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 26. oktober 2026

Høringssvar vedr. udkast til ny bekendtgørelse for regional akutsygepleje samt udkast til bekendtgørelse for kommunal sygepleje.

Dansk Erhverv takker for muligheden for at afgive bemærkninger til de to udkast. Høringssvaret bygger på input fra Dansk Erhvervs medlemmer. Bemærkningerne til kvalitetsstandarderne og vejledningen fremgår af et særskilt høringssvar.

Dansk Erhverv konstaterer, at bekendtgørelserne følger af L42, Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love, som blev vedtaget ved afstemning i Folketinget den 19. december 2025. L42 har til formål at udmønte dele af Aftale om en sundhedsreform 2024 (herefter sundhedsreformaftalen), som blev indgået den 15. november 2024 mellem den daværende regering (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre. Det fremgår bl.a. af sundhedsreformaftalen, at myndighedsansvaret for akutfunktioner flyttes fra kommuner til regioner. Med bekendtgørelse om regional akutsygepleje og opdateringen af bekendtgørelse om hjemmesygepleje tilvejebringes en del af det lovgivningsmæssige grundlag herfor i sundhedsloven, idet den fastsætter nærmere regler for regionernes og kommunernes forpligtelser.

Generelle bemærkninger

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

Selvejende og private leverandører af helhedspleje og andre ydelser, der er afhængige af den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje, skal have gode rammer for samarbejdet. Samtidig skal private leverandører have reel mulighed for selv at varetage sygeplejeindsatserne i forlængelse af helhedsplejen. Her er det ligeledes væsentligt, at samme opgaver, faglige ansvar og kvalitetskrav følges af ligeværdige rammevilkår. Leverandørerne bør have lige adgang til faglig sparring og kompetenceudvikling, og datasystemerne skal understøtte samarbejde på tværs af myndigheder og leverandører på lige vilkår. Der bør samtidig være klarhed om finansieringen af kompetenceudvikling, dokumentation, koordinering og nødvendige investeringer.

Flytningen af ansvaret for akutsygeplejen bør koordineres med implementeringen af helhedsplejen. Der er behov for hurtig afklaring af snitfladerne mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje og øvrige regionale specialiserede tilbud samt ensartede rammer for faggruppernes opgaver. Private leverandører skal tidligt have relevant indsigt i deres borgeres sygeplejebehov, så de kan planlægge bemandingen og sikre stabile forløb.

Den kommende integration af kommunal sygepleje og helhedspleje og udvidelsen af det frie valg bør ske med aktiv inddragelse af private leverandører. Modellen bør sikre, at borgeren kan modtage sygepleje og helhedspleje i sammenhæng hos sin valgte leverandør.

Specifikke bemærkninger

Aftaler med private om drift og opgaver
Regional § 4, stk. 2–3, og kommunal § 4, stk. 4

Regionerne bør sikre private leverandører reel mulighed for at indgå direkte aftaler om regional akutsygepleje på ligeværdige vilkår med kommunerne inden for gældende regler. Muligheden bør ikke være afhængig af, at opgaven først overdrages til en kommune, som derefter vælger, om private skal inddrages.

Der bør desuden være en tydeligere forpligtelse for kommunerne til at sikre private leverandører reelle muligheder for at varetage kommunale sygeplejeopgaver, også i overgangsperioden frem mod integrationen med helhedsplejen. Det bør fremgå udtrykkeligt, at aftaler med private kan omfatte hele eller dele af driften[1].

Dansk Erhverv foreslår derfor følgende formuleringer af henholdsvis regional § 4, stk. 3, og kommunal § 4, stk. 4:

- »Regionsrådet kan indgå aftale med private aktører om drift af hele eller dele af den regionale akutsygepleje.«
- »Kommunalbestyrelsen kan indgå aftale med private leverandører om drift af hele eller dele af den kommunale sygepleje.«

Adgang til hjælpemidler og systemer
Regional § 6, stk. 2, og kommunal § 6 samt begge bekendtgørelsers § 4

Den regionale § 6, stk. 2, bør præciseres, så det er klart, hvem der skal stille plejehjælpemidler og sygeplejeartikler til rådighed, og hvem der skal betale for dem. Afklaringen er særligt vigtig, når en privat leverandør allerede yder hjemmepleje eller kommunal sygepleje hos borgeren.

[1] *I udkastets paragraf 4, stk. 3, fastsættes det, at regionsrådet kan indgå aftale med private aktører om varetagelse af opgaver i akutsygeplejen. Denne ordlyd adskiller sig væsentligt fra bekendtgørelsens stk. 2, der giver regionsrådet adgang til at aftale hele driften med en kommune. Den nuværende formulering i stk. 3 kan fortolkes således, at private aktører alene kan varetage enkeltstående delopgaver, hvilket harmonerer dårligt med behovet for fleksibel opgaveløsning og sammenhængende driftsmodeller. Derfor bør stk. 3 i sin helhed formuleres analogt med stk. 2, så bestemmelsen eksplicit fastslår, at regionsrådet kan indgå aftale med private aktører om leverance af hele driften af akutsygeplejen.*

Dansk Erhverv anbefaler desuden, at regioner og kommuner udtrykkeligt forpligtes til at sikre alle leverandører den nødvendige adgang til plejehjælpemidler, sygeplejeartikler, omsorgs- og dokumentationssystemer, relevante patientoplysninger, instrukser og digitale kommunikationsløsninger, inden opgaverne overdrages. Adgangen skal ske inden for gældende regler om datasikkerhed og sundhedsoplysninger.

Sundheds- og Kirkeministeriet

Høringssvar til udkast til bekendtgørelser for hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Den: 23. oktober 2026
Ref.: LSA

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30DK-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 bekendtgørelser om hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. Nedenfor følger bemærkninger til de to bekendtgørelser

Bekendtgørelse om regional akutsygepleje

Generelle bemærkninger

DSR foreslår, at det i denne bekendtgørelse tydeliggøres, at samarbejdet med den kommunale sygepleje er en meget central del af formålet med/ opgaven for den regionale akutsygeplejefunktion.

Specifikke bemærkninger

§ 3 stk. 3

DSR er glade for, at det fremgår eksplicit, at akutsygeplejen indebærer en døgndækket udkørende funktion i alle dele af landet.

§ 4 stk. 3

Det fremgår, at indsatsen kan leveres af private. Dansk Sygeplejeråd er stærkt bekymrede for, om intentionerne i sundhedsreformen om bl.a. sammenhæng og lighed kan opnås ved brug af private leverandører. For det første øger det antallet af aktører i og omkring patientens hjem. For det andet skaber det flere led – og dermed flere potentielt patientusikre overgange – i det enkelte patientforløb. For det tredje komplicerer det arbejdsgange og tværsektorielt samarbejde for sundhedsfaglige medarbejdere i alle dele af væsenet, når forløb skal tilrettelægges på tværs af flere aktører og flere samarbejdsaftaler.

§ 5

DSR kan ikke bakke op om formuleringen i § 5, hvoraf det fremgår, at "andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- eller kompetencemæssige kvalifikationer" kan udføre akutsygepleje. DSR mener, at det bør være et krav, jf. selve ordets betydning, at det kun kan være autoriserede sygeplejersker, der udfører akutsygepleje.

I tilfælde af særlige omstændigheder som fx stor personalemangel, svære rekrutteringsvilkår eller lignende, bør det som minimum udelukkende være autoriseret sundhedsfagligt personale, der udfører akutsygepleje.

Formuleringen om, at andre personalegrupper kan udføre akutsygepleje, er særligt bekymrende, fordi § 5 samtidig henviser til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. I det høringsudkast til kvalitetsstandarder, der er sendt i parallel høring med bekendtgørelserne, fremgår det nemlig ikke tydeligt nok, hvilke konkrete kompetencer og krav til uddannelse og efteruddannelse der skal være opfyldt for at kunne varetage funktionen indenfor den nødvendige kvalitet.

§ 6 stk. 1
Det er uklart, hvad der menes med "foranstaltninger". DSR foreslår, at der sættes flere beskrivende ord på, så man kan se, hvad regionen skal sætte til rådighed. Det behøver ikke være en udtømmende liste men bør under alle omstændigheder hjælpe læseren mere på vej.

§ 6 stk. 2
Det skal fremgå klart, at der skal være de arbejdsredskaber til rådighed, der er relevante for behandlingen. Derfor er formuleringen "almindeligt anvendte" uhensigtsmæssig. Inkluderer dette fx medicin? Og hvilke slags instrumenter? Det skal være tydeligere for læseren, dels hvad en patient kan forvente, og dels hvad en akutsygeplejerske forventes at levere.

Bekendtgørelse om kommunal sygepleje

Generelle bemærkninger

DSR finder det positivt, at kommunalbestyrelsens ansvar for at tilrettelægge rammer og vilkår for leveringen af kommunal sygepleje er tydeliggjort i bekendtgørelsen. Det er meget vigtigt, at det aldrig bliver den enkelte medarbejders ansvar at vurdere, om rammerne for kommunal sygepleje er til stede.

Specifikke bemærkninger

§ 4 stk. 3
Det er nødvendigt, at disse kontrakter om opgaveoverdragelse indeholder tydelig beskrivelse af ansvar for kompetencekrav samt tværsektorielle samarbejder mellem hospital, almen praksis og kommunal sygepleje.

§ 5
DSR støtter ikke, at formuleringen om at "andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer" kan udføre kommunal sygepleje. Det er særligt bekymrende, fordi det høringsudkast til kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje, som Sundhedsstyrelsen har sendt i parallel høring, ikke tydeligt nok beskriver, hvilke konkrete kompetencer og krav til uddannelse og efteruddannelse, der skal være opfyldt for at kunne udføre kommunal sygepleje med den nødvendige kvalitet.

§ 6
Det er uklart, hvad der menes med "foranstaltninger". DSR foreslår, at der sættes flere beskrivende ord på, så man kan se, hvad kommunen skal sætte til rådighed. Det behøver ikke være en udtømmende liste men bør under alle omstændigheder hjælpe læseren mere på vej.

Med venlig hilsen
Dorthe Boe Danbjørg



Forkvinde, Dansk Sygeplejeråd

Til Sundheds- og Kirkeministeriet

Den 26. oktober 2026

Mail: sum@sum.dk
med kopi til: djo@sum.dk og jbh@sum.dk

Høring vedr. bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Danske Ældreråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje.

Danske Ældreråd hæfter sig særligt ved behovet for tydelig ansvarsplacering og et velfungerende samarbejde mellem regioner og kommuner, så borgere – herunder ældre med komplekse plejebehov – oplever sammenhæng i deres sygepleje.

Sondring mellem kommunal sygepleje og regional akutsygepleje

Danske Ældreråd mener, at funktioner i henholdsvis regional akutsygepleje og kommunal sygepleje med fordel kunne præciseres yderligere, så det bliver tydeligere, hvor ansvaret for de forskellige sygeplejefaglige opgaver er placeret.

En sammenhængende indsats

Danske Ældreråd anbefaler, at det præciseres, hvordan regioner og kommuner skal koordinere indsatsen, når en borger har behov for både kommunal sygepleje og regional akutsygepleje, eller når ansvaret skal overgå fra den ene til den anden. Borgeren skal ikke selv være ansvarlig for at koordinere indsatsen mellem myndighederne.

