen udarbejder kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation i 2026.

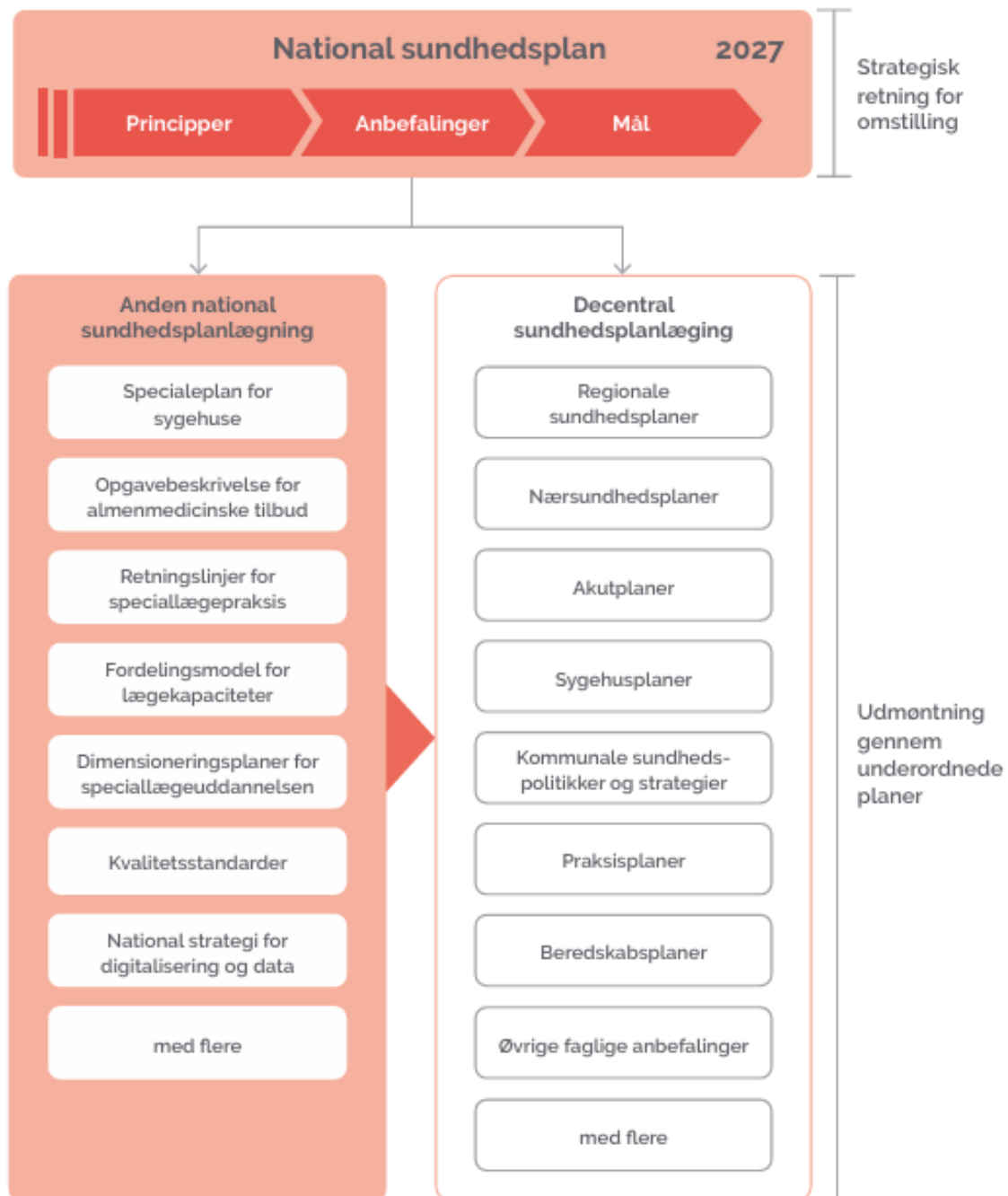
<sup>5</sup> National opgavebeskrivelse for Almenmedicinske tilbud, Sundhedsstyrelsen, 2026.

<sup>6</sup> Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, Sundhedsstyrelsen, 2026.

<sup>7</sup> Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats - Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år, Sundhedsstyrelsen, 2020.

<sup>8</sup> Sigtelinjer for den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje med sundhedsreformen, Sundhedsstyrelsen, 2026.

<sup>9</sup> Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, Sundhedsstyrelsen, 2023. Kvalitetsstandarderne er ikke længere gældende efter 1. januar 2027.

**Figur 2.** Kvalitetsstandardernes sammenhæng til øvrig national og decentral sundhedsplanlægning.

### 1.3.2. Rammer for lokal tilrettelæggelse

Regionerne har myndighedsansvaret for at tilvejebringe og tilrettelægge akutsygeplejen med udgangspunkt i befolkningens behov og inden for de nationale rammer. Sundhedsrådene har det umiddelbare politiske og forvaltningsmæssige ansvar for drift og udvikling af akutsygeplejen inden for deres geografiske område.

Hvert sundhedsråd skal udarbejde en nærsundhedsplan<sup>10</sup>, der skal tage afsæt i den nationale sundhedsplan og som skal være i overensstemmelse med den regionale sundhedsplan. Den lokale planlægning af nære regionale sundhedsindsatser som eksempelvis akutsygeplejen skal beskrives i sundhedsrådets nærsundhedsplan. Nærsundhedsplanen skal derudover indeholde beskrivelser af det regionale samarbejde med og understøttelse af kommunale tilbud og indsatser efter sundhedsloven og på områder, som relaterer sig til sundhedsområdet.

Den regionale sundhedsplanlægning skal være i overensstemmelse med den nationale sundhedsplan, og den konkrete lokale tilrettelæggelse af akutsygeplejen skal opfylde kravene i nærværende kvalitetsstandarder. Inden for disse rammer tilrettelægges akutsygeplejen under hensyntagen til geografi, befolkningsgrundlag og organiseringen af øvrige sundhedstilbud med videre. Tilrettelæggelsen skal afveje hensyn til blandt andet geografisk tilgængelighed, kontinuitet, faglig bæredygtighed, koordineret og rettidig indsats samt hensigtsmæssig anvendelse af den samlede kapacitet. Som led i den lokale planlægning afklares arbejdsdeling og

samarbejde med relevante regionale tilbud, kommunale sundhedsindsatser og almenmedicinske tilbud. Det omfatter blandt andet kontaktveje og snitflader i borgernes forløb, herunder tydelighed om lægeligt behandlingsansvar og ansvar for sygepleje.

