

NOTAT

Dato: 9. marts 2026

Til: Sundhedsråd Hovedstaden

Spørgsmål og svar vedr. akutsygepleje i forbindelse med opgaveflyt

Medlemmer af sundhedsrådet Michael Vindfeldt og Sisse Marie Welling har stillet en række spørgsmål vedr. akutsygeplejen i forbindelse med sundhedsrådet behandling af opgaveflyt og den fremtidige varetagelse af akutsygeplejen.

Spørgsmål 1:

Det er fremført i debatten, at regionen skal overtage akutsygeplejen, fordi det er et krav, at der er regionalt ansættelsesforhold for at kunne tage en akutuddannelse. Er det et nationalt krav? og hvordan løses det i Aarhus og Aalborg?

Svar:

Det er et nationalt krav, at man skal være ansat i en region for at kunne gennemføre specialuddannelsen i akutsygepleje. Kravet fremgår af bekendtgørelsen om specialuddannelsen for sygeplejersker i akutsygepleje. Heraf fremgår, at optagelse på uddannelsen forudsætter, at ansøgeren har indgået en uddannelsesaftale med et uddannelsessted, som skal være en somatisk akutafdeling, og at denne aftale indgås på baggrund af en samtidig ansættelse i regionen. Ref.: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/315>

Den nationale uddannelsesordning for specialuddannelsen i akutsygepleje præciserer tilsvarende, at uddannelsen som udgangspunkt gennemføres som en 1½-årig fuldtidsansættelse på en godkendt somatisk akutafdeling, som også fungerer som kursistens ansættelsessted.

Ref.: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/karriere-og-kompetenceudvikling/sundhedsfaglig-specialisering/Documents/National%20uddannelsesordning%20for%20specialuddannelsen%20i%20akutsygepleje.pdf>

Der er således ikke sammenhæng ml. akutuddannelsens rammer, og hvorvidt regionen skal overtage akutsygeplejen. Men det er korrekt, at det inden for de gældende rammer er et nationalt krav, at man skal have et regionalt ansættelsesforhold for at tage en akutuddannelse.

Spørgsmål 2:

Har formanden for sundhedsråd hovedstaden rakt ud til ministeren på området for at få undersøgt, om denne regel - som jo strider grundlæggende mod sundhedsreformens muligheder for at både kommune som region kan drive akutsyge-plejen - kan dispenseres fra eller ændres? Hvem kan ændre den? Vil en model i givet fald kunne være, at der i uddannelsesperioden vil være delt ansættelse (hvis reglen står til troende)? Og hvori er der koblinger til f.eks. muligheder i anvendelse af det forbeholdte virksomhedsområde og rammedelegationer af opgaver?

Svar:

Det er ikke et en forudsætning for drift af akutsygeplejen, at sygeplejerskerne har en specialuddannelse i akutsygepleje. Kravet om regional ansættelse under specialuddannelsen i akutsygepleje fremgår af en national bekendtgørelse udstedt af Sundhedsstyrelsen efter bemyndigelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. En ændring af kravet vil således skulle ske gennem en ændring af bekendtgørelsen. Dette vil enten kunne ske ved, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ændrer eller justerer bekendtgørelsen, eller ved at Sundhedsstyrelsen ændrer bekendtgørelsen inden for den bemyndigelse, styrelsen har fået. Hvis en ændring forudsætter justering af lovgrundlaget i autorisationsloven, vil det kræve en lovændring vedtaget af Folketinget.

Bekendtgørelsen giver mulighed for dispensation eller merit i forhold til dele af uddannelsesforløbet, men der er ikke i udgangspunktet hjemmel til at dispensere fra kravet om regional ansættelse under uddannelsen. Ref.: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2024/315>

Dispensationer og merit behandles normalt af Specialuddannelsesrådet for akutsygepleje og i sidste instans af Sundhedsstyrelsen.

En model med delt ansættelse mellem region og kommune er ikke beskrevet i bekendtgørelsen, men vil i princippet kunne etableres, hvis den formelle ansættelse under uddannelsen er i regionen, mens sygeplejersken samtidig har funktioner i en kommune.