Positivt at der er en tydelig beskrivelse af ansvar

Danske Ældreråd kvitterer positivt for, at bekendtgørelserne tydeliggør kommunernes ansvar for den kommunale sygepleje og det understreges, at sygeplejen skal være tilgængelig døgnet rundt. Det er væsentligt, at det samlede ansvar for opgaverne er tydeligt placeret hos kommunalbestyrelsen, også når sygeplejen organiseres i samarbejde med andre eller leveres af private aktører. Det giver et klart ansvar for, at borgerne får den nødvendige sygepleje, uanset hvor i landet de bor, og hvordan indsatsen er organiseret.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc: djo@sum.dk og jbh@sum.dk

Høringssvar vedr. bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Dato:
23. oktober 2026

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:
sr@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Danske Patienter takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. de to bekendtgørelser.

Vi bemærker overordnet, at der med opgaveflytningen af akutsygeplejen til regionerne er risiko for, at der kan opstå snitfladeproblematikker mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje, da det i praksis kan være uklart, hvornår en borger er i målgruppen for de to funktioner. Det kræver en tydelig målgruppeafgrænsning og beskrivelse af ansvarsfordelingen i de kvalitetsstandarder, som Sundhedsstyrelsen efter bekendtgørelsen er ansvarlig for at udstede. For bedst muligt at kunne understøtte ensartet kvalitet på tværs af landet, er det desuden nødvendigt, at kvalitetsstandarderne formuleres så konkret som muligt, så det er tydeligt for de udførende funktioner, hvad der forventes af dem, hvordan kravene kan efterleves, og hvordan der følges op på kvaliteten af indsatserne.

Vi har vedlagt vores bemærkninger til kvalitetsstandarderne for akutsygepleje og kommunal sygepleje, som er sendt til Sundhedsstyrelsen, for uddybende bemærkninger.

Med venlig hilsen

Morten Freil
Direktør

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.

Notat

Danske Regioner

Høringssvar til bekendtgørelser for hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

26-10-2026
EMN-2024-01215
1891370
Emilie Støvring Studt

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive høringssvar til bekendtgørelser for hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. Danske Regioner har indhentet input fra regionerne til udarbejdelsen af et fælles høringssvar.

Danske Regioners bemærkninger til bekendtgørelserne skal ses i tæt sammenhæng med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for henholdsvis regional akutsygepleje og kommunal sygepleje samt basal palliation og vejledningen om kommunal sygepleje. Bekendtgørelserne fastlægger de overordnede rammer for opgavevaretagelsen, som udfoldes nærmere i kvalitetsstandarderne og vejledningen. Danske Regioner henviser derfor til vores høringssvar til kvalitetsstandarderne og vejledningen, som også er relevante for bekendtgørelserne (se bilag).

Danske Regioner finder det vigtigt, at både regional akutsygepleje og kommunal sygepleje udføres af autoriserede sundhedspersoner. Både den regionale akutsygepleje og den kommunale sygepleje varetager komplekse sundhedsfaglige opgaver for borgere med komplekse behov, hvilket stiller krav til de faglige kompetencer hos det personale, der udfører opgaverne. Danske Regioner opfordrer derfor til, at det fremgår tydeligt af bekendtgørelserne, at det alene er autoriseret sundhedspersonale, som kan varetage opgaverne i begge typer sygepleje.

Bekendtgørelsen for kommunal sygepleje bør beskrive de enkelte opgaver nærmere end blot at opliste disse, så beskrivelsen af opgaverne svarer til beskrivelsen i bekendtgørelsen for akutsygepleje. Det vil bidrage til en tydeligere afgrænsning mellem den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje. Danske Regioner bemærker desuden, at funktionerne i den kommunale sygepleje ikke alene bør omfatte at udføre, planlægge, lede, koordinere, formidle og udvikle sygepleje. Det bør også tydeligt fremgå, at den kommunale sygepleje har en opgave med rådgivning og faglig sparring til øvrige kommunale aktører, herunder helhedsplejen, samt sygeplejefaglig vurdering. Herudover bør det

fremgå, at den kommunale sygeplejes opgaver, hvor det er fagligt relevant, kan varetages virtuelt.

Danske Regioner bemærker, at bekendtgørelsernes henvisninger til sundhedslovens § 118 d bør konsekvensrettes i lyset af de foreslåede ændringer af sundhedsloven. I udkastet til bekendtgørelse om regional akutsygepleje henvises der i § 4, stk. 2, til § 118 d, mens der i bekendtgørelsen om kommunal sygepleje henvises til bestemmelsen i § 4, stk. 3. Danske Regioner opfordrer derfor til, at henvisningerne til sundhedsloven ved bekendtgørelsernes ikrafttræden er i overensstemmelse med den til enhver tid gældende lovgivning.

Endelig er det afgørende, at reglerne om dokumentation, adgang til og deling af sundhedsoplysninger understøtter det tværsektorielle samarbejde. Danske Regioner forudsætter derudover, at bekendtgørelsernes bestemmelser om behandling og deling af sundhedsdata er i overensstemmelse med reglerne i European Health Data Space (EHDS).

19.10.2026

Høringssvar – kvalitetsstandarder for Akutsygepleje

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) og Fagligt selskab for Akutsygepleje (DAENA) er gået sammen omkring høringssvar til den nye kvalitetsstandard for Akutsygepleje.

Begge faglige selskaber støtter ambitionen om en fagligt bæredygtig, døgndækket og ensartet regional akutsygepleje, som kan bidrage til sikre, sammenhængende patientforløb tættere på borgerens hjem. Kvalitetsstandarderne beskrives som nationale bindende krav, men flere centrale formuleringer er så overordnede, at de giver risiko for uensartet praksis på tværs af regioner.

DASEM og DAENA vil gerne italesætte et behov for tydelige nationale minimumskrav, entydig ansvarsplacering og målbare kvalitetsindikatorer.

1. Ensartet visitation – afsnit 2.1, 3.1 og 4.1

Der bør fastsættes nationale visitations- og eksklusionskriterier, så patienter med sammenlignelige kliniske behov tilbydes samme adgang til regional akutsygepleje, uanset geografi, tidspunkt og henvisende faggruppe. Kriterierne bør præcisere målgruppe, kliniske oplysninger ved henvisning, hvem der kan henvise, hvem der træffer den endelige visitationsbeslutning, og hvornår der i stedet er behov for lægelig, præhospital eller hospitalsbaseret vurdering.

2. Sygeplejerskebåret funktion og dokumenterede kompetencer – afsnit 5.1

Vi anbefaler, at regional akutsygepleje fastholdes som en sygeplejerskebåret funktion. Selvstændig akut klinisk vurdering og håndtering af komplekse eller ustabile patienter bør varetages af sygeplejersker med dokumenterede akutsygeplejefaglige kompetencer. Dette understøtter de sygeplejefaglige kompetencekrav og en tydelig faglig rollefordeling.

Udkastet åbner undtagelsesvist for, at social- og sundhedsassistenter kan varetage afgrænsede indsatser. Vi anbefaler, at sådanne opgaver forudsætter relevant supplerende uddannelse, dokumenteret individuel kompetencevurdering, tydelig opgaveafgrænsning og løbende kompetencevedligeholdelse. Det bør præciseres, hvilke opgaver der kan overdrages, og hvilke der forudsætter sygeplejerskekompetencer. Der bør desuden stilles nationale minimumskrav til efteruddannelse og adgang til avancerede kliniske sygeplejekompetencer, f.eks. relevant specialuddannelse eller APN, samt formaliseret kompetenceudvikling i samspil med akutafdelinger og præhospital indsats. Begrebet »instrumentel sygepleje« bør defineres nærmere.

3. Lægefaglig understøttelse og behandlingsansvar – afsnit 6.1 og 6.3

Vi anerkender, at udkastet beskriver døgndækkende lægefaglig rådgivning og tydeligt behandlingsansvar. Kravene bør imidlertid konkretiseres, så tilgængeligheden af relevant lægefaglig beslutningskompetence, responstid og eskalationsmuligheder ikke alene afhænger af lokale aftaler. Der bør være direkte adgang til kvalificeret lægefaglig sparring hele døgnet, mulighed for hurtig akutmedicinsk vurdering ved diagnostisk usikkerhed eller forværring samt klare arbejdsgange og ansvarsfordeling mellem almen praksis, lægevagt, præhospital indsats, akutlæger og sygehuse. Behandlingsansvaret skal være entydigt placeret og dokumenteret ved overdragelser.

4. Sikker behandling i hjemmet kræver infrastruktur – afsnit 4.2 og 6

Hvis akutsygeplejen skal bidrage til at forebygge eller erstatte indlæggelser, må den ikke stå alene. En fagligt forsvarlig indsats i hjemmet forudsætter adgang til relevant diagnostik, lægelig vurdering, behandling, opfølgning og hurtig eskalation til præhospital indsats eller hospital. Kvalitetsstandarden bør beskrive disse organisatoriske minimumsforudsætninger samt tydeliggøre, hvilke patientgrupper der kan håndteres sikkert uden for hospitalet.

5. Nationale mål og kvalitetsovervågning – afsnit 1.2, 1.4 og 7.1

De bindende krav bør samles og ledsages af fælles nationale kvalitetsindikatorer, eksempelvis for visitation, tilgængelighed og responstid, kompetencer, lægefaglig understøttelse, eskalation, utilsigtede hændelser og efterfølgende akutte indlæggelser.

Resultaterne bør vurderes i lyset af patienternes sygdomsgrad og kompleksitet. Det bør fremgå, hvem der har ansvar for national opfølgning, og hvordan standarderne løbende revideres på grundlag af data og kliniske erfaringer.

Samlet anbefaling

DASEM og DAENA anbefaler:

- At kvalitetsstandarden skærpes med fælles visitationskriterier
- En tydelig sygeplejerskebåret kompetenceprofil
- Forpligtende lægefaglig understøttelse, klare eskalations- og ansvarsveje
- Målbare nationale kvalitetskrav

Behandling tættere på hjemmet skal sikre samme faglige forsvarlighed og patientsikkerhed som det øvrige akutte sundhedsvæsen.

Vi stiller os gerne til rådighed for uddybelse.

På vegne af bestyrelserne i Dansk Selskab for Akutmedicin og Fagligt selskab for Akutsygepleje

Anh-Nhi Thi Huynh (formand for DASEM) & Annette Jakobsen (formand for DAENA

DASEM DANSK SELSKAB FOR AKUTMEDICIN
DANISH SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE

Daena
Fagligt selskab for Akutsygepleje

Høring: Udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

DASYS har modtaget to høringssvar henholdsvis fra FS for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning og DASYS's uddannelsesråd.

Det er godt, at kommunal sygepleje og regional akutsygepleje får et selvstændigt og opdateret bekendtgørelsesgrundlag som led i implementeringen af sundhedsreformen.

Det vurderes, at bekendtgørelserne i højere grad bør understøtte:

- systematisk kvalitetsudvikling
- anvendelse af forskningsbaseret viden
- monitorering af kvalitet og patientresultater
- kompetenceudvikling baseret på dokumenterede behov
- udviklings- og forskningsaktiviteter tæt koblet til klinisk praksis
- tværsektoriel videndeling mellem kommuner, regioner og uddannelses- og forskningsmiljøer.

Tværgående bemærkning om forskning og udvikling

Det er bemærkelsesværdigt, at hverken den kommunale sygepleje eller den regionale akutsygepleje eksplicit knyttes til udviklings-, evaluerings- eller forskningsaktiviteter, selv om begge områder står over for omfattende organisatoriske og kliniske forandringer som følge af sundhedsreformen.