Den lokale planlægning af nære regionale sundhedsindsatser som eksempelvis akutsygeplejen skal beskrives i sundhedsrådets nærsundhedsplan, mens samarbejde og arbejdsdeling mellem myndighederne kan aftales i de relevante lokale rammer. Nærværende kvalitetsstandarder stiller ikke krav om, at afklaringerne skal fremgå af en bestemt type aftale.

Regionerne, herunder sundhedsrådene, kan indgå horisontale samarbejdsaftaler<sup>11</sup> med kommuner om, at disse fortsat varetager hele eller dele af driften af akutsygeplejen på vegne af regionerne, som fortsat har myndigheds- og finansieringsansvaret.

### 1.4. SIGTELINJER FOR UDVIKLING AF AKUTSYGEPLEJEN

Akutsygeplejen skal udvikles over tid i overensstemmelse med befolkningens behov og sundhedsvæsenets indretning i øvrigt, måske særligt den kommunale sygepleje.

Afsættet er retningen for omstillingen af sundhedsvæsenet, der fastlægges i den nationale sundhedsplan og kommende opdateringer heraf.

<sup>10</sup> Jf. kommende bekendtgørelse og vejledning om nærsundhedsplaner.

<sup>11</sup> Vejledning nr. 9192 af 3. januar 2026. Vejledning om indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler og om anmodninger i det nære sundhedsvæsen.

## 2. AKUTSYGEPLEJENS FUNKTION

### 2.1. AKUTSYGEPLEJENS FUNKTION I DET SAMLEDE SUNDHEDSVÆSEN

Akutsygeplejens funktion skal tilrettelægges med afsæt i principperne i den nationale sundhedsplan<sup>12</sup> og med en tydelig arbejdsdeling i forhold til øvrige regionale og kommunale tilbud.

Funktionen skal ses som en del af både den samlede akutte sundhedsindsats og det primære sundhedsvæsen. Funktionen skal bidrage til, at borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom kan modtage hurtig vurdering, pleje og behandling i eget hjem, når det er fagligt relevant. Indsatsen skal samtidig bidrage til at forebygge yderligere forværring og behov for sygehusindlæggelse.

### 2.2. AKUTSYGEPLEJENS PLACERING I DEN AKUTTE SUNDHEDSINDSATS

Begrebet akut sygdom forstås i denne publikation som pludseligt opstået<sup>13</sup>. Akut sygdom omfatter både nyopstået sygdom og pludselig forværring af kendt sygdom. Akut sygdom er ofte kendetegnet ved tydelige og hurtigt indsættende symptomer, men kan hos nogle patienter også komme til udtryk ved mere diffuse symptomer.

Akutte tilstande kan være mere eller mindre alvorlige, komplekse og tidskritiske. Nogle tilstande er umiddelbart livstruende og kræver handling med det samme, mens andre skal håndteres inden for kortere tid for at forebygge yderligere forværring. Karakteren af den akutte

tilstand har dermed betydning for, hvilken sundhedsfaglig indsats der er behov for, og hvor hurtigt den skal iværksættes.

I relation til akutsygepleje dækker akut sygdom over akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, hvor der er behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats inden for få timer ved akutte behov og inden for et døgn ved subakutte behov, men som ikke kræver reaktion inden for få minutter. Akutsygeplejen varetager dermed en afgrænset del af den samlede akutte sundhedsindsats.

### 2.3. AKUTSYGEPLEJENS FUNKTION I DET PRIMÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Akutsygeplejen skal indgå i tæt sammenhæng med de øvrige tilbud i det primære sundhedsvæsen, særligt den kommunale sygepleje, helhedsplejen og almenmedicinske tilbud. I det følgende konkretiseres det, hvordan principperne i den nationale sundhedsplan skal afspejles i akutsygeplejens funktion og tilrettelæggelse.

Funktionen skal tilføre kapacitet, tilgængelighed og sygeplejefaglige kompetencer ved behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats med henblik på at forebygge forværring af sygdom og behov for indlæggelse eller genindlæggelse. Funktionen skal samtidig tage afsæt i de opgaver, kompetencer og det kendskab til borgeren, der allerede findes hos øvrige aktører i det primære sundhedsvæsen.

Funktionen skal tilrettelægges med henblik på, at den kommunale sygepleje så vidt muligt fastholder sin koordinerende funktion omkring

<sup>12</sup> National sundhedsplan 2027-2030, Sundheds- og Kirkeministeriet, 2026.

<sup>13</sup> Anvendelsen af begrebet akut sygdom tager udgangspunkt i Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats

- Planlægningsgrundlag for de kommende 10 år, Sundhedsstyrelsen, 2020.

borgerne, og at skift i det lægelige behandlingsansvar begrænses (læs om behandlingsansvar i kapitel 6). Herved begrænses de koordinationsbehov og risici, der følger af, at flere aktører er involverede i borgernes forløb. Opgavevaretagelsen skal samtidig tilrettelægges, så der ikke opbygges parallel kapacitet eller etableres unødvendige samtidige indsatser for borgerne.

Akutsygeplejen skal understøtte samarbejdspartnere, herunder den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud, gennem rådgivning og faglig sparring samt bistand til kliniske sygeplejefaglige vurderinger og instrumentel sygepleje. Hvis borgernes videre forløb kan varetages af den aktør, der allerede har ansvaret for borgernes behandling eller sygepleje, skal denne opgavevaretagelse som udgangspunkt fastholdes.

Hvor der er behov for, at akutsygeplejen varetager tidsafgrænsede indsatser, skal disse være fokuserede og af kortere varighed, typisk ikke længere end få dage. I nogle tilfælde kan

indsatser være længere, hvis borgernes tilstand og behov for akutsygepleje tilsiger det.

Det gælder både ved akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom og efter udskrivelse fra sygehus, hvor der fortsat er behov for særlige sygeplejefaglige kompetencer eller mulighed for hurtigt at tilpasse indsatsens omfang og intensitet til ændringer i borgernes tilstand. Efter udskrivelse er funktionen særligt relevant for borgere, som ikke i forvejen modtager kommunal sygepleje, eller som har behov for instrumentel sygepleje, som den kommunale sygepleje ikke har tilstrækkelig erfaring med at varetage.