Specialuddannelsen i akutsygepleje giver sygeplejersker udvidede kompetencer til blandt andet selvstændigt at vurdere akutte patienter, iværksætte behandling efter faglige standarder og træffe kliniske beslutninger i akutte patientforløb. Uddannelsen ændrer imidlertid ikke på autorisationslovens regler om forbeholdt virksomhedsområde. Det betyder, at sygeplejersker fortsat kun kan udføre lægeforbeholdte opgaver på baggrund af delegation, instrukser eller rammedelegation. De kompetencer, som specialuddannelsen giver, kan i praksis understøtte anvendelsen af rammedelegationer fra læger, fx i forbindelse med triage og visitation, iværksættelse af standardiserede behandlingsforløb eller medicingivning efter fastlagte instrukser. Disse forhold reguleres dog organisatorisk gennem lokale instrukser og delegationer og ikke direkte i uddannelsesordningen.

Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde hænger i udgangspunktet ikke sammen med specialuddannelser.

Spørgsmål 3:

Er specialuddannelsen i akutsygepleje relevant for medarbejderne i akutteamet og er det nødvendigt for de mange sygeplejersker som allerede har en anden specialuddannelse, fx i borgernær sygepleje?

Svar:

Det kan være relevant, at medarbejdere i akutsygeplejen (akutteamet) har en specialuddannelse i akutsygepleje, men det er ikke et krav. Andre specialuddannelser som fx borgernær sygepleje er også relevant.

De to specialuddannelser er beslægtede, men havde da de blev etableret to forskellige målgrupper for øje. Specialuddannelsen i Borgernær Sygepleje er netop målrettet primær sektor, hvor Specialuddannelsen i Akutsygepleje er målrettet somatiske akutafdelinger. Det virker naturligt i forlængelse af implementering af sundhedsreformen, at der nationalt gives et tjek af bekendtgørelserne på de to specialuddannelser ift. overlap, læringsmål, rammer mv.

Spørgsmål 4:

I sundhedsreformen er der lagt op til, at navnlig store kommuner kan fortsætte med at drive akutsygepleje. Det er nu valgt i Aalborg. Det vælges også i Aarhus. Det faglige grundlag fra disse to sundhedsråd ønskes belyst og der ønskes faglige kommentarer på, hvad der adskiller Aalborg/Aarhus grundlæggende fra Frederiksberg og København i forhold til 1) størrelse på population, 2) bytætte områder og 3) fagligheder.

Svar:

Det er korrekt, at af sundhedsreformen fremgår, at der vil være mulighed for, at kommunerne fortsat kan varetage driftsopgaver på vegne af sundhedsrådet (regionen).

Det er ligeledes korrekt, at Sundhedsråd Limfjorden har anbefalet, at Region Nordjylland indgår horisontale samarbejdsaftaler med de 7 kommuner, herunder Aalborg Kommune, om driften af akutsygeplejen, med henblik på kommunal drift. Modellen bygger på en tæt og forpligtende integration mellem akutsygeplejen og sundheds- og omsorgspladserne, som drives af Aalborg Universitetshospital i hele sundhedsrådet, både organisatorisk og fagligt, herunder med samlokation. Der peges på, at denne organisering understøtter tæt samarbejde, løbende dialog og videndeling mellem teams, fælles beslutningsstøtte og koordinerede forløb.

I Region Midtjylland har administrationen og det tidligere regionsråd anbefalet regional drift af både akutsygeplejen og sundheds- og omsorgspladser ved forankring på akuthospitalerne i alle sundhedsråd. Denne anbefaling er godkendt af det nye regionsråd i Midtjylland, men at der aftales en horisontal samarbejdsaftale med Aarhus Kommune om drift af akutsygepleje for en 3-årig periode, hvorefter aftalen skal evalueres.

For så vidt angår Odense, forventes regional drift af akutsygeplejen. I Sundhedsråd Fyn arbejdes ligeledes ud fra et ønske om tæt integration til og evt. samlokation med sundheds- og omsorgspladser.