Det anbefaler derfor, at der i begge bekendtgørelser indarbejdes en bestemmelse om, at:

"Kommuner og regioner skal understøtte systematisk udvikling, evaluering og anvendelse af ny viden med henblik på at styrke kvaliteten og den evidensbaserede udvikling af sygeplejen."

Denne tilføjelse vil være i overensstemmelse med reformens ambition om høj og ensartet kvalitet.

Bekendtgørelse om kommunal sygepleje

§ 2 - Funktioner i den kommunale sygepleje

Nuværende formulering

"*Funktioner i den kommunale sygepleje omfatter at udføre, planlægge, lede og koordinere sygepleje, samt at formidle og udvikle sygepleje."*

Bemærkning

Det er positivt, at udvikling indgår som en kernefunktion. Imidlertid fremgår forskning, kvalitetsudvikling, evaluering og implementering af ny viden ikke eksplicit.

Det er problematisk, fordi kommunal sygepleje i stigende grad håndterer borgere med komplekse sygdomsforløb, hvor kvalitet afhænger af systematisk anvendelse af evidens og løbende udvikling af praksis.

Forslag til formulering

"Funktioner i den kommunale sygepleje omfatter at udføre, planlægge, lede og koordinere sygepleje samt at formidle, udvikle, implementere, evaluere og kvalitetsudvikle sygepleje på baggrund af forskningsbaseret og erfaringsbaseret viden."

§ 4, stk. 6 - Kvalitet og kompetenceudvikling

Nuværende formulering

" *Kommunalbestyrelsen skal løbende sikre kvaliteten i opgaveløsningen samt sikre løbende kompetenceudvikling uanset hvordan sygeplejen er tilrettelagt"*

Bemærkning

Bestemmelsen beskriver et ansvar, men angiver ikke hvordan kvaliteten skal monitoreres eller udvikles.

FS32 anbefaler, at der skabes tydeligere sammenhæng mellem kvalitetssikring, kvalitetsudvikling, dataanvendelse og læring.

Forslag til formulering

"Kommunalbestyrelsen skal løbende sikre kvaliteten i opgaveløsningen gennem systematisk kvalitetsmonitorering, faglig evaluering, anvendelse af relevante kvalitetsdata og kompetenceudvikling."

§ 5 - Personale og kompetencer

Nuværende formulering

" Kommunalbestyrelsen skal sikre, at den kommunale sygepleje udføres af autoriserede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer efter Sundhedsstyrelsens nærmere retningslinjer som fastsat i kvalitetsstandarder.

Bemærkning

Formuleringen er meget bred.

Der mangler en tydelig kobling mellem opgavernes kompleksitet og krav til kompetencer. Dette er særligt vigtigt i lyset af sundhedsreformens ambition om flere komplekse behandlings- og plejeopgaver uden for sygehusene.

Forslag til tilføjelse

"Kommunalbestyrelsen skal sikre, at kompetenceniveauet svarer til borgernes sygeplejefaglige behov og opgavernes kompleksitet."

Afsluttende bemærkninger

Det er positivt på, at der med bekendtgørelsen etableres et tydeligere og selvstændigt fagligt grundlag for den kommunale sygepleje. Bekendtgørelsen udgør en vigtig ramme for implementeringen af både ældrereformen og sundhedsreformen, hvor en voksende del af de sundhedsfaglige opgaver skal løses i det nære sundhedsvæsen og i borgerens eget hjem.

Udviklingen indebærer, at kommunal sygepleje i stigende grad skal varetage pleje, behandling, observation, koordinering og kliniske vurderinger for borgere med komplekse og sammensatte behov. Dette stiller øgede krav til både organisatorisk kapacitet, faglige kompetencer og kvalitetssikring. Det påpeges derfor, at bekendtgørelsen med fordel kan tydeliggøre betydningen af systematisk kvalitetsudvikling, monitorering og evaluering som en integreret del af opgaveløsningen.

Det vurderes, at implementeringen af reformerne bør følges af løbende evaluering af kvalitet, patientsikkerhed, borgeroplevede resultater og organisatoriske konsekvenser. Der er behov for, at kommunerne systematisk anvender data, kvalitetsmålinger og forskningsbaseret viden til at understøtte læring og udvikling på området. Uden et sådant vidensgrundlag risikerer man, at de betydelige forandringer i opgavefordelingen sker uden tilstrækkelig dokumentation af konsekvenserne for kvalitet og sammenhæng i borgerforløbene.

Samtidig findes det væsentligt, at bekendtgørelsen i højere grad understreger betydningen af et kompetencemæssigt match mellem opgavernes kompleksitet og de fagprofessionelles kvalifikationer. Ambitionen om at flytte flere sundhedsopgaver tættere på borgeren forudsætter, at der er tilstrækkelig faglig tyngde til stede i den kommunale sygepleje, herunder adgang til sygeplejefaglige kompetencer på højt niveau samt løbende kompetenceudvikling baseret på dokumenterede behov.

Det anbefales derfor samlet set, at bekendtgørelsen styrkes med en tydeligere forpligtelse til kvalitetsudvikling, evaluering, anvendelse af forskningsbaseret viden og sikring af de nødvendige kompetencer til at løse de stadig mere komplekse sygeplejeopgaver i det kommunale sundhedsvæsen. Dette vil bidrage til at understøtte reformernes ambition om høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhængende sundhedsindsatser for borgerne.

Bekendtgørelse om regional akutsygepleje

§ 2, stk. 1, nr. 1

Nuværende formulering

" *Rådgivning og faglig sparring til øvrige aktører, herunder klinisk vurdering og bistand ved udførelse af instrumentelle sygeplejeindsatser telefonisk, virtuelt eller i patientens hjem*. "

FS32's bemærkning

Bestemmelsen er central, men det fremgår ikke, at rådgivningen bør bygge på systematisk vidensdeling og evidensbaserede principper.

Forslag til formulering

"Rådgivning og faglig sparring til øvrige aktører baseret på gældende forskningsbaseret viden, kliniske retningslinjer og bedste praksis."

§ 2, stk. 1, nr. 2

Nuværende formulering

"... *fortsatte komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus*."

Bemærkning

Dette er en meget central patientgruppe i sundhedsreformen. Der bør være større fokus på koordination, vidensoverdragelse og patientsikkerhed ved sektorovergange.

Forslag

Tilføj:

"... herunder sikring af sammenhængende patientforløb, vidensoverdragelse og tværsektoriel koordinering."

§ 4, stk. 5 - Kvalitet og kompetenceudvikling

Nuværende formulering

"*Regionsrådet skal løbende sikre kvaliteten i opgaveløsningen samt sikre kompetenceudvikling...*"

Bemærkning

Samme bemærkning som ved den kommunale bekendtgørelse.

Der efterspørges større vægt på kvalitetsmonitorering, evaluering og læring.

Forslag

"Regionsrådet skal løbende sikre kvaliteten i opgaveløsningen gennem systematisk monitorering, kvalitetsudvikling, evaluering og kompetenceudvikling."

§ 5 - Kompetencekrav

Nuværende formulering

"... *autoriserede sundhedspersoner samt andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- eller kompetencemæssige kvalifikationer ..."*

Bemærkning

Akutsygepleje er karakteriseret ved høj kompleksitet, hurtige kliniske vurderinger og patientforløb på tværs af sektorer.

Det anbefales derfor, at der stilles tydeligere krav om dokumenterede kompetencer inden for akut sygepleje.

Forslag til tilføjelse

"... med dokumenterede kompetencer svarende til opgavernes kompleksitet og karakter."

Afgrænsning mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Det er positivt, at bekendtgørelsen tydeliggør de regionale sundhedsråds ansvar for regional akutsygepleje. Samtidig giver bekendtgørelsen anledning til usikkerhed om den praktiske afgrænsning mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje, særligt i relation til borgere med komplekse, men stabile sygeplejebehov, borgere i overgangene mellem akutte og længerevarende forløb samt borgere med behov for tværsektorielle indsatser.

Det er bekymrende, at der i praksis kan opstå uklarheder om, hvilken organisatorisk aktør der har ansvaret for den konkrete opgave. Bekendtgørelsen beskriver de regionale akutsygeplejerskers opgaver, men angiver i begrænset omfang, hvordan ansvarsfordelingen skal ske i grænsefladen til den kommunale sygepleje. Dette kan medføre variation i organisering og opgaveplacering på tværs af landet og dermed risiko for uensartede patientforløb.

Der bør derfor skabes større klarhed om de principper, der skal ligge til grund for opgavefordelingen. FS32 efterlyser særligt en tydeligere beskrivelse af:

- hvilke kriterier der afgør, om en opgave skal varetages af regional akutsygepleje eller kommunal sygepleje,
- hvordan ansvaret placeres ved skift mellem akut og mere stabil sygdomstilstand,
- hvordan dobbeltarbejde, parallelle indsatser og opgaveglidning mellem organisationerne forebygges,
- hvordan der sikres sammenhængende forløb for borgere, som modtager indsatser fra begge enheder.

Det anbefales derfor, at det i bekendtgørelsen eller de tilhørende vejledninger præciseres, hvilke faglige, kliniske og organisatoriske kriterier der skal anvendes ved visitation og opgavefordeling mellem regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. En sådan præcisering vil kunne understøtte ensartet praksis, tydeligt ansvar, høj patientsikkerhed og et mere sammenhængende nært sundhedsvæsen.

Det vurderes, at netop denne afgrænsning får afgørende betydning for implementeringen af sundhedsreformen. Når flere opgaver flyttes ud af sygehusene, er det ikke alene vigtigt at beskrive de enkelte aktørers opgaver, men også at sikre klare snitflader mellem dem. Uden en sådan afklaring er der risiko for både overlap, uhensigtsmæssige henvisninger og uklarhed om ansvar for nogle af de mest komplekse borgere i det nære sundhedsvæsen.

Når man læser høringsudkastet for kommunal sygepleje og basal palliation 2026, fremstår det tydeligt, at kompleksiteten i den kommunale sygepleje stiger markant. Borgerne udskrives tidligere fra hospitalerne, lever længere med kroniske sygdomme og modtager mere avanceret behandling i eget hjem. Samtidig forventes kommunerne at håndtere både forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation.

Derfor mener vi, at der særligt er behov for sygeplejersker med specialuddannelse i borgernær sygepleje inden for følgende områder:

1. Kompleks klinisk vurdering og beslutningstagning

Høringsudkastet stiller krav om hurtig sygeplejefaglig udredning og identificering af komplekse problemstillinger. Det kræver sygeplejersker med stærke kliniske kompetencer til at vurdere multisygdom, skrøbelighed, polyfarmaci og ændringer i borgerens tilstand.

Specialuddannede borgernære sygeplejersker kan fungere som kliniske nøglepersoner og sikre tidlig opsporing af forværring.

2. Palliation og den sidste levetid

Den systematiske screening for palliative behov og udarbejdelse af palliative planer stiller større krav til kommunale sygeplejerskers kompetencer inden for symptomlindring, etiske problemstillinger og samtaler om livets afslutning.

Her vil specialuddannede sygeplejersker kunne understøtte både borgere, pårørende og kolleger gennem rådgivning, undervisning og klinisk sparring.

3. Tværsektoriel koordinering

Sundhedsreformen bygger på, at flere behandlinger flyttes tættere på borgeren. Dette øger behovet for koordination mellem hospital, almen praksis, kommunale tilbud og regionale akutfunktioner.

Specialuddannelsen i borgernær sygepleje har netop fokus på koordinering, forløbsledelse og sammenhængende patientforløb, hvilket bliver afgørende for at undgå sektorovergange med risiko for fejl og genindlæggelser.