Digital understøttelse af samarbejde om borgere skal indgå i opgavevaretagelsen, hvor det er fagligt relevant og kan bidrage til kvalitet, tilgængelighed og hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer. Det kan blandt andet ske gennem telefonisk eller virtuel rådgivning og vurdering i samarbejdet med den kommunale sygepleje eller almenmedicinske tilbud.

## 3. MÅLGRUPPE

### 3.1. KRITERIER FOR MÅLGRUPPEN

Målgruppen for akutsygepleje er fortrinsvis borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk sygdom, hvor der er akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, og hvor der er behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats.

Borgernes akutte tilstande er ofte af en vis sværhedsgrad og kan være uafklarede og uforudsigelige, hvilket kan medføre behov for tæt observation, løbende vurdering og tilpasning af indsatser. Det stiller krav om en tilgængelig funktion, der kan rykke ud med kort varsel og tilpasse indsatsen til udviklingen i borgernes tilstand. Indsatsen skal kunne iværksættes inden for få timer ved akutte behov eller inden for et døgn ved subakutte behov.

Målgruppen er samtidig karakteriseret ved, at behandlingen mest hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem frem for ved sygehusindlæggelse eller ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Eget hjem omfatter her også botilbud og plejehjem, samt borgere på midlertidige ophold, eksempelvis i sommerhus/fritidshus eller på kommunale vente- og aflastningspladser.

Målgruppen omfatter desuden borgere med fortsatte komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus, hvor der i en afgrænset periode er behov for de kompetencer og den tilgængelighed, der er til stede i akutsygeplejen, herunder muligheden for fleksibelt at tilpasse indsatsens omfang og intensitet til borgernes aktuelle tilstand. Det kan særligt være relevant for borgere, som ikke i forvejen modtager kommunal sygepleje, eller som efter udskrivelse har behov for instrumentelle indsatser, som den kommunale sygepleje ikke har tilstrækkelig rutine i at varetage.

### 3.2. MÅLGRUPPENS KARAKTERISTIKA

Målgruppen omfatter borgere i alle aldre, men består overvejende af ældre medicinske patienter, herunder skrøbelige ældre og borgere med demens. Hos disse borgere kan akut opstået eller forværret sygdom vise sig ved uspecifikke symptomer som uro, konfusion, diffuse smerter eller pludselig nedsat funktionsevne. For borgere med demens, som bor på plejehjem, kan akutsygepleje i velkendte rammer, hvor der er kendskab til borgernes habituelle tilstand, historik og præferencer, i mange tilfælde være mere hensigtsmæssig end sygehusindlæggelse.

Borgerne i målgruppen vil ofte have komplekse og sammensatte problemstillinger, som i kombination med den akutte eller subakutte situation medfører behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering, indsats og eventuelt særlige sygeplejefaglige kompetencer. Komplexiteten kan eksempelvis relatere sig til multisygdom, polyfarmaci, varig fysisk eller kognitiv funktionsnedsættelse, rusmiddelafhængighed eller sociale problematikker.

Målgruppen kan også omfatte borgere med samtidig somatisk og psykisk sygdom, hvor indsatsen fordrer tæt samarbejde med relevante kommunale og regionale aktører. Det gælder blandt andet den kommunale sygepleje og socialpsykiatrien samt dele af den regionale psykiatri, som ofte har et kendskab til borgerne og deres livssituation, der er væsentlig for vurderingen og tilrettelæggelsen af indsatsen.

På tværs af disse grupper omfatter målgruppen både borgere der i forvejen modtager kommunale indsatser, herunder kommunal sygepleje eller helhedspleje, og borgere, der ikke i forvejen modtager sådanne indsatser. For borgere, som i forvejen modtager kommunal

sygepleje, vil akutsygeplejens indsats ofte bestå i rådgivning og sparring til den kommunale sygepleje samt efter behov bistand til klinisk sygeplejefaglig vurdering af borgerne eller til instrumentel sygepleje i hjemmet.

### 3.3. AFGRÆNSNING AF MÅLGRUPPEN

Målgruppen omfatter ikke borgere med umiddelbart livstruende tilstande, som kræver handling inden for minutter og som skal håndteres af den præhospitale indsats. Den omfatter heller ikke borgere, hvis behov udelukkende vedrører behandling af psykisk sygdom.

Målgruppen omfatter ligeledes ikke borgere, hvis sygeplejebehov kan varetages som led i et eksisterende forløb i den kommunale sygepleje, herunder ved fluktuationer i borgerens tilstand og perioder med forværring, hvor indsatsen kan tilpasses borgerens ændrede behov uden inddragelse af akutsygeplejens særlige tilgængelighed eller kompetencer.

Borgere er som udgangspunkt heller ikke længere en del af målgruppen, når den akutte eller subakutte problemstilling er afklaret eller stabiliseret, og det fortsatte sygeplejebehov kan varetages af den kommunale sygepleje eller andre relevante tilbud.

## 4. INDSATSER

### Typer af indsatser

#### Indsatser uden direkte borgerkontakt

- Telefonisk eller virtuel rådgivning og faglig sparring til den kommunale sygepleje

#### Enkeltstående indsatser med direkte borgerkontakt

- Klinisk vurdering af borgere med akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom i borgernes hjem, når den kommunale sygepleje har behov for en supplerende sygeplejefaglig vurdering
- Klinisk vurdering af borgere med akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom i borgernes hjem på foranledning af almenmedicinske tilbud, lægevagtsordninger/akuttelefon, den præhospitale indsats eller sygehuse
- Bistand til den kommunale sygepleje ved udførelse af instrumentel sygepleje i borgernes hjem

#### Tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed med direkte borgerkontakt

- Fokuserede indsatser af kortere varighed til borgere med akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom med henblik på at forebygge yderligere forværring, indlæggelse eller genindlæggelse
- Instrumentelle indsatser af kortere varighed til borgere med fortsatte komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus
- Opfølgende sygeplejefaglige indsatser af kortere varighed efter kortere akutte indlæggelsesforløb i den fælles akutmodtagelse

### 4.1. INDGANG, HENVISNING OG VISITATION

Akutsygeplejen skal hele døgnet være telefonisk tilgængelig for sundhedsfaglige samarbejdspartnere og borgere, der modtager indsatser fra akutsygeplejen. Akutsygeplejen skal desuden have en døgndækkende udkørende funktion, så relevante indsatser kan iværksættes med kort varsel i borgernes hjem.