Det har inden for rammerne af dette svar ikke været muligt at indhente de nærmere faglige overvejelser bag beslutningerne i de nævnte sundhedsråd/regioner. Administrationen er heller ikke bekendt med, at der foreligger evalueringer, der vurderer den faglige kvalitet af enkelte kommuners akutsygepleje, hverken store eller små kommuner.

Spørgsmål 5:

Med den stærke kobling af akutsygeplejen til hospitalets fokus på akutte forløb og ikke mindst fokus på udredning og opstart af behandling i eget hjem, bliver det interessant, hvilke roller og opgaver, der er tiltænkt kommende hjemmebehandlingsteams. Hvordan ser regionen, at akutsygeplejens rolle og opgaver adskiller sig i forhold til hjemmebehandlingsteams?

Akutsygeplejen skal fortsat varetage den tidlige, opsporende og forebyggende indsats i hjemmet.

Svar:

Hjemmebehandlingsteams forventes primært at varetage planlagte indsatser og længerevarende behandlingsforløb i borgerens eget hjem, fx for borgere med kroniske sygdomme.

Regionen afventer de kommende kvalitetsstandarder for regional akutsygepleje, nationale udmeldinger om hjemmebehandlingsteams (forventes i en kommende Forårspakke), samt sundhedsrådets behandling af nærsundhedsplanerne, hvor hjemmebehandlingsteams indgår. Den endelige opgavefordeling vil blive fastlagt på den baggrund.

Spørgsmål 6:

Hvordan ser regionen, at akutsygeplejen i en regional driftsramme, hvor det primære fokus er på udredning og behandling, kan bevare blikket for borgernes helhedssituation og samarbejdet med kommunen?

Svar:

Regionens tilgang er, at akutsygeplejen så vidt muligt bør varetages af sygeplejersker, som har erfaringer med målgruppen og besidde kompetencer til at håndtere komplekse forløb med fokus på borgernes samlede situation. Derudover vil evnen til at lede og koordinere tværfagligt og tværsektorielt samarbejde være væsentlig.

Den regionale driftsramme er samtidigt under forandring med sundhedsreformen, hvor hele sundhedsvæsenet skal rykke tættere på borgerne. Region og hospitaler skal tage et større ansvar for at udvikle det nære sundhedsvæsen med fokus på en mere helhedsorienteret og rehabiliterende tilgang til det enkelte menneskes samlede situation og behov ved at vende hospitalerne ud mod det nære – både i forhold til borgernære tilbud og understøttelse af kommuner og almen praksis.

Spørgsmål 7:

Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune har over en årrække arbejdet for, at medarbejdere på kommunens plejehjem kontakter akutsygeplejen før 1813. Det har været en kulturændring for medarbejderne på plejehjemmene og baserer sig i væsentlig grad på akutteamets imødekommenhed samt opbygning af samarbejde og tillid. Hvordan vil regionen arbejde opsøgende i forhold til medarbejdere og borgere på plejehjem?

Svar:

Regionen bakker op om den beskrevne arbejdsgang, som har været et fælles fokus i samarbejdet i sundhedsklynge Byen. Regionen vil gerne bidrage til den

fortsætte implementering af denne arbejdsgang og kulturforandring, fx ved at aftale, hvordan akutsygeplejen også ved regional drift kan indgå i opsøgende og forebyggende indsatser på plejehjem. Dette er også i tråd med, at det vil være en opgave for akutsygeplejen at tilbyde rådgivning, sparring og kompetenceudvikling til ansatte i kommunale hjemme- og sygepleje.

Spørgsmål 8:

Mange praktiserende læger retter henvendelse til den kommunale akutsygepleje med henblik på observationer og vurdering af borgerens tilstand i hjemmet. Vurderingen skal kvalificere lægens stillingtagen til borgerens diagnose, og om borgeren skal indlægges eller behandles i hjemmet. Hvis borger behandles i hjemmet, kan akutteamet oprette et forløb som almen praksis varetager. Hvordan vil praktiserende læges rolle og behandlingsansvar se ud fremadrettet, i fald akutsygeplejen bliver regional?