4. Klinisk lederskab og kompetenceudvikling

Kvalitetsstandarderne beskriver behov for særlige kompetencer inden for sår, demens, inkontinens og palliation.

Specialuddannede sygeplejersker vil kunne varetage rollen som faglige fyrtårne og sikre kompetenceudvikling blandt øvrige medarbejdere, herunder social- og sundhedsassistenter og nyansatte sygeplejersker.

5. Kvalitetsudvikling og implementering

De nye kvalitetskrav forudsætter systematisk dokumentation, monitorering og kvalitetsudvikling.

Her vil sygeplejersker med specialuddannelse kunne omsætte nationale krav til lokal praksis og sikre evidensbaseret udvikling af den kommunale sygepleje.

Høringsudkastet kan læses som en tydelig understøttelse af intentionerne bag specialuddannelsen i borgernær sygepleje. De kompetencer, som efterspørges i kvalitetsstandarderne, afspejler i høj grad uddannelsens fokusområder:

- kompleks klinisk sygepleje

- Klinisk beslutningstagning
- Palliation
- Tværsektorielt samarbejde
- Forløbskoordination
- Kvalitetsudvikling
- Klinisk lederskab
- Kompetenceudvikling af kolleger

Specialuddannede borgernære sygeplejersker bliver en nødvendig ressource, hvis kommunerne skal kunne leve op til ambitionerne i kvalitetsstandarderne. Udkastet beskriver ikke direkte et krav om denne uddannelse, men de opgaver og kompetencekrav, der fremgår af standarderne, peger tydeligt i retning af behovet for sygeplejersker med et specialiseret kompetenceniveau i det nære sundhedsvæsen.

Mvh

DASYS

Dansk Industri

26. oktober 2026

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Fremsendt pr. mail til sum@sum.dk med kopi
til djo@sum.dk og jbh@sum.dk.

Høringssvar vedrørende udkast til bekendtgørelser om sygepleje

Dansk Industri (DI) har d. 1. oktober 2026 modtaget udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje i høring. Dansk Sundhed og Velfærd er en branchesektion i DI, som samler private virksomheder inden for sundhed og velfærd – herunder syge- og ældrepleje. I forbindelse med høringssvaret har DI været i dialog med en række medlemmer, der er berørt af lovforslaget.

DI bakker op om sundhedsreformen og ambitionerne om mere sammenhængende patientforløb og bedre rammer for investeringer i forebyggelse, digitalisering og sundhedsteknologi. Et vigtigt element i reformen er, at myndighedsansvaret for akutfunktioner flyttes fra kommuner til regioner, hvilket udmøntes med nærværende udkast til bekendtgørelser.

DI ser generelt et stort potentiale i, at flere opgaver i sundhedsvæsenet, herunder kommunal sygepleje og regional akutsygepleje, varetages via offentlig-privat samarbejde. Private leverandører kan gennem investeringer og nytænkning styrke kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet. DI kvitterer derfor for, at det fremgår tydeligt af udkastene til bekendtgørelserne, at myndighederne kan indgå aftale med private leverandører om udførelse af kommunal sygepleje og regional akutsygepleje.

DI's bemærkninger til udkast til bekendtgørelser samt de tilhørende udkast til kvalitetsstandarder og vejledninger har derfor overvejende karakter af opmærksomhedspunkter ift. at sikre konkurrencevilkår mellem offentlige og private leverandører, da det er en forudsætning for realisering af gevinsterne ved offentlig-privat samarbejde på området.

Udkast til bekendtgørelse om regional akutsygepleje
Det fremgår af § 4, stk. 2., at regionsrådet kan tilrettelægge akutsygeplejen ved at indgå kontrakt om samarbejde med en eller flere kommunalbestyrelser i regionen om, at kommunen varetager driften af indsatser i akutsygeplejen på vegne af regionsrådet.

DI anerkender behovet for, at regioner og kommuner kan samarbejde om opgavevaretagelsen i det nære sundhedsvæsen. I forbindelse med indgåelsen af horisontale samarbejdsaftaler i sundhedsvæsenet er det dog afgørende, at samarbejdet ikke får karakter af simple ordregiver-leverandør-forhold, der burde konkurrenceudsættes.

H. C. Andersens Boulevard 18 (+45) 3377 3377
1553 København V di@di.dk
Danmark di.dk CVR-nr.: 16077593

Formuleringen i § 4, stk. 2. giver dog efter DI's vurdering indtryk, at regioner og kommuner let kan indgå et sådant leverandørforhold. På den baggrund anbefaler DI, at det gøres klart i bekendtgørelsen, at adgangen til at indgå disse samarbejdsaftaler er afgrænset af udbudslovens § 15, hvorefter der bl.a. skal være tale om et fælles og gensidigt samarbejde.

Udkast til bekendtgørelse om kommunal sygepleje
Det fremgår af § 4, Stk. 2., at kommunalbestyrelsen kan indgå tværkommunalt samarbejde med andre kommuner om tildeling af kommunal sygepleje, jf. § 138 stk. 1.

Det fremgår desuden af Aftale om sundhedsreformen 2024, at den kommunale sygepleje skal integreres med helhedsplejen i medfør af ældreloven, hvorefter det frie valg af helhedspleje i tillæg til ydelser efter ældreloven også vil omfatte sygeplejeydelser efter sundhedsloven.

Kommuner og private leverandører skal hermed kunne fungere som ligeværdige leverandører af sygepleje. DI anbefaler derfor, at det indskærpes overfor kommuner, at eventuelle tværkommunale samarbejder ikke må få konkurrenceforvridende virkning overfor private leverandører af helhedspleje. Kommunerne bør i disse tilfælde være særligt opmærksomme på at sikre korrekte afregningspriser samt ligebehandling ift. samarbejde med regional akutsygepleje og visitationsmyndigheden.

Med venlig hilsen

Christian Broholm Andersen
Chefkonsulent, Offentlig/Privat og Velfærdspolitik
Dansk Industri

Til: Sundheds- og Kirkeministeriet
Mail: sum@sum.dk
CC: djo@sum.dk og jbh@sum.dk

Dato:
26. oktober 2026

Høring over udkast til bekendtgørelser om sygepleje

FOA takker for muligheden for at afgive høringssvar og har med interesse læst de foreliggende udkast til de to bekendtgørelser om henholdsvis kommunal sygepleje og regional akutsygepleje.

Sundhedsreformaftalen lægger op til store forandringer af vores samlede sundhedsvæsen. Samtidig anviser National sundhedsplan vejen og peger på, at den strategiske omstilling af sundhedsvæsenet skal ske ved, at det primære sundhedsvæsen skal udgøre fundamentet. FOA ser et stort potentiale i, at flere sundhedsopgaver løses tættere på borgerne og af medarbejdere, som har et godt kendskab og en god relation til borgerne. For FOA er det imidlertid afgørende, at når kravene til opgaveløsningen øges, skal medarbejderne tillige have muligheden og rammerne for at kunne efterleve kravene i praksis. For FOA er det derfor vigtigt, at øgede kvalitetskrav følges af ressourcer, der matcher forventningerne.

Hvis det primære sundhedsvæsen skal udgøre fundamentet i fremtidens sundhedsvæsen, er det afgørende, at medarbejderne i den kommunale sygepleje og helhedspleje har direkte adgang til bistand fra akutsygeplejefunktionen – også i borgerens hjem.

FOA har derudover enkelte bemærkninger til bekendtgørelserne, som vil blive uddybet i det følgende.

Bekendtgørelse om regional akutsygepleje
FOA er tilfredse med, at bekendtgørelsen stiller krav om, at akutsygeplejefunktionen skal være døgndækket og leveres i alle dele af landet, samt have en udkørende funktion.

FOA mangler imidlertid, at bekendtgørelsen ekspliciterer, at den kommunale sygepleje og helhedspleje kan modtage bistand – herunder i borgers hjem - fra akutsygeplejen, og at dette kan ske *uden* forudgående lægehenvisning. Det er vigtigt for FOA, at medarbejdere i den kommunale sygepleje og helhedspleje, der står i situationer med akutopstået sygdom hos en borger, kan kontakte akutsygeplejen og få let og hurtig adgang til bistand – også i borgers hjem.

FOA er bekymrede for, at en visitationspraksis, som forudsætter en lægehenvisning vil blive en barriere for at sikre rettidig hjælp for de kommunale funktioner. Det er helt afgørende for etableringen af et godt og velfungerende samarbejde, at den kommunale sygepleje og helhedspleje kan have tillid til, at de vil modtage hjælp fra akutsygeplejen, så snart de oplever et behov herfor.

FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Kontaktperson:
Sofie Tolstrup

Mail:
soto@foa.dk

Telefon:
31790841

www.foa.dk

For nuværende fremgår det af bekendtgørelsens §1, stk. 2., at *"Akutsygepleje kan tildeles på baggrund af lægehenvisning eller på baggrund af regionsrådets tilrettelæggelse af indsatsen*." For FOA er det afgørende, at den kommunale sygepleje og helhedspleje får direkte adkomst til akutsygeplejefunktionen. FOA mener derfor, at ministeriet bør sikre sig, at dette tydeliggøres i bekendtgørelsen.

Bekendtgørelse om kommunal sygepleje
Som FOA læser de to bekendtgørelser, skal både den kommunale sygepleje og akutsygeplejen pr. 1. januar 2027 tilbyde døgndækning. FOA stiller sig kritisk overfor, hvorvidt denne dobbeltdækning er den mest bæredygtige måde at forvalte sundhedsvæsenets ressourcer på. Hvis dette krav fastholdes, bliver det imidlertid vigtigt, at bekendtgørelserne tydeligt definerer, hvornår medarbejderne skal kontakte hvilke funktioner, jf. at den kommunale sygepleje fremadrettet skal levere planlagte indsatser, mens akutsygeplejen får ansvar for alt uforudset og akut.

FOA stiller sig naturligvis til rådighed, hvis der er behov for uddybning eller drøftelse af vores bemærkninger.

Venlig hilsen



Tanja Nielsen
Formand for social- og sundhedssektoren

Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

Høringssvar til udkast til bekendtgørelser for hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Generelle bemærkninger vedr. bekendtgørelse om regional akutsygepleje
FSSK mener at det er positivt at det er tydeligt beskrevet, at akutsygeplejen er døgndækket og har en udekørende funktion i hele landet.

Specifikke bemærkninger

§ 2 stk. 1
FSSK finder, at beskrivelsen af målgruppen for regional akutsygepleje i § 2, stk. 1, nr. 2, bør præciseres. Særligt formuleringerne *"særligt komplekse eller sammensatte behov"* samt *"fortsatte komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus"* fremstår uklare og vanskelige at afgrænse i forhold til den kommunale sygeplejes opgaveansvar.

Mange borgere, som modtager kommunal sygepleje, har både komplekse og sammensatte behov samt fortsatte sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus. Det er derfor uklart, hvilke kriterier der skal være opfyldt, før en opgave overgår til regional akutsygepleje frem for at blive varetaget af den kommunale sygepleje.

§ 4 stk. 3
Det fremgår, at Regionsrådet kan indgå samarbejde med private aktører om varetagelse af opgaver i akutsygeplejen. FSSK er meget bekymret for, om intentionerne i sundhedsreformen om lighed og sammenhæng kan opnås ved brug af private leverandører. FSSK er meget bekymret for de ekstra overgange, det kan betyde for borgerne og antallet af aktører i borgernes hjem. Det komplicerer også de tværsektorielle arbejdsgange yderligere, når forløb skal tilrettelægges på tværs af flere aktører og samarbejdspartnere.