Regionerne er ansvarlige for, at der ydes vederlagsfri akutsygepleje efter lægehenvisning. Det kan være en henvisning fra:

- almenmedicinske tilbud
- lægevagtsordninger eller akuttelefoner

- sygehuse
- den præhospitale indsats

Regionerne er ligeledes ansvarlige for, at akutsygeplejen yder rådgivning og faglig sparring til den kommunale sygepleje samt bistand ude hos borgerne. Den kommunale sygepleje kan uden lægehenvisning kontakte akutsygeplejen med henblik på bistand. En kontakt fra den kommunale sygepleje kan dog i mange tilfælde føre til behov for inddragelse af behandlingsansvarlig læge, eksempelvis i forbindelse med kliniske sygeplejefaglige vurderinger. Den behandlingsansvarlige læge kan i den forbindelse, ved behov, henvise til akutsygeplejen.

Regionerne har myndighedsansvaret for akutsygeplejen og dermed ansvaret for visitationen, herunder den faglige vurdering af, om den konkrete borger er i målgruppen for akutsygepleje.

I forbindelse med henvisningen skal der indledningsvis ske telefonisk kontakt til akutsygeplejen med henblik på en hurtig afklaring af, om borgeren er i målgruppen for akutsygepleje, eller om borgerens behov varetages bedre andetsteds. I den forbindelse skal der lokalt være skriftlige instrukser for, hvornår den præhospital indsats skal involveres, samt hvornår øvrige aktører skal inddrages med henblik på afklaring af behov for indlæggelse. Henvisning skal efterfølgende ske skriftligt som elektronisk kommunikation indeholdende behandlingsplan og oplysninger om, hvem der er behandlingsansvarlig læge.

Når indsatserne i akutsygeplejen afsluttes, skal behandlingsansvarlig læge have besked herom via skriftlig elektronisk kommunikation. Der foretages samtidig relevant telefonisk og skriftlig overlevering til øvrige kommunale eller regionale tilbud, hvis borgerne fortsat har behov for indsatser. Hvis borgernes almenmedicinske klinik har en tovholderfunktion, informeres denne også.

Arbejdsgangene kan med fordel følge Danske Regioner, KL og Digital Sundhed Danmarks anbefalinger til deling af data og oplysninger i forbindelse med patientbehandling fra den 1. januar 2027<sup>14</sup>. Herunder at materialet skal omsættes til den lokale kontekst<sup>15</sup>.

## 4.2. TYPER AF INDSATSER

Akutsygeplejen varetager indsatser med forskelligt omfang og grad af involvering i borgernes forløb. Det skal bero på en konkret

vurdering af den enkelte borgers situation og behov, hvilke indsatser akutsygeplejen skal udføre.

Indsatsen kan bestå i at:

- rådgive og give faglig sparring uden direkte borgerkontakt
- vurdere eller bistå hos borgere som en enkeltstående indsats
- varetage tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed

Akutsygeplejens indsats skal tilrettelægges på baggrund af borgernes behov og i sammenhæng med de indsatser, der eventuelt allerede varetages af øvrige aktører.

Akutsygeplejen skal hele døgnet være umiddelbart tilgængelig for rådgivning og faglig sparring og skal kunne iværksætte indsatser i borgernes hjem inden for få timer ved akutte behov og inden for et døgn ved subakutte behov.

### 4.2.1. Indsatser uden direkte borgerkontakt

Akutsygeplejen skal kunne yde telefonisk eller virtuel rådgivning og faglig sparring til den kommunale sygepleje om konkrete borgere. Akutsygeplejen skal desuden kunne rådgive om generelle sygeplejefaglige problemstillinger med relevans for den kommunale sygeplejes opgavevaretagelse. Rådgivningen om konkrete borgere skal efter behov kunne omfatte vurdering af ændringer i borgerens tilstand, relevante observationer og tiltag, sparring om udførelse og håndtering af konkret instrumentel sygepleje samt behov for inddragelse af andre sundhedsfaglige aktører. Rådgivningen skal så vidt muligt bidrage til, at den kommunale sygepleje kan varetage det videre forløb. I tilfælde, hvor den faglige sparring peger på behov for yderligere bistand fra akutsygeplejen,

<sup>14</sup> Anbefalinger til deling af data og oplysninger i forbindelse med patientbehandling fra den 1. januar 2027, Danske regioner, KL og Digital Sundhed Danmark, 2026.

<sup>15</sup> Digital Sundhed Danmark har igangsat et arbejde om, hvordan man på længere sigt kan undersøge datadeling på

de områder, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret flytter fra kommuner til regioner. Digital Sundhed Danmark vil give anbefalinger herom i december 2026.

kan næste skridt være en klinisk sygeplejefaglig vurdering i borgerens hjem eller bistand til udførelse af konkret instrumentel sygepleje.

#### **4.2.2. Enkeltstående indsatser med direkte borgerkontakt**

Akutsygeplejen skal, inden for få timer, kunne foretage kliniske sygeplejefaglige vurderinger i borgernes hjem ved akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom. Den kliniske sygeplejefaglige vurdering kan ske som bistand til den kommunale sygepleje, når den kommunale sygepleje har behov for en supplerende sygeplejefaglig vurdering, eller efter henvisning fra almenmedicinske tilbud, lægevagtsordninger/akuttefon, den præhospitale indsats eller sygehuse.

Akutsygeplejen overtager som udgangspunkt ikke patientforløbet i forbindelse med den kliniske sygeplejefaglige vurdering, men yder bistand, mens det fortsatte forløb varetages af den kommunale sygepleje, almenmedicinske tilbud eller andre relevante aktører. Hvis den kliniske sygeplejefaglige vurdering viser behov for yderligere observation, pleje eller behandling fra akutsygeplejen, kan akutsygeplejen varetage en tidsafgrænset indsats af kortere varighed med henblik på at forebygge forværring af sygdom eller behov for sygehusindlæggelse.

Den kliniske sygeplejefaglige vurdering skal ske i tæt samarbejde med den behandlingsansvarlige læge. Når vurderingen foretages på foranledning af den kommunale sygepleje, varetager akutsygeplejen kontakten til den behandlingsansvarlige læge om relevante lægelige ordinationer, herunder diagnostiske undersøgelser, observationsbehov og behandlingsplan. Der skal være klarhed om ansvaret for de enkelte indsatser, herunder det lægelige behandlingsansvar (læs om ansvar og behandlingsansvar i kapitel 6).