Svar:

Rammerne for understøttelse og samarbejde med AP vil være den samme uanset hvem der har driftsansvaret for akutsygeplejen. Den praktiserende læge, som henviser en borger til akutsygeplejen, har behandlingsansvaret indtil forløbet afsluttes eller behandlingsansvaret overdrages til en anden læge.

Spørgsmål 9:

I den nuværende ordning bruger akutsygeplejen en væsentlig del af deres tid på indsatser, der sigter mod de meget tidlige, opsporende og forebyggende indsats. Det kan være i form af bedside-undervisning, så medarbejdere på fx plejehjem løbende bliver oplært i signaler på begyndende sygdom og svækkelse, som er tilpasset de lokale arbejdsgange på plejehjemmene, fx ved brug af digitale tavler og dokumentation i CURA. Hvordan vil en regional drevet akutsygepleje sikre, at bedside-undervisningen kobles til kommunens øvrige arbejdsgange og systemer?

Svar:

Der skal være klare aftaler for samarbejdet mellem akutsygeplejen og den kommunale hjemme- og sygepleje, samt plejehjem og botilbud, så der sikres let adgang til rådgivning og sparring, bedside-undervisning og anden kompetenceudvikling. Form og metoder skal aftales lokalt med kommunerne.

Spørgsmål 10:

Mantraet i kommunal akutsygepleje er, at der aldrig siges "NEJ" til henvendelser. Alle henvendelser tages alvorligt, og der responderes umiddelbart. Det kan være henvendelser om rådgivning og sparring, kliniske observationer, instrumentel sygepleje og behandling i hjemmet, hvor der er behov for akutsygeplejens viden og fleksibilitet. Hvad vil responstiden være ved regional overtagelse af driften af akutsygeplejen? Kan regionen garantere, at denne altid overholdes? Kan regionen garantere, at der aldrig bliver sagt "Nej" ved henvendelser? Hvordan ser regionen snittet mellem akutsygeplejens ansvar og den kommunale sygeplejes ansvar, når der er tale om borgerforløb, som kræver gentagne observationer og opfølgninger – og dermed flere besøg?

Svar:

Regionen er meget opmærksom på, at det fremadrettet, uanset hvem der driver akutsygeplejen, skal være let for samarbejdspartnerne at komme i kontakt med akutsygeplejen og få sin henvendelse behandlet. Ved regional drift forestiller regionen sig, at visitationen i store træk skal foregå som i de fleste kommuner i dag, hvor der aftales et tidsrum for varetagelse af opgaven med den rekvirerende samarbejdspartner. Desuden vil den samlede akutte tilbudsvifte kunne tages ind i vurderingen og andre specialister kan tages med i drøftelserne om det rette tilbud.

Der er i de nuværende kvalitetsstander ikke krav om specifikke responstider. Sundhedsrådet skal kunne følge udviklingen i akutsygeplejen på baggrund af en række fælles mål og indikatorer. Her kan det fx aftales at sætte mål for tid fra visitation til besøg, evt. med udgangspunkt i kommunernes rammer i dag.

Spørgsmål 11:

I dag er akutsygeplejen i kontakt med mange borgere, der også er patienter i det psykiatriske system. Der skeles mindre til skellet mellem somatik og psykiatri, men med fokus på helhedssituationen og de/den kliniske problemstillinger. Meget ofte kan akutsygeplejen være dem, der samler op, når regionen udskrifter patienter, som har det meget svært. Arbejdet sker i tæt samspil med den kommunale psykiatri. Hvordan vil regionen garantere, at disse særligt sårbare borgere ikke tabes ved en model, hvor der risikeres medarbejderflugt, tab af viden og lokalkendskab?

Svar:

Regionen ønsker fortsat at udvikle samarbejdet med kommunerne på socialområdet såvel som på sundheds- og ældreområdet. Samtidig er det intentionen, at integrationen mellem somatik og psykiatri på akuthospitalerne vil understøtte en mere sammenhængende indsats for borgere med både somatiske og psykiske problemstillinger, så der i højere grad kan tages udgangspunkt i borgerens samlede situation.