§ 5
FSSK støtter ikke formuleringen i § 5, hvorefter *"andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer"* kan udføre regional akutsygepleje.

FSSK mener, at regional akutsygepleje omfatter komplekse patientforløb, akutte kliniske vurderinger og interventioner, som forudsætter sygeplejefaglige kompetencer på et højt

niveau. Det bør derfor være et grundlæggende krav, at regional akutsygepleje udføres af autoriserede sygeplejersker med de nødvendige kompetencer.

FSSK anbefaler derfor, at bestemmelsen præciseres, så det fremgår entydigt, at regional akutsygepleje udføres af autoriserede sygeplejersker med relevante akutfaglige kompetencer.

§ 6 stk. 1
Det bliver for uklart, hvad der menes med foranstaltninger, og FSSK foreslår, at der bør sættes nogle flere beskrivende ord på hvad det indebærer og hvad regionen er forpligtet til at levere.

Generelle bemærkninger vedr. bekendtgørelse om kommunal sygepleje
FSSK er overordnet positiv over for bekendtgørelsen og støtter intentionen om at etablere et moderniseret og mere tidssvarende grundlag for kommunal sygepleje, som afspejler udviklingen i det nære sundhedsvæsen og den stigende kompleksitet i borgernes behov. Det vurderes positivt, at bekendtgørelsen tydeliggør kommunalbestyrelsens ansvar for den kommunale sygepleje, understreger kravet om døgndækning og skaber rammer for fleksibel organisering på tværs af kommuner, regioner og private leverandører.

Specifikke bemærkninger

§ 4 stk. 3
Det er nødvendigt, at disse kontrakter om opgaveoveroverdragelse indeholder tydelig beskrivelse af ansvar for kompetencekrav samt tværsektorielle samarbejder mellem hospital, almen praksis og kommunal sygepleje.

§ 4 stk. 4
FSSK mener det bør uddybes hvilke opgaver private leverandører kan udføre i den kommunale sygepleje, for eksempel med eksempler for at hjælpe læseren på vej.

§ 5
FSSK støtter ikke, at formuleringen at ”andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer” kan udføre kommunal sygepleje. Formuleringen er for bred og uklar, især set i lyset af høringsudkastet fra Sundhedsstyrelsen om kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje, hvor der ikke tydeligt beskrives hvilke

specifikke kompetencer eller krav til uddannelse, efteruddannelse mv., som er nødvendige forudsætninger for at kunne udføre kommunal sygepleje af tilstrækkelig kvalitet.

§6

Det bliver for uklart, hvad der menes med foranstaltninger, og FSSK foreslår, at der bør sættes nogle flere beskrivende ord på hvad det indebærer. Det bør også uddybes, hvordan de nødvendige foranstaltninger sikres, hvis det ikke er lægehenvist sygepleje. For eksempel hvis der iværksættes sygepleje på eget initiativ fra kommunen og/eller i kraft af sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde.

Med venlig hilsen

Fagligt Selskab Sygeplejersker i Kommunerne

Til: Sundheds- og Kirkeministeriet Dato: 23-10-2026

Att: sum@sum.dk, djo@sum.dk, jbh@sum.dk

Hjernesagens høringssvar til udkast til bekendtgørelser om kommunal og regional sygepleje

Hjernesagen har gennemgået udkastene til bekendtgørelse om kommunal sygepleje og bekendtgørelse om regional akutsygepleje. Hjernesagen står ikke på høringslisten, men da kommunal og regional sygepleje har stor betydning for mennesker med erhvervet hjerneskade, afgiver vi hermed høringssvar.

Hjernesagen er patientforening for mennesker, der er ramt af stroke (blodprop eller blødning i hjernen) eller anden erhvervet hjerneskade, og for deres pårørende. Omkring 12.000 danskere rammes af stroke hvert år, og ca. 110.000 lever med en strokediagnose. I alt lever mere end 230.000 danskere med følger af en erhvervet hjerneskade. Mange har varige fysiske, kognitive og kommunikative følger, fx lammelser, afasi, hukommelsesproblemer og hjernetræthed. Vores målgruppe er derfor i høj grad berørt af både den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje.

Hjernesagen har sideløbende afgivet høringssvar til Sundhedsstyrelsen om kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation, kvalitetsstandarder for akutsygepleje og vejledning om kommunal sygepleje. De to høringssvar bør læses i sammenhæng, da bekendtgørelserne og kvalitetsstandarderne tilsammen fastlægger rammerne for sygeplejen fra 1. januar 2027.

Hovedbudskab

Hjernesagen er grundlæggende positivt stemt over for udkastene. Vi vil særligt fremhæve fem punkter:

1. Vi støtter, at sygeplejen er vederlagsfri for alle aldre og skal være døgndækket i hele landet (§ 1 og § 3, stk. 3).
2. Kvalitetsstandarderne, som Sundhedsstyrelsen udsteder efter § 2, stk. 2, skal være bindende.
3. Koordineringen mellem kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, genoptræning og rehabilitering bør fremgå tydeligt af bekendtgørelserne (§ 2). Kompetencerne skal modsvare behovene hos borgere med kognitive og kommunikative vanskeligheder (§ 5).
4. Adgangen skal være reel for borgere, der har svært ved selv at henvende sig, herunder gennem henvendelser fra pårørende (§ 1, stk. 2). Begrebet "rettidigt" skal præciseres for borgere, der udskrives fra sygehus (§ 6).
5. Kontrollen med private leverandører skal være konkret og løbende, så borgerne får samme kvalitet, uanset hvem der leverer sygeplejen (§ 4).

Generelle bemærkninger

I dag afhænger kvaliteten af tilbuddene til mennesker med erhvervet hjerneskade i for høj grad af bopæl. Ensartede rammer for sygeplejen er derfor et vigtigt skridt mod lighed i sundhed.

Bekendtgørelserne bør læses i sammenhæng med sundhedsreformens øvrige opgaveflytning. Fra 2027 varetager regionerne den specialiserede rehabilitering, mens den øvrige genoptræning fortsat ligger i kommunerne. For mennesker med erhvervet hjerneskade efter en blodprop eller blødning i hjernen kan ét og samme forløb dermed omfatte kommunal sygepleje, regional akutsygepleje, kommunal genoptræning og regional specialiseret rehabilitering. Det er derfor afgørende, at sygeplejen tilrettelægges i tæt sammenhæng med disse indsatser. Hjernesagen har tidligere, bl.a. i vores høringssvar om nærsundhedsplaner i september 2026, peget på, at forløbene oftest knækker netop i sektorovergangene. Vi anbefaler derfor, at der stilles klare krav til overlevering og koordinering i overgangene mellem sektorer og indsatser.

Endelig er det afgørende, at opgaverne er fuldt finansierede. Kravene om døgndækning og rettidighed skal kunne opfyldes i praksis i alle kommuner og regioner, ikke kun på papiret.

Specifikke bemærkninger

Koordinering – § 2, stk. 1

Ifølge § 2, stk. 1, i bekendtgørelsen om kommunal sygepleje er det en funktion at "koordinere sygepleje". Denne funktion bør præciseres, så det fremgår, at koordineringen omfatter sammenhængen med øvrige sundhedsindsatser på tværs af kommune og region, herunder genoptræning, rehabilitering og den regionale akutsygepleje. Tilsvarende bør det fremgå af § 2, stk. 1, nr. 1, i bekendtgørelsen om regional akutsygepleje, at rådgivningen også skal understøtte borgerens videre forløb i den kommunale sygepleje og en eventuel rehabilitering.

Kompetencer – § 5 i begge udkast

Kravet om "nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer" bør suppleres med, at kompetencerne skal modsvare målgruppens behov, også ved kognitive og kommunikative funktionsnedsættelser som afasi. I høringssvaret til Sundhedsstyrelsen anbefaler Hjernesagen, at kompetencer om erhvervet hjerneskade indgår i kvalitetsstandardernes krav. Bekendtgørelserne bør give et tydeligt grundlag for det.

Rettidighed – § 6 i begge udkast

Det bør fremgå af bekendtgørelserne eller kvalitetsstandarderne, hvad "rettidigt" indebærer, når borgere med komplekse behov udskrives efter stroke. Det gælder især, når borgeren samtidig skal i gang med genoptræning eller rehabilitering.

Tildeling uden lægehenvisning – § 1, stk. 2, i begge udkast

Efter udkastene kan sygepleje tildeles på baggrund af lægehenvisning eller på baggrund af kommunalbestyrelsens henholdsvis regionsrådets tilrettelæggelse af indsatsen. Det støtter Hjernesagen. Vi anbefaler, at det præciseres i bekendtgørelserne eller i den tilhørende vejledning, at henvendelser fra pårørende kan danne grundlag for en vurdering af behovet for sygepleje. Mange mennesker med erhvervet hjerneskade har afasi, nedsat overblik eller nedsat sygdomsindsigt og har derfor svært ved selv at henvende sig, når deres tilstand ændrer sig.

Kvalitetsstandarder – § 2, stk. 2, i begge udkast

Efter § 2, stk. 2, udsteder Sundhedsstyrelsen nærmere retningslinjer for opgaveløsningen og tilrettelæggelsen i form af kvalitetsstandarder. Hjernesagen anbefaler, at det fremgår tydeligt af bekendtgørelserne, at kommunalbestyrelsen og regionsrådet er forpligtet til at efterleve kravene i kvalitetsstandarderne. Det sikrer, at standarderne får reel betydning for en ensartet kvalitet på tværs af landet og ikke alene bliver vejledende.

Private leverandører og kontrol – § 4 i begge udkast

Hjernesagen støtter, at kommunalbestyrelsen og regionsrådet efter § 4 har ansvaret for at føre kontrol med kvaliteten, også når opgaven løses af private leverandører. For os er det ikke afgørende, hvem der leverer sygeplejen, men at den har den rette faglige kvalitet. Borgere med kognitive og kommunikative vanskeligheder efter stroke har ofte svært ved selv at gøre opmærksom på mangler. Samtidig vil sundhedsreformens planer om at samle sygeplejen med helhedsplejen og indføre frit valg formentlig øge brugen af private leverandører. Vi anbefaler derfor, at kontrolpligten i § 4, stk. 5, i bekendtgørelsen om kommunal sygepleje og § 4, stk. 4, i bekendtgørelsen om regional akutsygepleje gøres mere konkret, så myndigheden som minimum:

- stiller krav i aftalerne om, at private leverandører opfylder kvalitetsstandardernes krav og indberetter de samme data som myndighedens egne enheder, så kvaliteten kan følges løbende og ikke kun ved stikprøver
- følger systematisk op på klager, tilsynssager og bekymringshenvendelser, hvilket i dag kun er en anbefaling i udkastet til vejledning om kommunal sygepleje

Afsluttende bemærkninger

Hjernesagen står gerne til rådighed for uddybning og for videre dialog om, hvordan bekendtgørelserne kan understøtte sammenhængende forløb for mennesker med stroke og anden erhvervet hjerneskade og deres pårørende.

Hjernesagen beder samtidig om at blive optaget på Sundheds- og Kirkeministeriets høringsliste for kommende høringer om sygepleje, rehabilitering og sundhedsreformens udmøntning.