Den kliniske sygeplejefaglige vurdering og undersøgelse af borgere med akutte tilstande tager udgangspunkt i strukturerede metoder, eksempelvis ABCDE<sup>16</sup>, suppleret med anamnese og relevante objektive og diagnostiske undersøgelser. Vurderingen skal desuden inddrage borgernes funktionsevne, livssituation og præferencer, eventuelt gennem samarbejde med fagpersoner som kender borgerne, eksempelvis den kommunale sygepleje eller helhedspleje. Som led i den kliniske vurdering skal akutsygeplejen kunne foretage relevante diagnostiske undersøgelser, eventuelt på delegation fra behandlingsansvarlig læge, herunder kapillær blodprøvetagning samt prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse.

Den samlede vurdering skal i samarbejde med den behandlingsansvarlige læge danne grundlag for stillingtagen til borgernes behov for akutte sundhedsfaglige indsatser, herunder om indsatsen kan varetages i hjemmet, og hvilke aktører der skal inddrages. Der skal lokalt være skriftlige instrukser for, hvornår øvrige aktører skal inddrages, herunder den præhospitale indsats. Hvorvidt sygehusindlæggelse er påkrævet, skal bero på en individuel lægefaglig vurdering. Borgere, der har behov for sundhedsfaglige indsatser, som ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt i eget hjem, og som ikke har behov for sygehusindlæggelse, kan være i målgruppen for sundheds- og omsorgspladser efter kriterierne i kvalitetsstandarderne for sundheds- og omsorgspladser<sup>17</sup>. Akutsygeplejen skal desuden, hvor relevant, identificere eventuelle behov for øvrige indsatser, eksempelvis genoptræning, rehabilitering og palliation, og ved behov inddrage relevante aktører.

Akutsygeplejen skal kunne bistå den kommunale sygepleje ved instrumentel sygepleje, som den kommunale sygepleje ikke har tilstrækkelig rutine i at varetage.

<sup>16</sup> ABCDE-metoden: A (Airway – luftvej), B (Breathing – vejtrækning), C (Circulation – kredsløb), D (Disability – neurologisk status), E (Exposure – eksponering)

<sup>17</sup> Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, Sundhedsstyrelsen, 2026.

Akutsygeplejen skal desuden kunne bistå ved indsatser, som normalt varetages af den kommunale sygepleje, men som er vanskelige at udføre hos den konkrete borger. Det kan eksempelvis være ved anlæggelse af blærekateter eller sonde. Bistanden kan blandt andet være relevant, når indsatsen er nødvendig for at fortsætte borgerens eksisterende forløb i hjemmet eller forebygge forværring eller indlæggelse. Hvor det er relevant, skal bistanden omfatte oplæring af den kommunale sygepleje med henblik på, at opgaven efterfølgende kan varetages kommunalt.

#### **4.2.3. Tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed med direkte borgerkontakt**

Akutsygeplejen skal kunne iværksætte og varetage fokuserede indsatser af kortere varighed, typisk ikke længere end få dage. I nogle tilfælde kan en indsats være længere, hvis borgernes tilstand og behov for akutsygepleje tilsiger det. Den konkrete varighed beror på en individuel vurdering af borgerens behov, herunder behov for sammenhæng i forløbet.

De kortvarige og fokuserede indsatser, i form af observation, pleje og behandling iværksættes på baggrund af henvisning fra den kommunale sygepleje, almenmedicinske tilbud, lægevagtsordninger/akuttefoner, den præhospital indsats samt sygehuse.

For borgere med akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom skal indsatserne som udgangspunkt være af kortere varighed, typisk ikke længere end få dage, og rette sig mod den akutte problemstilling med henblik på at forebygge yderligere forværring eller indlæggelse. Indsatserne vil overvejende blive iværksat på baggrund af en akut klinisk sygeplejefaglig vurdering foretaget af akutsygeplejen, hvor der i samarbejde med behandlingsansvarlig læge identificeres behov for en tidsafgrænset indsats.

Akutsygeplejen skal desuden kunne varetage indsatser af kortere varighed efter udskrivelse fra sygehus. Det omfatter instrumentelle

indsatser til borgere med fortsatte komplekse sygeplejebehov samt opfølgende sygeplejefaglige indsatser efter kortere akutte indlæggelsesforløb i den fælles akutmodtagelse, hvor der kan være behov for iværksættelse af sygeplejefaglige indsatser med kort varsel. Disse indsatser er særligt relevante for borgere, som ikke i forvejen modtager kommunal sygepleje, eller som efter udskrivelse har behov for akutsygeplejens særlige tilgængelighed eller sygeplejefaglige kompetencer, herunder indsatser som den kommunale sygepleje ikke har tilstrækkelig rutine i at varetage. Hvor det er relevant, skal indsatsen omfatte oplæring af den kommunale sygepleje med henblik på efterfølgende overdragelse af opgaven.

Som led i de tidsafgrænsede indsatser skal akutsygeplejen kunne iværksætte, udføre og følge op på relevante observations-, pleje- og behandlingsindsatser på baggrund af borgernes behov og den sygeplejefaglige vurdering. Indsatsen skal kunne tilpasses i omfang og intensitet til ændringer i borgerens tilstand, og der skal være mulighed for opfølgende sygeplejefaglige vurderinger flere gange i døgnet. Akutsygeplejen skal kunne udføre både hyppig og mindre hyppigt forekommende instrumentel sygepleje, eksempelvis inhalationsbehandling og pasning af dræn.

Akutsygeplejens indsatser kan, når den enkelte borgers behov tilsiger det, varetages parallelt med indsatser fra den kommunale sygepleje. Akutsygeplejen overtager i disse tilfælde alene ansvaret for de konkrete sygeplejefaglige indsatser, som ligger til grund for den konkrete henvisning og visitation, og overtager ikke ansvaret for borgerens samlede sygepleje- og/eller plejeindsats. Den kommunale sygepleje kan således fortsat varetage øvrig sygepleje hos borgeren samtidig med akutsygeplejens indsatser. Der skal være klarhed om ansvaret for de enkelte indsatser, herunder det lægelige behandlingsansvar.

