



Sundheds- og Kirkeministeriet

Holbergsgade 6

DK-1057 København

Vedr.

Høring over bekendtgørelse om nærsundhedsplan og Sundhedsstyrelsens vejledning om nærsundhedsplan

DASYS har modtaget høringssvar fra 5 faglige selskaber:

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

1. Overordnet opbakning

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

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

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

2. Hovedanbefalinger

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

Vi anbefaler samlet:

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



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

3. Konkrete ændringsforslag til bekendtgørelsen

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

Tilføj nyt stk. 6:

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

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

Revideres til:

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

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

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

4. Bemærkninger til vejledningen

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



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

- **Konkretisering af populationsansvar og ansvarsfordeling (Afsnit 2, 4.4 & 7):**

- Begrebet *populationsansvar* fremstår for abstrakt. Vejledningen skal suppleres med konkrete eksempler på, hvordan ansvaret omsættes til klinisk praksis og tværsektoriel ledelse.
- For hvert tværgående område skal myndighedsansvar, behandlingsansvar og finansiering placeres entydigt for at forhindre opgaveglidning og uafklarede gråzoner.

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

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

- **Reel patient- og pårørendeinddragelse:**

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

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

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

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

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

- **Specialiserede kompetencer og faglig opbakning:**

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

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

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

Med venlig hilsen

DASYS