Med venlig hilsen

Anne Hertz

Direktør, Hjernesagen

Sum@sum.dk
djo@sum.dk
jbh@sum.dk

Høringssvar fra KL om bekendtgørelser om sygepleje

Dato: 26-10-2026

Sags ID: SAG-2026-03826
Dok. ID: 3737264

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: +45 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

KL takker for lejligheden til at afgive høringssvar.

KL skal overordnet bemærke, at begge bekendtgørelser med fordel kan tydeliggøre respektive myndigheders ansvar for at levere regional akutsygepleje henholdsvis kommunal sygepleje. Det fremgår konkret, at xx har ansvar for at yde sygepleje til personer i alle aldre, "der har behov herfor". Det fremgår også, at xx skal "sikre de nødvendige foranstaltninger". Det er uklart, hvad der menes hermed. Borgere med akutte behov for sygepleje er fx ikke omfattet af kommunalbestyrelsens ansvar, det er et ansvar for den regionale akutsygepleje; kommunalbestyrelser skal heller ikke henset til patientsikkerheden sikre de nødvendige foranstaltninger i situationer, hvor der ikke er adgang til de nødvendige kompetencer til at løfte en given indsats fagligt forsvarligt. KL har neden for konkrete forslag til alternative formuleringer.

KL skal også bemærke, at det med fordel kan ekspliciteres, at kommuner og regioner har tildelingsretten (visitation). Det fremgår af gældende bekendtgørelse om hjemmesygeplejes § 2, stk. 2.

KL skal herudover bemærke, at kommunerne med den kommende integration af sygepleje i helhedspleje står med en svær opgave med at føre tilsyn med de private leverandørers varetagelse af sygepleje. Det er i kraft af, at kommunerne skal føre tilsyn med og stå til ansvar for sygeplejeindsatser, som de ikke har ledelsesret over i den daglige drift, og hvor de hverken kan tilrettelægge arbejdet, sikre de nødvendige kompetencer eller korrigere direkte ved fejl. Det skaber et ansvarsmæssigt vakuum, som vanskeliggør en hurtig reaktion på fejl og utilfredsstillende leverancer, og som samtidig øger kommunernes administrative ressourcetræk til kontraktstyring og tilsyn.

KL finder det derfor nødvendigt, at ansvarsfordelingen afklares forud for implementeringen, og foreslår, at Styrelsen for Patientsikkerhed får til opgave at godkende private leverandører af sygepleje. Det er særligt relevant i lyset af sygeplejen bliver en del af helhedsplejen.

KL foreslår også, at de centrale sundhedsmyndigheder sikrer klare rammer for kommunernes forpligtelser for at føre tilsyn med private leverandører af

Dato: 06-10-2026

Sags ID: SAG-2026-03826
Dok. ID: 3737264

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: +45 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

sygepleje i helhedspleje, så kommunerne er klare over hvad deres ansvar er henholdsvis hvad den private leverandører påtager sig af ansvar.

KL skal endelig bemærke, at § 5 om adgang til almindeligt anvendte plejehjælpemidler i gældende bekendtgørelse bør videreføres i kommende bekendtgørelse om kommunal sygepleje.

KL har en række konkrete bemærkninger til de enkelte bestemmer i de to udkast til bekendtgørelser.

Bekendtgørelse om kommunal sygepleje

§ 1. KL foreslår, at bestemmelsen affattes således, jf. også udkast til kvalitetsstandard for kommunal sygepleje og basal palliation:
”Den kommunale sygepleje omfatter personer, der opholder sig i kommunen. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvisning.

Stk. 2: Afgørelse om tildeling af kommunal sygepleje træffes af kommunalbestyrelsen”.

KL skal i den forbindelse også foreslå, at § 1, stk. 2 udgår. Dette henset til, at det fremstår uklart, hvad det betyder, når det fremgår, at ”kommunal sygepleje kan tildeles på baggrund af… kommunalbestyrelsens tilrettelæggelse af indsatsen”.

§ 3. KL foreslår en justering, så det fremgår ”samt aflastnings-venteophold efter service- og ældreloven”. Dette for at eksplicitere, at kommunerne fra 1. januar ikke råder over andre typer af pladser til midlertidigt ophold.

§ 4. KL foreslår en justering, konkret, at ”tilstrækkelige sygeplejefaglige kompetencer” udgår. KL mener, at sentensen i og med, at bekendtgørelsen refererer til kvalitetsstandardens krav er overflødig. Hertil kommer, at det er uklart hvad der menes med tilstrækkelige sygeplejefaglige kompetencer. Det kan evt. ændres fra ”tilstrækkelige” til ”relevante”.

KL undrer sig i øvrigt over, hvorfor der er uoverensstemmelse mellem denne tekst og § 4 i udkast til bekendtgørelse om regional akutsygepleje, hvor det i sidste ikke fremhæves, at regionsrådet har ansvar for ”sikring af tilstrækkelige sygeplejefaglige kompetencer”.

§ 4, stk. 6 bør udgå henset til, at kontrol med kvalitet i opgavevaretagelsen er være en del af kommunalbestyrelsens generelle tilsyn, jf. § 4, stk. 5.

§ 6. KL foreslår, at bestemmelsen ændres, så det fremgår, at ”Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for at sikre en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse, herunder at der er de rette kompetencer tilstede i sygeplejen.

Dato: 06-10-2026

Sags ID: SAG-2026-03826
Dok. ID: 3737264

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: +45 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk

Stk. 2: Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for at sikre dialog med den henvisende part, hvis ikke de fornødne kompetencer er til stede i sygeplejen".

KL´s forslag har til hensigt at betone ledelsens ansvar for at sikre en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse, jf. også autorisationslov og vejledning om lægens brug af medhjælp. Det vurderes, at det vil være mere retningsanvisende for kommunerne end gældende forslag, hvor det er uklart hvad der menes med "nødvendige foranstaltninger".

Bekendtgørelse om regional akutsygepleje
§ 3. Se bemærkning til § 3 i bekendtgørelse om kommunal sygepleje oven for.

Stk. 2. KL undrer sig over, hvorfor akutsygepleje kan gives på "sygehuse".

Stk.3. KL skal foreslå, at teksten justeres som følger: "Akutsygeplejen skal være døgndækket og leveres i alle dele af landet samt have en *døgndækket* udkørende funktion, *der kan levere indsatser i hele landet".*

§ 5. Det følger af udkast til kvalitetsstandard for regional akutsygepleje, at "akutsygeplejens indsatser skal varetages af sygeplejersker med de nødvendige kompetencer til at varetage indsatserne… Social- og sundhedsassistenter kan undtagelsesvist varetage afgrænsede indsatser…" KL undrer sig på den baggrund over, at det af bestemmelsen derimod fremgår, at "den regionale akutsygepleje udføres af autoriserede sundhedspersoner samt andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- eller kompetencemæssige kvalifikationer". Det bør konsekvensrettes, så der er overensstemmelse mellem de to dokumenter.

§ 6, stk. 2. Der bør tilføjes "og relevante lægemidler" efter "sygeplejeartikler", jf. lovforslag om adgang til at opbevare lægemidler i den regionale akutsygepleje.

KL skal tage forbehold for evt. politiske bemærkninger.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Kommunale Velfærdschefer

Til Sundheds- og Indenrigsministeriet **26. oktober 2026**

Sendt til: sum@sum.dk med kopi til djo@sum.dk og jbh@sum.dk.

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Kommunale Velfærdschefer takker for muligheden for at bidrage med høringssvar til udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje.

Vi ønsker, at de nye rammer for kommunal sygepleje og regional akutsygepleje understøtter høj faglig kvalitet, rettidig hjælp og sammenhængende borgerforløb. Det forudsætter, at bekendtgørelserne tydeliggør ansvaret i overgangene mellem region og kommune, og at kravene følges af realistiske rammer for bemanding, kompetenceudvikling og finansiering.

Udkastene placerer myndighedsansvaret hos henholdsvis kommunalbestyrelsen og regionsrådet. De giver imidlertid ikke tilstrækkelig klarhed over den praktiske arbejdsdeling, når borgerens behov ændrer sig, eller flere aktører bidrager til samme forløb. Det giver risiko for kvalitetsbrist, tvister om opgaver og forsinkelser i borgerens behandling.

Vores bemærkninger vedrører de to bekendtgørelsesudkast. Da begge udkast i § 2, stk. 2, henviser til kvalitetsstandarder, peger vi også på forhold, der bør konkretiseres i standarder og vejledning. De grundlæggende ansvarsforhold bør fremgå tydeligt af det samlede regelsæt.

Tydelige snitflader og sikker overdragelse

Den regionale akutsygepleje skal efter § 2, stk. 1, nr. 2, varetage kortvarige og fokuserede indsatser, blandt andet ved akut sygdom, særligt komplekse behov og fortsatte komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse. Afgrænsningen til kommunal sygepleje er ikke tilstrækkeligt beskrevet. Et forløbs varighed kan ikke alene afgøre, hvem der skal varetage det.

Vi anbefaler nationale kriterier for opstart, fortsættelse og afslutning af regional akutsygepleje samt for overdragelse til kommunen. Kriterierne bør tage afsæt i borgerens tilstand, behandlingsbehov og den nødvendige faglige kapacitet. Det skal præciseres:

- Hvornår den regionale akutsygeplejes ansvar for en konkret indsats ophører, og hvem der foretager og dokumenterer den faglige vurdering og hvordan vurderingen kommunikeres mellem de involverede parter.
- Hvem der træffer beslutning om afslutning og om tildeling af kommunal sygepleje, og hvordan beslutningerne koordineres med den behandlingsansvarlige læge.
- Hvordan kommunen inddrages, og hvilke oplysninger og forudsætninger der skal være på plads, før den overtager opgaven samt hvem der varetager opgaven, hvis de nødvendige kompetencer ikke kan stilles til rådighed i kommunen med kort varsel.

Vi foreslår et fælles princip om, at en indsats først afsluttes hos den afgivende aktør, når den fortsatte indsats er aftalt med den modtagende aktør og kan iværksættes rettidigt. Overdragelsen bør som minimum omfatte behandlingsplan, aktuelle observationer, medicinoplysninger, opfølgningsbehov, aftalt starttidspunkt og kontakt til den behandlingsansvarlige læge. Borgeren og

efter samtykke de pårørende skal vide, hvem de skal kontakte. Det bør desuden fremgå, hvordan overdragelsen og bekræftelsen af den kommunikeres mellem parterne.

Region og kommuner bør forpligtes til at aftale en hurtig procedure for faglig afklaring og eskalation ved uenighed. Proceduren skal også fastlægge, hvem der sikrer den nødvendige indsats, mens uenigheden afklares, og hvordan udgifter håndteres efterfølgende. Borgerens hjælp må ikke afvente en tvist om opgaveansvar. Aftalerne bør kunne håndtere, at regional og kommunal sygepleje har samtidige, afgrænsede opgaver i samme forløb.

Behandlingsansvar og samarbejde med læger

Efter § 1, stk. 2, i begge udkast kan sygepleje tildeles både på baggrund af lægehenvisning og som led i myndighedens tilrettelæggelse. Der er derfor behov for at tydeliggøre forholdet mellem tildeling af sygepleje, sygeplejefaglige beslutninger og lægeligt behandlingsansvar.

Vi efterspørger en klar beskrivelse af de praktiserende lægers, sygehuslægernes og de øvrige relevante lægelige funktioners roller. For lægeligt iværksat behandling skal det være entydigt, hvem der har ansvar for ordination, ændringer og opfølgning, og hvem sygeplejen kan kontakte ved forværring, også uden for almindelig åbningstid.

Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde er ikke nærmere beskrevet i de vedhæftede udkast. I det samlede regelsæt bør det fremgå, hvordan selvstændig sygeplejefaglig virksomhed, lægeligt ordineret behandling og eventuel delegation hænger sammen. Vi er bekymrede for opgaveglidning fra almen praksis og sygehuse til kommunal sygepleje uden tilsvarende afklaring af ansvar, lægelig tilgængelighed, kompetencer og ressourcer. Ændringer i arbejdsdelingen bør derfor beskrives og konsekvensvurderes eksplicit.

Begrebet ”grundlæggende sygepleje” bør defineres entydigt i kvalitetsstandardens bilag om begrebsafklaring. Uden en fælles definition er der risiko for forskellige fortolkninger af opgavens indhold og dermed uklarhed om ansvars- og opgavefordelingen.

Der bør desuden være en tydelig beskrivelse af håndtering og ansvarsfordeling ved dosispakket medicin, herunder samarbejdet mellem læger, apoteker og kommunal sygepleje. Området har betydning for sikre medicinforløb og bør ses i sammenhæng med det igangværende arbejde på området, blandt andet i MedCom-regi.

Afklaring af intravenøs behandling og dialyse

Udkastene afklarer ikke konkret, hvor ansvaret fremover placeres for blandt andet intravenøs behandling, dialyse i hjemmet og fjernelse af kemopumpe i hjemmet. Det bør præciseres, hvilke indsatser der hører under regional akutsygepleje, hvilke der kan indgå i kommunal sygepleje, og hvilke der indgår i sygehusets hjemmebehandling.

Vi anbefaler en fælles national beskrivelse af arbejdsdelingen for disse behandlingsformer med mulighed for lokalt aftalt drift. Beskrivelsen skal skelne mellem myndighedsansvar, lægeligt behandlingsansvar, udførelse og finansiering. Den skal omfatte kriterier for overdragelse, kompetencekrav, adgang til lægefaglig bistand, medicin, anskaffelse og finansiering af udstyr, herunder prøvetagningsudstyr, samt prøvetagning, aflevering og afhentning af prøver og håndtering af komplikationer. Valg af behandlingssted i borgerens hjem bør ikke i sig selv afgøre, at opgaven er kommunal. Det skal også afklares, hvilke vilkår der gælder, hvis opgaverne skal løses af den kommunale sygepleje, herunder aftalegrundlag og økonomisk kompensation. Det er væsentligt at tage højde for eksisterende ordninger, hvor håndtering af intravenøs behandling

refunderes af regionen, og hvor hjemmedialyse kun indgår i den kommunale opgaveportefølje efter nærmere aftale med sygehuset.

En øget ambition om behandling i eget hjem må ledsages af en konkret vurdering af konsekvenserne for kommunal sygepleje. Flere og mere komplekse hjemmebehandlingsforløb kan medføre øget behov for kommunale sygeplejeressourcer, koordinering og kompetencer. Vi efterspørger derfor en plan for forventet opgave- og borgerudvikling samt en tydelig finansieringsmodel, så opgaver og ressourcer følges ad.

Specialistkompetencer og basal palliation tæt på borgeren

Vi støtter, at borgerne har adgang til relevante specialkompetencer, blandt andet inden for basal palliation, kompliceret sårpleje, demens og kontinens. Udkastene fastsætter generelle krav til kvalifikationer og løbende kompetenceudvikling i §§ 4 og 5, men beskriver ikke disse fagområder særskilt. Vores bemærkninger her retter sig derfor mod konkretiseringen i kvalitetsstandarder og vejledning.

Et kvalitetsløft kræver finansiering af uddannelse, supervision og tid til faglig udvikling samt bemanding, der gør det muligt at anvende kompetencerne i hverdagen. Kravene bør give plads til lokale og tværkommunale løsninger, så specialkompetencer kan understøtte de medarbejdere, der har den løbende kontakt med borgeren.

For basal palliation bør samarbejdet med almen praksis, sygehuse og specialiserede palliative tilbud beskrives tydeligt. Der skal være adgang til lægelig vurdering, plan for symptomlindring og mulighed for rådgivning og optrapning af indsatsen, når borgerens behov overstiger den basale indsats. Samarbejdet skal understøtte kontinuitet og borgerens ønsker til forløbet.

Børn, unge og familier bør afgrænses tydeligere som målgruppe for kommunal sygepleje i forhold til sundhedsplejens og børn- og familieområdets opgaver. Det bør fremgå, hvilke behov og indsatser der hører under de respektive tilbud, og hvordan henvisninger og lægelige korrespondancer skal adresseres. En fælles afgrænsning vil understøtte korrekt visitation og sikre overgange, samtidig med at der fortsat er plads til forskellig kommunal organisering.

Kompetenceforsyning og overgang til regional akutsygepleje

Flytningen af akutfunktionerne giver anledning til bekymring for tab af specialistkompetencer i kommunerne. Medarbejdere med akutkompetencer bidrager også til sparring, oplæring og kvalitet i den øvrige kommunale sygepleje. En opgaveflytning kan derfor påvirke kommunernes evne til at løse de tilbageværende opgaver.

Rekruttering er allerede en væsentlig ledelsesudfordring, blandt andet i Køge Kommune. Vi efterspørger en samlet plan for kompetenceforsyning og overgangsordninger, der understøtter både regional akutsygepleje og kommunal sygepleje. Planen bør omfatte fastholdelse, uddannelseskapacitet, fælles kompetenceudvikling og adgang til regionale specialister. Rådgivning og sparring efter den regionale bekendtgørelses § 2, stk. 1, nr. 1, bør konkretiseres med tydelige kontaktveje og tilgængelighed.

Tidsperspektivet for implementeringen er særligt udfordrende. Når kvalitetsstandarderne vedtages tæt på ikrafttrædelsen den 1. januar 2027 og umiddelbart før juleferieperioden, er der meget begrænset tid til at tilpasse arbejdsgange, udarbejde lokale instrukser og informere og oplære alle berørte medarbejdere. Det er derfor ikke realistisk at forudsætte, at samtlige nye krav kan være fuldt operationelt implementeret fra første dag. Vi anbefaler en tydelig, prioriteret implementerings-

og indfasningsplan med realistiske frister, overgangsløsninger og klare minimumskrav til patientsikker drift fra ikrafttrædelsen.

Samtidig er der behov for snarest at inddrage de operationelle ledelses- og medarbejderniveauer i regioner og kommuner i afklaringen af konkrete samarbejdsflader, kontaktveje og overdragelsesprocedurer. Det er afgørende, at aftalerne ikke alene fastlægges strategisk, men også kan afprøves og omsættes i den daglige drift inden opstart. Der bør fastsættes en fælles tidsplan for denne operative afklaring på tværs af parterne.

Før ikrafttrædelsen den 1. januar 2027 bør der foreligge aftaler om bemanding, igangværende borgerforløb, udstyr og informationsudveksling. De økonomiske konsekvenser af nye krav og ændret arbejdsdeling bør opgøres, og finansieringen afklares. Hvor kompetencer og kapacitet kræver længere opbygning, bør der fastlægges en realistisk indfasning inden for de gældende ansvarsrammer.

Systematisk læring af utilsigtede hændelser og klager

Begge udkast stiller krav om kontrol og løbende kvalitetssikring i § 4. Vi anbefaler, at det konkretiseres, hvordan regioner, kommuner og eventuelle leverandører arbejder systematisk med utilsigtede hændelser (UTH), klager og borgernes erfaringer, særligt i forløb på tværs af sektorer.

Det bør beskrives, hvem der koordinerer fælles analyser af hændelser i overgangene, hvordan læring deles inden for de gældende regler, og hvordan aftalte forbedringer følges op. Klager bør indgå som en selvstændig kilde til kvalitetsudvikling, og borgeren bør have klar vejledning om klageveje. Indsatsen skal bygge på de eksisterende ordninger og undgå parallelle registreringskrav uden tydelig værdi.

Helhedsindsatser og kontinuitet som kvalitetsmål

Kompetencekravene bør i den videre udmøntning følges af tydelige mål for sammenhæng, kontinuitet og faste relationer. På ældreområdet skal rammerne understøtte helhedsindsatserne i ældrereformen og kommunernes arbejde med faste teams og koordinerede forløb. Samtidig skal sygeplejen fortsat tilrettelægges for borgere i alle aldre, som begge udkast fastslår.

Vi anbefaler, at kvalitetsstandarderne understøtter færrest mulige unødige skift af medarbejdere, en tydelig kontaktperson og en koordineret plan ved samtidige indsatser. Kvaliteten bør følges gennem borgernes oplevelse af sammenhæng, rettidig hjælp og sikre overgange, sammen med den faglige kvalitet. Specialistkompetencer skal kunne bringes tæt på borgeren uden at svække de relationer, der bærer det daglige forløb.

Vi opfordrer ministeriet til at sikre, at ansvarsfordeling, samarbejdskrav og implementeringsrammer afklares i tæt sammenhæng med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder og vejledning. Regioner og kommuner skal have et fælles, anvendeligt grundlag for at omsætte reglerne til sikker praksis fra ikrafttrædelsen.

Med venlig hilsen

Jakob Bigum Lundberg

Formand for Kommunale Velfærdschefer

REDDERNES UDVIKLINGSSEKRETARIAT

Kampmannsgade 4
1604 København V
rus@3f.dk
3frus.dk

Sundheds- og Kirkeministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

sum@sum.dk
djo@sum.dk
jbh@sum.dk

26. oktober 2026
/nbl

Høringssvar til udkast til bekendtgørelse om regional akutsygepleje

Reddernes Udviklingssekretariat i 3F har med stor interesse læst udkastet til bekendtgørelse om regional akutsygepleje. Vi støtter ambitionen om at styrke de nære sundhedstilbud og sikre borgerne hurtig adgang til relevante akutte indsatser i eget hjem. Bekendtgørelsen udmønter den del af sundhedsreformen, hvor myndighedsansvaret for akutsygepleje overgår til regionerne fra 1. januar 2027.

Samtidig finder vi anledning til at pege på tre forhold, som efter vores vurdering er væsentlige for den videre implementering af den regionale akutsygepleje.

Sammenhæng med det præhospitale område
Den regionale akutsygepleje beskrives som en døgndækkende, udkørende funktion, der skal yde indsatser til borgere med akut opstået sygdom, akut forværring af kendt sygdom samt komplekse og sammensatte behov. Funktionerne omfatter blandt andet klinisk vurdering, rådgivning og faglig sparring til øvrige aktører.

Det er efter vores opfattelse vigtigt, at funktionen udvikles som en integreret del af det samlede akutte sundhedsvæsen. Der bør derfor være et stærkt fokus på samarbejdet mellem akutsygeplejen, AMK-funktionerne, ambulanceberedskaberne og de øvrige regionale akutte tilbud.

Undgå parallelle akutfunktioner
Etableringen af en regional, døgndækkende og udkørende akutsygepleje skaber nye muligheder for at bringe sundhedsfaglige kompetencer tættere på borgerne. Samtidig er det vigtigt, at implementeringen sker med fokus på sammenhæng og ressourceudnyttelse på tværs af det akutte sundhedsvæsen.

Reddernes Udviklingssekretariat i 3F anbefaler, at implementeringen sker med fokus på at undgå unødige parallelle funktioner, hvor eksisterende akutte og præhospitale tilbud allerede løser tilsvarende opgaver. Det vil understøtte både kvalitet, robusthed og effektiv ressourceanvendelse.