### Afslutning af tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed

Akutsygeplejens indsatser kan afsluttes:

- når den akutte eller subakutte problemstilling er afklaret, borgerens tilstand er stabiliseret og der ikke længere er behov for akutsygeplejens kompetencer
- hvis borgerens tilstand forværres eller ikke bedres som forventet, og der bliver behov for eksempelvis sygehusindlæggelse eller ophold på en sundheds- og omsorgsplads

Vurderingen af, hvem der skal varetage det videre forløb, skal bero på den konkrete borgers tilstand og behov samt opgavernes kompleksitet og foretages i samarbejde mellem akutsygeplejen, den behandlingsansvarlige læge og den aktør, som skal varetage den fortsatte behandling.

Ved fortsat behov for sygepleje kan borgerne henvises til den kommunale sygepleje. Relevante oplysninger skal videregives, herunder oplysninger om borgerens tilstand, behandlingsplan og behandlingsansvarlig læge. Der kan derudover i særlige tilfælde være behov for oplæring i specifikke procedurer eller behandlinger, før indsatsen kan overdrages til den kommunale sygepleje.

### 4.3. Udstyr og medicin

Akutsygeplejen skal have adgang til relevant udstyr til klinisk sygeplejefaglig vurdering, observation, pleje og behandling af borgere i målgruppen. Akutsygeplejen skal herunder have adgang til relevant diagnostisk udstyr og utensilier til prøvetagning med henblik på vurdering og afklaring af borgernes tilstand i eget hjem. Der skal foreligge procedurer for anvendelse, kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyret. Der skal desuden være etableret arbejdsgange for håndtering og transport af prøver samt adgang til de nødvendige systemer til rekvirering og dokumentation af prøvetagning.

Akutsygeplejen skal have adgang til de hyppigst anvendte lægemidler til målgruppen, så ordineret medicinsk behandling kan iværksættes rettidigt. Opbevaring, håndtering og udlevering af medicin skal ske efter gældende regler, og der skal foreligge skriftlige instrukser, som beskriver procedurene<sup>18</sup>.

Akutsygeplejen skal desuden have adgang til de digitale systemer, der er nødvendige for opgavevaretagelsen, herunder adgang til relevante medicinoplysninger og mulighed for videokonsultation.

<sup>18</sup> Lovgrundlag endnu ikke fastlagt, supplerende høring afsluttet 20. august 2026: Lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig

virksomhed (Ny model for specialeplanlægning, ny afregningsordning ifm. etablering af sundheds- og omsorgspladser, lægemiddelhåndtering mv.).

## 5. KOMPETENCER

### 5.1. KOMPETENCER

Akutsygeplejens indsatser skal varetages af sygeplejersker med de nødvendige kompetencer til at udføre indsatserne beskrevet i kapitel 4 hos borgere i målgruppen for akutsygepleje, jf. kapitel 3. Social- og sundhedsassistenter kan undtagelsesvist varetage afgrænsede indsatser, når de gennem deres erfaring og eventuel efteruddannelse har tilegnet sig de nødvendige kompetencer til den konkrete opgave. Opgavefordelingen skal være fagligt begrundet og tage højde for indsatsens kompleksitet og borgerens tilstand.

Akutsygeplejen skal have kompetencer til at varetage sygeplejefaglige opgaver i borgernes hjem og skal derudover råde over de kompetencer, der følger af akutsygeplejens særlige funktion, målgruppe og indsatser.

Sygeplejerskerne skal kunne varetage borgere med akutte og subakutte tilstande i eget hjem, herunder borgere med komplekse og ustabile tilstande. De skal have kompetencer til at:

- foretage systematisk og struktureret klinisk vurdering og observation, herunder efter ABCDE-principperne<sup>19</sup>, og identificere ændringer i borgerens tilstand og tegn på kritisk sygdom
- varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning, herunder at prioritere indsatser og vurdere behov for lægefaglig eller præhospital indsats
- udføre hyppigt og mindre hyppigt forekommende instrumentel sygepleje, herunder diagnostiske undersøgelser, og vurdere behov for observation og opfølgning i tilknytning hertil
- foretage en helhedsorienteret vurdering af borgerens samlede

sundhedssituation, herunder funktionsevne, psykiske og sociale forhold samt behov for øvrige sundheds- og omsorgsindsatser

- indgå fagligt kvalificeret i samarbejdet med den behandlingsansvarlige læge om vurdering, behandling og opfølgning på borgerens tilstand
- formidle kliniske og sygeplejefaglige vurderinger klart og fagligt begrundet til øvrige sundhedspersoner, herunder som grundlag for rådgivning og faglig sparring
- koordinere og kommunikere sikkert i tværfaglige og tværsektorielle patientforløb
- inddrage borgere og pårørende i vurderinger og beslutninger
- anvende relevante digitale redskaber i opgaveløsningen

Akutsygeplejen indgår i høj grad i tværfaglige og tværsektorielle patientforløb og yder rådgivning og bistand til andre aktører. Det forudsætter, at sygeplejerskerne har kendskab til det samlede sundhedsvæsen, herunder relevante samarbejdsaftaler og arbejdsgange på tværs af sektorer, samt et indgående kendskab til kommunale sundheds-, omsorgs- og socialfaglige tilbud.

Vedligeholdelse og udvikling af kompetencer i akutsygeplejen forudsætter løbende erfaring med målgruppen og de indsatser, der varetages i akutsygeplejen. Sygeplejerskerne skal derfor overvejende være beskæftiget med opgaver inden for akutsygeplejens funktion og have et tilstrækkeligt omfang af relevante patientkontakter og indsatser til at opretholde erfaring og rutine i vurdering og behandling af

<sup>19</sup> ABCDE-metoden: A (Airway – luftvej), B (Breathing – vejrtrækning), C (Circulation – kredsløb), D (Disability – neurologisk status), E (Exposure – eksponering).

borgere med akutte og subakutte tilstande i eget hjem.

Kompetencerne i akutsygeplejen skal løbende vedligeholdes og udvikles. Dette kan blandt andet ske gennem relevante efter- og videreuddannelsesaktiviteter.

Kompetenceudviklingen kan med fordel

planlægges i samarbejde med almenmedicinske tilbud, kommunale sundhedsindsatser, sygehuse og præhospital indsats med henblik på at udvikle kompetencer i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt styrke kendskabet til relevante arbejdsgange og patientforløb på tværs af sektorer.

HØRINGSUDKAST

## 6. ORGANISERING

### 6.1. ORGANISATORISKE FORUDSÆTNINGER

Akutsygeplejen skal organiseres og tilrettelægges, så funktionen kan varetage de beskrevne indsatser med den nødvendige kvalitet og tilgængelighed døgnet rundt og indgå i tæt sammenhæng med øvrige regionale og kommunale tilbud.

Organiseringen skal tilrettelægges, så:

- der lokalt aftales en tydelig arbejdsdeling mellem akutsygeplejen og øvrige regionale og kommunale tilbud
- akutsygeplejen har en bred geografisk tilstedeværelse i alle kommuner med henblik på at kunne varetage indsatser i borgernes hjem og indgå i et tæt samarbejde med især den kommunale sygepleje og helhedspleje<sup>20</sup> samt almenmedicinske tilbud
- de nødvendige kompetencer og den nødvendige erfaring i akutsygeplejen løbende vedligeholdes
- akutsygeplejen og relevante samarbejdspartnere har gensidig adgang til nødvendige patientoplysninger
- akutsygeplejen har kendskab til almenmedicinske tilbud og kommunale tilbud i området
- der er klarhed om behandlingsansvar
- borgerne modtager samme faglige kvalitet i sygeplejen uanset tidspunkt på døgnet

Den konkrete organisering fastlægges regionalt og lokalt inden for de nationale rammer og med afsæt i lokale forhold, herunder geografi, befolkningsgrundlag og øvrige regionale og

kommunale tilbud. Regionerne kan indgå horisontale samarbejdsaftaler<sup>21</sup> med kommuner om, at kommunerne fortsat varetager hele eller dele af driften af akutsygeplejen på regionens vegne. Regionen bevarer i sådanne tilfælde myndigheds- og finansieringsansvaret.

### 6.2. TILGÆNGELIGHED

Akutsygeplejen skal være let og hurtigt tilgængelig i alle kommuner i hele regionens optageområde, da den retter sig mod borgere med tilstande, der hurtigt kan ændre sig. Funktionen skal være telefonisk tilgængelig hele døgnet året rundt for sundhedsfaglige samarbejdspartnere samt for borgere, der modtager indsatser fra akutsygeplejen. Akutsygeplejen skal have en bred geografisk tilstedeværelse og en døgndækkende udørende funktion, så indsatser kan iværksættes med kort varsel i borgernes hjem i alle kommuner i hele regionens optageområde. Der skal hele døgnet være tilstrækkelig kapacitet til, at akutsygeplejen fleksibelt kan tilpasse indsatserne til ændringer i borgernes behov. Den brede geografiske tilstedeværelse er samtidig væsentlig for det tætte samarbejde med den kommunale sygepleje, som er en forudsætning for, at akutsygeplejen og den kommunale sygepleje i nogle situationer kan varetage indsatser hos samme borger parallelt.

### 6.3. SAMARBEJDE OM BORGERNES FORLØB

Akutsygeplejen skal indgå i et tæt samarbejde med den kommunale sygepleje, øvrige kommunale aktører, herunder socialpsykiatri, helhedspleje, plejehjem og botilbud, samt med almenmedicinske tilbud, lægevagtsordninger/akuttelefoner, sundheds-

<sup>20</sup> Hvis helhedsplejen varetager kommunal sygepleje, kan relevante medarbejdere i helhedsplejen også kontakte den regionale akutsygepleje.

<sup>21</sup> Vejledning nr. 9192 af 3. januar 2026. Vejledning om indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler og om anmodninger i det nære sundhedsvæsen.

og omsorgspladser, præhospitalet indsats og sygehuse.

### 6.3.1. Koordinering og kontakt med samarbejdspartnere

Kompleksiteten i patientforløbene i akutsygeplejen indebærer ofte, at der er mange aktører involveret i borgernes forløb. Når flere aktører er involveret, skal akutsygeplejens indsatser koordineres med øvrige regionale og kommunale sundheds- og socialfaglige indsatser omkring borgerne med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb.

Arbejdsdelingen og samarbejdet skal tilrettelægges med henblik på at begrænse antallet af forskellige medarbejdere i borgernes hjem og skift i behandlingsansvar. For borgere med samtidig somatisk og psykisk sygdom, som modtager psykosocial støtte sideløbende med indsatser fra akutsygeplejen, skal der være særlig opmærksomhed på koordinering og sammenhæng på tværs af sundheds- og socialområdet. Koordineringen skal ske mellem de relevante aktører og kan eksempelvis varetages af den kommunale sygepleje, når borgerne i forvejen modtager kommunal sygepleje.

Der skal være let og gensidig adgang til kontakt mellem akutsygeplejen og relevante samarbejdspartnere hele døgnet. Der skal foreligge samarbejdsaftaler mellem akutsygeplejen og relevante samarbejdspartnere. Aftalerne skal beskrive rammerne for samarbejdet, herunder adgang til kontakt, rådgivning og faglig sparring, procedurer for henvisning og visitation samt relevante arbejdsgange mellem parterne. Aftalerne skal omfatte adgang til relevant lægefaglig rådgivning og sparring hele døgnet. Aftalerne skal også angå muligheden for hurtigt at kunne komme i kontakt med behandlingsansvarlig læge, blandt andet via

bagom-numre til almenmedicinske tilbud i dagtid og til lægevagt/akuttelefons uden for almindelig dagtid.

Samarbejdsaftalerne skal desuden beskrive anvendelsen af digitale løsninger til vurdering, rådgivning, opfølgning og samarbejde på tværs af sektorer, hvor det er relevant. Dette kan eksempelvis omfatte virtuelle løsninger, der kan bidrage til en fleksibel og rettidig indsats.

### 6.3.2. Ansvarsforhold og behandlingsansvar

Akutsygeplejen skal kunne varetage opgaver inden for sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde<sup>22,23</sup>, øvrige sygeplejefaglige opgaver samt delegerede lægeforbeholdte opgaver.

Der skal i alle forløb være klarhed om arbejdsdelingen og ansvaret for de enkelte sygeplejefaglige indsatser og om det lægelige behandlingsansvar. Det vil som udgangspunkt være den henvisende læge, som har behandlingsansvaret. I de fleste tilfælde vil det dermed være borgerens almenmedicinske tilbud, der har det lægelige behandlingsansvar i dagtid, og lægevagt/akuttelefons uden for almindelig dagtid. Det lægelige behandlingsansvar kan dog også være placeret hos andre regionale aktører, eksempelvis hvis behandlingen er iværksat fra et sygehus. Det aftales lokalt, hvordan behandlingsansvaret er placeret i forskellige situationer, jf. boks om aftaler om behandlingsansvar.

Når akutsygeplejen bistår den kommunale sygepleje med rådgivning, klinisk sygeplejefaglig vurdering eller en konkret enkeltstående instrumentel sygepleje, overtager akutsygeplejen ikke ansvaret for borgerens samlede sygepleje. Når akutsygeplejen varetager tidsafgrænsede indsatser af kortere varighed, har

<sup>22</sup> Bekendtgørelse om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde og orientering af patientens egen eller behandlende læge af 5. december 2025.

<sup>23</sup> Vejledning om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde af 20. december 2024.

## Behandlingsansvar

Af hensyn til kvaliteten og patientsikkerheden når flere aktører er involveret i borgernes forløb, skal der være klare rammer for placering og eventuelle skift i det lægelige behandlingsansvar. Dette skal aftales lokalt.

Følgende skal være aftalt:

- placering af det lægelige behandlingsansvar ved henvisning fra forskellige aktører, på forskellige tider af døgnet, og når flere læger er involveret i forløbet. Som udgangspunkt er det
- borgernes almenmedicinske tilbud der har behandlingsansvaret mindre hyppigt kan det være læger i regionalt regi fx ifm. hvis behandlingen er i igangsat i regi fra sygehus.
- hvordan det lægelige behandlingsansvar overgår mellem aktører
- arbejdsgange for kontakt til den behandlingsansvarlige læge under et forløb
- hvordan eventuel overdragelse af det lægelige behandlingsansvar sker og dokumenteres
- arbejdsgange ved ændringer i borgernes tilstand, herunder hvornår lægefaglig eller præhospital indsats skal inddrages
- ansvarsfordelingen mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje, når begge varetager samtidige indsatser hos borgerne

Aftalerne skal omsættes til lokale skriftlige instrukser og instrukser, så ansvarsforholdene er tydelige på det enkelte behandlingssted.

akutsygeplejen ansvaret for de konkrete sygeplejefaglige indsatser, som varetages på baggrund af den konkrete henvisning og visitation, mens øvrige kommunale indsatser kan fortsætte parallelt, når den enkelte borgers behov tilsiger det.

Det lægelige behandlingsansvar skal til enhver tid være tydeligt placeret, og eventuelle overdragelser af behandlingsansvaret skal være aftalt og formidlet til relevante parter.

### 6.3.3. Informationsdeling

Akutsygeplejen og relevante samarbejdspartnere, herunder den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud, skal have adgang til de sundhedsfaglige oplysninger, der er nødvendige for at varetage, koordinere og følge op på borgernes forløb. Det omfatter blandt andet relevante oplysninger om borgerens tilstand, observationer, behandlingsplan, behov for opfølgning og det lægelige behandlingsansvar. De sundhedsfaglige oplysninger kan deles ved hjælp af beskedkommunikation, eller hvor muligt og hensigtsmæssigt via nationale datadelingsløsninger, herunder Sundhedsjournalen eller lokale datadelingsløsninger. Dette skal ske i overensstemmelse med gældende lovmæssige rammer for deling af oplysninger om borgere. I regi af Digital Sundhed Danmark er der nedsat et arbejde i samarbejde med KL og Danske Regioner ift. dataunderstøttelse af opgaveflyttet<sup>24</sup>.

Der skal være etableret arbejdsgange for rettidig og sikker udveksling af relevante oplysninger mellem akutsygeplejen, kommunale samarbejdspartnere, almenmedicinske tilbud, sygehuse og præhospital indsats i overensstemmelse med gældende lovmæssige rammer. Arbejdsgangene kan med fordel følge Danske Regioner, KL og Digital Sundhed Danmark

<sup>24</sup> Digital understøttelse af opgaveflyt fra kommuner til regioner - Sundhedsdatastyrelsen.

anbefalinger for deling af data og oplysninger i forbindelse med patientbehandling fra den 1.

januar 2027<sup>25</sup>. Herunder at materialet skal omsætte til den lokale kontekst<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Anbefalinger til deling af data og oplysninger i forbindelse med patientbehandling fra den 1. januar 2027, Danske regioner, KL og Digital Sundhed Danmark, 2026.

<sup>26</sup> Digital Sundhed Danmark har igangsat et arbejde om, hvordan man på længere sigt kan undersætte datadeling på

de områder, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret flytter fra kommuner til regioner. Digital Sundhed Danmark vil give anbefalinger herom i december 2026.

## 7. KVALITETSUDVIKLING

### 7.1. KVALITETSUDVIKLING

Kvalitetsudvikling skal danne grundlag for ensartet høj faglig kvalitet i akutsygeplejen samt for løbende udvikling af indsatsen og sammenhængende patientforløb. Arbejdet med kvalitetsudvikling skal ske både lokalt og regionalt.

Lokalt skal ledelsen i akutsygeplejen løbende arbejde med kvalitetsudvikling og forbedringstiltag, herunder gennem faglig sparring, supervision, undervisning og kompetenceudvikling. Der skal desuden arbejdes med datadrevet kvalitetsudvikling, hvor der tages udgangspunkt i relevante indikatorer for faglig, borgeroplevet og organisatorisk kvalitet.

Region og sundhedsråd skal derudover løbende følge op på og udvikle samarbejdet om

patientforløb samt sammenhæng i indsatser på tværs af akutsygepleje, kommunale indsatser, almenmedicinske tilbud, sundheds- og omsorgspladser samt sygehuse. Der skal samtidig følges op på, om formålet med den ændrede organisering af akutsygeplejen realiseres, herunder intentionen om en organisatorisk robust og døgndækket akutsygepleje på tværs af landet.

Udviklingen af et fælles nationalt datagrundlag, til sekundær brug, for sundhedsopgaver der overgår fra kommuner til regioner, sker i regi af Sundhedsdatastyrelsen. Heri indgår blandt andet kortlægning af nuværende dokumentations- og indberetningssystemer samt drøftelse af forslag til et nationalt datagrundlag. Datagrundlaget skal understøtte drift, monitorering, styring, planlægning og kvalitetsudvikling.

**Sundhed for alle ♥ + ●**