Spørgsmål 12:

I dag bruger akutsygepleje, plejehjem, hjemmepleje samme journalsystem, CURA. Det ser vi som en klar fordel, idet akutsygeplejens forløb ofte kan have længere varighed, hvor det kommunale personale, der kommer hos borgerne, sikres tidstro viden om borgernes tilstand og de indsatser, akutsygeplejen varetager hos borgerne. Desuden at hjemmesygeplejen og plejehjem skal ofte videreføre indsatser, som akutsygeplejen har sat i gang. Hvordan ser regionen en sømløs overgang fra akutsygeplejens indsatser til kommunale indsatser, i fald akutsygeplejen fremover skal dokumentere i Sundhedsplatformen? Hvad gør regionen, hvis der ikke findes en løsning på systemintegration?

Svar:

Regionen vil fortsat arbejde for at styrke de digitale løsninger i samarbejdet med kommunerne, så overgangen mellem akutsygeplejens indsatser og de kommunale indsatser kan foregå så smidigt som muligt. Der er allerede implementeret læseadgang fra kommunernes omsorgsjournal til regionens patientjournal, og der er dialog om at afprøve en læseadgang til fra regionens patientjournal til kommunens omsorgsjournal. Herved kan viden om borgernes tilstand og indsatser i hhv. hjemme- og sygeplejen og akutsygepleje (og evt. hospital) være tilgængelige for alle parter.

Informationsdelingen vil desuden fortsat blive understøttet gennem de eksisterende nationale løsninger, herunder MedCom-standarder, samt gennem aftalte arbejdsgange mellem region og kommuner. I dag udveksles en række kliniske oplysninger allerede digitalt mellem sektorerne via den nationale infrastruktur, blandt andet gennem MedCom-meddelelser og den nationale sundhedsjournal, hvor relevante oplysninger kan deles på tværs af sektorer.

Spørgsmål 13:

Flere af vores medarbejdere i akutsygeplejen har udtrykt, at de ikke ønsker at overgå til ansættelse i regionen. Hvis fx 70-80 procent af medarbejderne forsvinder, hvordan vil regionen så sikre fastholdelse af lokalt kendskab og sikre, at der ikke sker væsentligt tab af såvel erfaring som viden i akutsygeplejen?

Svar:

Regionen er opmærksom på, at dette er en generel udfordring i forbindelse med, at personale skal overdrages fra en arbejdsgiver til en anden. Det er vigtigt, at kommuner og region sammen sikrer, at medarbejderne følger opgaven for at sikre det bedste tilbud til borgerne. Regionen forventer, at alle kommuner bidrager til at fastholde medarbejdere i et samarbejde med regionen, da

deres viden, erfaringer og kompetencer er væsentlige for en smidig overgang fra kommunal drift til regional drift.

Derudover vil der ved beslutning om regional drift af akutsygeplejen være et fokus på at vedligeholde det lokale kendskab og opbygge tætte relationer til de lokale samarbejdspartnere og tilbud.

Spørgsmål 14:

Gives der i dag IV-behandling af København og Frederiksberg? Ja eller nej. Hvornår blev IV-aftalen indgået mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner? Kan ordningen med IV behandling ændres så kommunalt ansatte medarbejdere varetager en større opgave omkring IV behandling? Ja eller nej?

Svar:

I henhold til aftale om intravenøs behandling i til borgere i kommunalt regi i Region Hovedstaden gives der IV-behandling i Københavns og Frederiksberg kommuner. Aftalen blev godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget den 11. juni 2021 og efterfølgende godkendt i de 29 kommuner. Aftalen trådte i kraft den 4. oktober 2021.

Det vurderes, at der inden for rammerne af den nuværende aftale er mulighed for flere borgere kan modtage IV-behandling i kommunalt regi. Her er det bl.a. afgørende, at en kommune vurderer, om de kan varetage opgaven, herunder sikre at de kommunale sygeplejersker har eller kan opnå de påkrævede kompetencer.