Udnyt de samlede sundhedsfaglige kompetencer
Vi bemærker, at bekendtgørelsens § 5 giver mulighed for, at opgaver i akutsygeplejen kan udføres af autoriserede sundhedspersoner samt andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- og kompetencemæssige kvalifikationer. Det finder vi positivt.

Sundhedsvæsenet står over for betydelige udfordringer i forhold til både rekruttering og stigende aktivitet. Derfor er det vigtigt, at implementeringen af den regionale akutsygepleje understøtter en hensigtsmæssig anvendelse af de samlede sundhedsfaglige kompetencer, som allerede findes på tværs af det akutte og præhospitale område.

Afsluttende bemærkning
Reddernes Udviklingssekretariat i 3F ser positivt på etableringen af regional akutsygepleje og ambitionen om at styrke de nære akutte tilbud. Vi anbefaler, at implementeringen sker i tæt samspil med de eksisterende præhospitale og akutte funktioner, så borgerne møder et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor de samlede sundhedsfaglige kompetencer anvendes bedst muligt.

Venlig hilsen

Jacob Guldberg
Formand, Reddernes Udviklingssekretariat i 3F

Sundheds- og Kirkeministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

26. oktober 2026
Sagsnr.: 31-1001-1414
Reference: MIHJ
Tlf.nr: +4593518657
E-mail: sjur@stps.dk

Svar på høring over udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Sundheds- og Kirkeministeriet har den 1. oktober 2026 fremsendt udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje i offentlig høring.

Styrelsen for Patientsikkerheds bemærkninger

Lovteknisk overvejelse

Vi skal indledningsvist gøre opmærksom på, at det kan overvejes, om der lovteknisk skulle tilføjes sundhedslovens § 8, stk. 2, som supplerende lovhjemmel til udstedelse af begge bekendtgørelser. Dette grundet henvisning til EU-retten og internationale aftaler i begge bekendtgørelsers § 3, for så vidt angår ret til ydelser under ophold i den berørte kommune eller region.

Det håndteres lidt forskelligt i andre bekendtgørelser, hvor EU-retten m.m. er nævnt, om også sundhedslovens § 8, stk. 2, er med som lovhjemmel til bekendtgørelsen, fx på vaccinationsområdet bliver § 8, stk. 2, nævnt som lovhjemmel (BEK nr. 1139 af 17/09/2025 og BEK nr. 836 af 29/09/2026) mens det på tandområdet ikke ses (BEK nr. 1444 af 27/11/2025 og i BEK nr. 686 af 11/08/2026).

Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde

Vi gør opmærksom på, at det fremgår af vejledning nr. 9001 af 20/12/2024 om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde, afsnit 4, at: *"(…) Det er således driftsherren (ledelsen), der beslutter, hvilke faggrupper eller enkeltpersoner der må udføre konkrete opgaver, herunder om en ansat sygeplejerske må varetage opgaver inden for det forbeholdte virksomhedsområde på arbejdspladsen."*

<u>Bekendtgørelse om kommunal sygepleje</u>

Til § 5

Det er uklart, om det er tilsigtet, at bestemmelsen er defineret

Styrelsen for Patientsikkerhed
Sundhedsjura

Islands Brygge 67
2300 København S

Tlf.nr: +45 7228 6600
E-mail: sjur@stps.dk

www.stps.dk

anderledes end i bekendtgørelsen for den regionale akutsygepleje, hvoraf fremgår: ***"...****den regionale akutsygepleje udføres af autoriserede sundhedspersoner samt andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- eller kompetencemæssige kvalifikationer ..."*

I øvrigt bemærkes, at ordet "autoriserede" er overflødigt, da både begge de nævnte titler er titelbeskyttet, jf. autorisationsloven.

<u>Bekendtgørelse om regional akutsygepleje</u>
Indledningsvist kan det overvejes, om definitionen af akutsygepleje bør fremgå af selve bekendtgørelsen. Vi er opmærksomme på, at akutsygeplejens funktion er mere udfoldet i kvalitetsstandarden herfor.

Til § 2, nr. 1
Det kan overvejes om "klinisk vurdering" bør erstattes af "sundhedsfaglig vurdering". I det tilfælde at 'klinisk vurdering' er udtryk for, at det kræver fremmøde bør det tydeligt fremgå.

Til § 4, stk. 5
Det fremgår, at regionsrådet skal sikre 'kvaliteten i opgaveløsningen'. Det er ikke umiddelbart klart, hvilken standard, der henvises til, herunder om det er kvaliteten, jf. de krav og/eller anbefalinger, der fremgår af gældende kvalitetsstandarder fra Sundhedsstyrelsen.

Til § 5
Det er uklart, om det er tilsigtet, at bestemmelsen er defineret anderledes end i bekendtgørelsen for den kommunale sygepleje, da det deraf specifikt fremgår, at det udføres af *"autoriserede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og andre fag- og personalegrupper med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer...".*

Venlig hilsen

Mie Hindborg Johansen
Chefkonsulent, cand.jur.

Ældre Sagen

Sundheds- og Kirkeministeriet
sum@sum.dk
cc: djo@sum.dk og jbh@sum.dk

23. oktober 2026

Ældre Sagen
Snorresgade 17-19
2300 København S

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

Høringssvar vedr. udkast til bekendtgørelser for hhv. regional akutsygepleje og kommunal sygepleje

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar i forbindelse med udkast til bekendtgørelser om regional akutsygepleje og kommunal sygepleje.

Sammenhæng og krav til kvalitet er særlig vigtig for skrøbelige ældre
Vi ser det som positivt, at der formuleres bekendtgørelser for begge myndigheders sygepleje, og noterer os, at der parallelt hermed er udviklet udkast til to kvalitetsstandarder. Vi undrer os dog i denne sammenhæng over, at der udelukkende foreligger udkast til vejledning om kommunal sygepleje, mens vejledning om akutsygepleje er lagt op til en opgave for regionsråd. Dette mener vi er uhensigtsmæssigt i forhold til at sikre en ensartet kvalitet.

Derudover ser vi med bekymring på, at de to separate bekendtgørelser for sygepleje, der - til trods for at de spejler sig i den samme struktur - ikke gensidigt eksplicit refererer til den anden myndigheds sygepleje. Det er vigtigt for ældre, særligt ældre med høj skrøbelighed, komplekse behov og/eller demens, at bekendtgørelserne giver hjemmel og pligt til, at koordinering mellem de to myndigheders sygepleje er en væsentlig funktion (jf. § 2 i begge bekendtgørelser). Det bør ses som et led i, at det samlede kompleks af regler og standarder for sygepleje sikrer en tydelig ansvarsfordeling for kontinuitet og skaber en ramme for ensartet kvalitet og dermed sammenhæng og patientsikkerhed for ældre.

Omsorg, værdighed og patient- og pårørendeinddragelse
Vi vil opfordre til, at det fremgår tydeligt, at indsatser i begge former for sygepleje skal sikre patienten en værdig pleje og omsorg. Det er vigtigt for ældre, når de møder sundhedsvæsenet[1]. Det bør også fremgå, at sygeplejen skal omfatte inddragelse af patienten og eventuelle pårørende, og at denne inddragelse skal understøttes. Den enkelte patient og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning og beslutninger om patientens forløb.

Vederlagsfri sygepleje skal omfatte medicin og befordring til sygepleje
Der er i dag ikke hjemmel til befordring til sygepleje, hvilket udgør en barriere for at sikre lige adgang til både kommunal sygepleje og akutsygepleje, der leveres på klinikker. Konsekvenserne af manglende befordring er øget brugerbetaling og ulige

[1] https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/analyser-og-undersoegelser/2021-en-vaerdig-og-tryg-behandling

adgang til sygeplejen, og ældre oplever allerede i dag kørsel som en barriere for at følge behandling og pleje. Der skal derfor sikres hjemmel til befordring til og fra sygepleje på klinikker, ligesom der nu er udsigt til hjemmel til befordring til de kommende sundheds- og omsorgspladser.

På lignende vis er der nu udsigt til, at patienter vederlagsfrit kan få medicin under ophold på sundheds- og omsorgspladser. Dette mener vi også bør gælde patienter i forløb under akutsygeplejen, da vi forudser, at det vil være afhængigt af lokale forhold og politiske rammer, hvorvidt man får ophold på en plads eller får akutsygepleje i eget hjem. Vi vurderer, at forskellen i adgangen til vederlagsfri medicin særligt vil ramme svækkede ældre i helhedspleje eller ældre på plejehjem.

Vi vil opfordre til, at det samtidig tilføjes i begge bekendtgørelser, at såvel plejehjælpemidler som sygeplejeartikler m.v. er en del af den vederlagsfrie sygepleje.

Klar ramme for responstider
Det er positivt, at såvel akutsygepleje som kommunal sygepleje skal være tilgængelig for borgere i alle aldre, være døgndækkende og leveres i alle dele af landet, og at akutsygeplejen skal have en udekørende funktion. Det bør dog være angivet, at kvalitetsstandarderne skal omfatte responstider af patientsikkerhedsmæssige hensyn.

Vi har i forlængelse heraf forståelse for, at kommunalbestyrelser kan samarbejde om den kommunale sygepleje på tværs af kommuner, herunder med en privat leverandør, for bl.a. på denne måde at opretholde et nødvendigt patientgrundlag. Vi ser dog med bekymring på dette i forhold til responstider. På samme måde ser vi med bekymring på, at den regionale akutsygepleje tilrettelægges af regionsrådet, uden at der præcist er angivet, hvad der ligger i at udføre sygeplejeopgaven "rettidigt". Samarbejde om sygepleje på tværs af kommuner og inden for en region vil kunne betyde meget store afstande og dermed lange responstider, før sygeplejen når frem til ældre i eget hjem. Det er derfor vigtigt, at sygeplejen, både den kommunale sygepleje og akutsygeplejen, ikke bliver et forsinkende led for ældre i deres adgang til akut behandling. Derfor mener vi, at rettidighed bør defineres tydeligere i bekendtgørelserne, herunder omfatte ramme for krav til responstider.

Krav til kontrol og kvalitetsdata
Vi mener i forlængelse af ovenstående, at såvel kommuner som regioner skal underlægges en tværgående kontrol, så der ikke kun udøves kontrol med egen myndighedsvirksomhed. Vi vil opfordre til, at resultaterne af kontrollen bliver offentligt tilgængelige såvel lokalt som på nationalt plan.

Samtidigt bør det fremgå af de to bekendtgørelser, at såvel regioner som kommuner ikke blot skal sikre kvalitet og udvikle sygeplejen, men nok så vigtigt, at begge myndigheder skal bidrage til kvalitetsudvikling og dokumentere kvaliteten til brug for nationale kvalitetsdata for hhv. akutsygeplejen, den kommunale sygepleje og den palliative indsats.

Som led i at sundhedsreformen lægger mere behandling ud i det nære, skal ældre kunne være trygge ved, at deres pleje og behandling er af høj kvalitet, og det skal være gennemsigtigt på tværs af landet, hvad det betyder, at behandling i stigende grad foregår i det nære. Derfor er det afgørende med kvalitetsdata og ensartede nationale indikatorer, der dokumenterer kvaliteten af såvel akutsygepleje som den kommunale sygepleje. Alt andet betragter vi som en strukturel alderisme i sundhedsvæsenet.

I regionernes tilfælde vil det i øvrigt være oplagt, at akutsygeplejen omfattes af kvalitetsdatabaser under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør