



Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation



[Forside undertitel]

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse	3
1. Introduktion	4
1.1. Formål	4
1.2. Den kommunale sygepleje i det samlede sundhedsvæsen	5
2. Målgruppe	7
2.1. Målgruppens karakteristika	7
2.2. Afgrænsning af målgruppen	8
2.3. Borgere med behov for palliation	8
3. Forløb og indsatser	10
3.1. Forløb og indsatser	10
3.2. Henvielse og visitation til kommunal sygepleje	11
3.3. Tildeling af forløb og tilrettelæggelse af indsatser	12
3.4. Forebyggelse og rehabilitering	12
3.5. Basal palliation	13
3.6. Opfølgning og afslutning	14
3.7. Udstyr	14
4. Kompetencer	15
4.1. Kompetencer	15
4.2. Basale palliative kompetencer	17
4.3. Kontinuerlig og systematisk kompetenceudvikling	18
5. Organisering og samarbejde	19
5.1. Organisering og tilgængelighed	19
5.2. Fagligt bæredygtig organisering	21
5.3. Intrakommunalt samarbejde	21
5.4. Tværsektorielt samarbejde	21
6. Kvalitetsudvikling	24
6.1. Kvalitetsudvikling og monitorering	24
6.2. Rammer for kvalitetsudvikling	25
Bilag 1. Begreber	26
Bilag 2. Cases	28
Eksempler på borgere i målgruppen	28
Eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen	29

1. INTRODUKTION

1.1. FORMÅL

Sundhedsstyrelsen udgiver kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation som opfølgning på den politiske aftale om sundhedsreform fra november 2024 – herefter Aftale om sundhedsreform 2024¹. Reformen indebærer en strukturel omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere sundhedsindsatser fremover skal varetages tættere på borgerne i det primære sundhedsvæsen. I forlængelse heraf er der udarbejdet National sundhedsplan 2027-2030- herefter National sundhedsplan 2027-2030, som sætter en fælles strategisk retning for omstillingen af sundhedsvæsenet med henblik på at understøtte et mere lige, nært og sammenhængende sundhedsvæsen².

En fagligt stærk, tilgængelig og døgndækket kommunal sygepleje er en af forudsætningerne for, at flere sundhedsindsatser kan varetages i det primære sundhedsvæsen med høj kvalitet og sammenhæng for borgerne. Det gælder også basal palliation, hvor den kommunale sygepleje har en central rolle i rettidigt og løbende at skabe tryk, kontinuitet og lindring for syge borgere. Den nationale sundhedsplans princip om sammenhæng er særligt vigtigt for disse borgere, og det bidrager den kommunale sygepleje til igennem de forskellige indsatser og også tilgrænsende indsatser på social- og ældreområderne. Kvalitetsstandarderne skal fremme udmøntningen af den nationale sundhedsplans fælles retning for udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet. Formålet med kvalitetsstandarderne er derudover at bidrage til tilgængelighed og ensartede tilbud af høj kvalitet på tværs af landet i den kommunale sygepleje samt et styrket samarbejde på tværs af det primære sundhedsvæsen og regionale tilbud. Det

indebærer blandt andet et tæt samarbejde mellem den kommunale sygepleje og almenmedicinske tilbud, ældreområdet, akutsygepleje, det regionale akutberedskab, socialpsykiatrien, botilbud, sundheds- og omsorgspladser samt sygehuse. Kvalitetsstandarderne skal desuden bidrage til udmøntningen af ambitionerne for så vidt angår basal palliation jf. udmøntningsaftalen om Kræftplan V³.

Kvalitetsstandarderne bygger på bekendtgørelse og vejledning om kommunal sygepleje⁴ og er udstedt i medfør af sundhedslovens § 118 b samt bekendtgørelse om kvalitetsstandarder⁵. Dertil tager den udgangspunkt i sigtelinjer for den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje med sundhedsreformen⁶. Kvalitetsstandarderne fastsætter nationale kvalitetskrav til kommunal sygepleje og basal palliation, herunder til opgavevaretagelse, kompetencer, organisering, samarbejde og kvalitetsudvikling. Kvalitetsstandarderne skal gennem krav til samarbejde - understøtte sammenhæng på tværs af den ændrede struktur på sundhedsområdet.

Fra 1. januar 2027 er myndighedsansvaret for akutsygepleje og sundheds- og omsorgspladser hos regionerne, mens myndighedsansvaret for kommunale sygepleje efter sundhedsloven og helhedspleje efter ældreloven⁷ påhviler kommunerne (figur 1). Kvalitetsstandarder for kommunal sygepleje og basal palliation bygger videre på det solide fundament for kommunal sygepleje, som findes i dag samt tydeliggør de fremtidige forventninger og krav. Kvalitetsstandarderne vil være gældende fra 1. januar 2027, og praksis skal udvikles over tid i overensstemmelse hermed. Implementeringen skal følges tæt, særligt i de første år,

¹ Aftale om sundhedsreform 2024, Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2024

² National sundhedsplan 2027-2030, Sundheds- og Kirkeministeriet, 2026

³ Udmøntningsaftale om Kræftplan V (2026 og frem), Regeringen, Danske Regioner og KL, 2025

⁴ Vejledning om kommunal sygepleje – under udarbejdelse

⁵ Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder, Retsinformation, BEK nr 138 af 08/02/2024

⁶ Sigtelinjer for den kommunale sygepleje og den regionale akutsygepleje med sundhedsreformen, Sundhedsstyrelsen, 2026

⁷ Ældreloven, Retsinformation, LOV nr 1651 af 30/12/2024

med henblik på løbende opfølgning på udviklingen i praksis og eventuelle behov for justering.

Der er specifikt afsat midler til implementering af kvalitetsstandarderne jf. Aftale om sundhedsreform 2024 samt Udmøntningsaftale om Kræftplan V⁸.

Figur 1 Fordeling af myndighedsansvaret for det kommunale sygeplejeområde fra januar 2027.



Kvalitetsstandarderne henvender sig til beslutningstagere og ledere i kommuner og sundhedsråd samt private leverandører med ansvar for planlægning og udførelse af kommunal sygepleje. Derudover kan de have relevans for regioner, almenmedicinske tilbud og andre parter, der skal samarbejde med den kommunale sygepleje.

Med *kommunal sygepleje* menes sygepleje, som visiteres og leveres efter sundhedslovens § 138. I praksis kan indsatser varetages af kommunens egne medarbejdere, herunder medarbejdere på ældreområdet og i botilbud eller eventuelt i samarbejde med andre kommuner. Indsatser kan også leveres af private leverandører, som kommunen har indgået aftaler med. Der kan således være forskellige medarbejdere, som udfører kommunal sygepleje i en kommune - ikke kun kommunes egne ansatte. Kvalitetsstandardernes krav og anbefalinger gælder for den samlede kommunale sygepleje, uanset hvem der leverer indsatserne.

Kvalitetsstandarderne er en national faglig ramme for opgavevaretagelse og udvikling af den kommunale sygepleje, og de supplerer de øvrige faglige rammer og juridisk regulering på området. I starten af hvert kapitel fremgår krav og

anbefalinger til den kommunale sygepleje. Krav skal læses som nationale bindende kvalitetskrav for, hvad den kommunale sygepleje skal kunne leve op til i alle landets kommuner. Derudover fremgår faglige anbefalinger, som kan omsættes og tilpasses lokalt igennem aftaler mellem sundhedsråd og kommuner under hensyn til lokale behov og organisering – om end de ikke er bindende. I Kvalitetsstandarderne anvendes en række centrale begreber, herunder kommunal sygepleje, forebyggelse, rehabilitering og palliation. Disse begreber er defineret i bilag 1, *Begrebsafklaring*.

1.2. DEN KOMMUNALE SYGE- PLEJE I DET SAMLEDE SUND- HEDSVÆSEN

Den kommunale sygepleje udgør en væsentlig og bærende del af det primære sundhedsvæsen, hvor den varetager sygepleje, som mange borgere har behov for, og hvor nærhed, tilgængelighed og sammenhæng er vigtigt⁹. Gennem det seneste tiår har den kommunale sygepleje gradvist fået en større rolle i takt med en udvikling, hvor flere borgere modtager pleje og behandling i eget hjem i stedet for på sygehuset, og flere lever længere med en eller flere kroniske sygdomme og dermed behov for sygepleje.

Den demografiske udvikling med flere ældre, der lever med flere kroniske sygdomme, øger samtidig behov for sygepleje efter sundhedsloven og helhedspleje efter ældreloven og fordrer et tæt samarbejde derimellem¹⁰. Kommunerne har over tid opbygget erfaring og udviklet kompetencer til at varetage flere indsatstyper og sygepleje med høj kompleksitet tæt på borgernes hverdag. Denne udvikling vil fortsætte som led i omstillingen og udviklingen af det samlede sundhedsvæsen og med afsæt i principperne i den nationale sundhedsplan 2027-2030.

⁸ Udmøntningsaftale om Kræftplan V (2026 og frem), Regeringen, Danske Regioner og KL, 2025

⁹ Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen, 2024

¹⁰ Sundhedsstrukturkommissionens rapport, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024

Den kommunale sygepleje integreres på sigt med helhedsplejen efter ældreloven, som det fremgår af Aftale om sundhedsreformen 2024¹¹.

¹¹ Dette betyder, at det frie valg til helhedspleje på sigt ikke kun vil omfatte ydelser efter ældreloven, men også kommunal sygepleje efter sundhedsloven, så borgerne kan modtage ydelserne i sammenhæng og eventuelt hos samme private leverandør. Af

aftalen fremgår også, at den konkrete model skal udvikles, og at regeringen vil fremsætte et lovforslag herom.

2. MÅLGRUPPE

Opsummering

- Målgruppen for den kommunale sygepleje er borgere i alle aldre med ophold i kommunen, som har behov for sygeplejefaglige indsatser. Ældre udgør størstedelen af målgruppen.
- Målgruppen omfatter både borgere i kurative og tidsafgrænsede forløb samt borgere med længerevarende eller ikke-tidsafgrænsede behov for sygepleje.
- Målgruppen omfatter borgere, hvis forløb kan være stabile eller fluktuerende over tid - hvormed der kan være perioder med både bedring og forværring og hvor der er behov for sygeplejefaglig vurdering, indsats og opfølgning.

stabile eller fluktuerende over tid, hvor der kan være perioder med både bedring og forværring.

Målgruppen omfatter borgere i alle aldre, om end ældre borgere i eget hjem eller på plejehjem udgør en overvejende del, da behovet for sygepleje generelt stiger med alderen, og flere ældre lever med kroniske sygdomme og funktionsnedsættelse. Borgere med psykosociale udfordringer og borgere i botilbud eller andre boformer - med behov for kommunale sygeplejeindsatser, fx medicindispensering - udgør ligeledes en del af målgruppen.

Målgruppen omfatter borgere, som alene modtager kommunal sygepleje, men en stor del af målgruppen modtager samtidig andre indsatser efter forskellige lovgivninger, fx ældreloven i form af helhedspleje i eget hjem¹³ eller indsatser efter serviceloven i form af ophold på botilbud eller på vente- og aflastningspladser¹⁴.

2.1. MÅLGRUPPENS KARAKTERISTIKA

Målgruppen for den kommunale sygepleje omfatter alle borgere med ophold i kommunen uanset boform, som har behov for sygepleje efter sundhedslovens § 138. Med ophold i kommunen uanset boform menes både borgere i eget hjem, herunder botilbud og plejehjem, borgere med andre boformer¹² samt borgere på midlertidige ophold, fx i sommerhus/fritidshus eller kommunale vente- og aflastningspladser.

Målgruppen omfatter børn, unge, voksne og ældre og spænder fra borgere med afgrænsede, korterevarende tilstande til borgere med en eller flere kroniske sygdomme samt varig fysisk og/eller kognitiv funktionsnedsættelse. Forløb kan være

På tværs af målgruppen varierer borgernes samlede situation. Ved en borgers samlede situation forstås borgerens samlede sundhedstilstand, herunder funktionsevne og livssituation bl.a. personlige og sociale forhold. Heri indgår også borgerens ressourcer, ønsker, sundhedskompetence, relationer, og mulighed for egenomsorg. Samspillet mellem disse forhold kan have betydning for borgers sårbarhed og behov for støtte og sygeplejefaglige indsatser. Nogle borgere kan i høj grad selv varetage deres behov med begrænset støtte, mens andre borgere har mere sammensatte og komplekse behov. Det kan, fx være borgere med multisygdom, borgere med kognitive udfordringer som demens eller hjerneskade, borgere med psykisk sygdom og samtidig somatisk sygdom, borgere med væsentligt nedsat funktionsevne og borgere med sociale problemstillinger, hvor der er behov for flere samtidige og koordinerede sundheds-

¹² Fx forsorgshjem, herberger og krisecentre

¹³ Ældreloven, Retsinformation, LOV nr. 1651 af 30/12/2024

¹⁴ Bekendtgørelse af lov om social service, Retsinformation, LBK nr. 641 af 01/07/2026

og omsorgsindsatser. Målgruppen omfatter både borgere i kurative, tidsafgrænsede forløb og ikke-tidsafgrænsede forløb, hvor der er behov for vedvarende og ofte tiltagende behandling og pleje, herunder borgere i palliative forløb. Den kommunale sygepleje skal håndtere sygeplejebehov hos borgerne ved forværring af kendt sygdom eller nyopstået sygdom, fx i samarbejde med almenmedicinske tilbud.

Eksempler på borgere i og uden for målgruppen for kommunal sygepleje fremgår af bilag 2, *Cases*.

2.2. AFGRÆNSNING AF MÅLGRUPPEN

Målgruppen for kommunal sygepleje omfatter ikke borgere med umiddelbart livstruende tilstande, som kræver handling inden for minutter og som skal håndteres af den præhospital indsats.

Målgruppen omfatter heller ikke borgere med akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, som skal håndteres af akutsygeplejen¹⁵. Målgruppen for akutsygepleje er fortrinsvis borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk sygdom, hvor der er akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, og hvor der er behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats¹⁶. Indsatsen skal kunne iværksættes inden for få timer ved akutte behov eller inden for et døgn ved subakutte behov. Målgruppen for akutsygepleje omfatter desuden borgere med fortsatte komplekse sygeplejebehov efter udskrivelse fra sygehus, hvor der i en afgrænset periode er behov for de kompetencer og den tilgængelighed, der er til stede i akutsygeplejen.

Borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men heller ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i eget hjem¹⁷ kan få tilbudt et ophold på en sundheds- og omsorgsplads i regionen. De nærmere

kriterier for tildeling af ophold fremgår af kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser¹⁸.

2.3. BORGERE MED BEHOV FOR PALLIATION

Borgere med livstruende sygdom, herunder både kræft og non-maligne kroniske sygdomme, udgør den del af den kommunale sygeplejes målgruppe, som kan have behov for basal palliation. Den palliative indsats behøver dog ikke alene at tage afsæt i en diagnosticeret livstruende sygdom, da nogle borgere ikke udredes eller diagnosticeres. Indsatsen bør derfor baseres på en samlet sygeplejefaglig vurdering af borgernes behov, symptomer, funktionsevne og samlede situation. Indsatserne skal tilrettelægges i tæt samarbejde med den behandlingsansvarlige læge. Har det almenmedicinske tilbud en tovholder funktion, skal denne også informeres¹⁹.

Borgere med kræft kan have behov for basal palliation gennem hele sygdomsforløbet, herunder under behandling, ved tilbagefald og i den sidste del af livet.

En stor del af målgruppen med palliationsbehov består desuden af borgere med non-maligne kroniske sygdomme, fx svær KOL, hjertesvigt, organsvigt eller neurologiske sygdomme, herunder demens, ofte i kombination med multisygdom og nedsat funktionsevne. Disse forløb er typisk langvarige og præget af gradvis forværring, skiftende behov og mindre forudsigelighed.

For begge grupper gælder det, at borgernes behov for palliation og de pårørendes behov for støtte kan opstå i forskellige faser af sygdomsforløbet og ikke er afgrænset til den terminale fase. Borgere uden pårørende kan have behov for særlig opmærksomhed og støtte.

¹⁵ Kvalitetsstandarder for akutsygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2026 (under udarbejdelse)

¹⁶ Akutsygeplejens indsatser er fokuserede og tidsafgrænsede, typisk ikke længere end få dage. I nogle tilfælde kan indsatser være længere, hvis borgernes tilstand og behov for akutsygepleje tilsiger det.

¹⁷ fx på grund af boligsociale forhold eller organisatorisk kompleksitet

¹⁸ Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, Sundhedsstyrelsen, 2026.

¹⁹ National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud, Sundhedsstyrelsen, 2026

Fagpersoner i kommunerne varetager ikke selvstændigt basale palliative indsatser til børn og unge, da patientgrundlaget er for lille til erhvervelse af kompetencer og erfaring. Denne gruppe har oftest vedvarende behov for højt specialiseret

pædiatrisk behandling, og indsatser varetages derfor primært i regi af sygehus eller hospice. Dette adskiller sig fra den basale palliative indsats til voksne²⁰.

²⁰ Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier, Sundhedsstyrelsen, 2018

3. FORLØB OG INDSATSER

Krav

Den kommunale sygepleje skal:

- arbejde personcentreret og differentiere forløb og indsatser med udgangspunkt i borgernes samlede situation og præferencer
- varetage grundlæggende sygepleje herunder også komplekse forløb
- varetage både hyppigt og mindre hyppigt forekommende sygeplejefaglige indsatser
- tilrettelægge forløb og indsatser på baggrund af løbende sygeplejefaglige vurderinger med inddragelse af borgerne
- varetage indsatser i borgernes hjem, på vente- og aflastningspladser, på sygeplejeklinikker eller virtuelt via skærmbesøg med udgangspunkt i borgernes behov og forudsætninger
- opstarte nødvendige sygeplejefaglige indsatser rettidigt efter lægelig henvisning eller visitation
- gennemføre en sygeplejefaglig udredning ved opstart eller senest inden for den første uge
- tilrettelægge indsatser med et forebyggende og rehabiliterende sigte
- systematisk og tidligt identificere borgere med behov for palliation

- tilrettelægge og varetage palliative indsatser på baggrund af løbende behovsvurdering med inddragelse af borgerne.
- have adgang til nødvendigt udstyr til varetagelse af sygeplejefaglige indsatser samt basal palliation

3.1. FORLØB OG INDSATSER

Formålet med den kommunale sygepleje er at yde sygepleje til borgere i alle aldre, med behov for sygeplejefaglige indsatser. Herunder at håndtere og forebygge sygdom og forværring af sygdom kendt sygdom eller nyopstået sygdom, samt yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation. Den kommunale sygepleje tager afsæt i grundlæggende sygepleje og omfatter et bredt felt af indsatser relateret til udbredte behov for sygepleje i det primære sundhedsvæsen. Den kommunale sygepleje skal tilrettelægges, så borgerne oplever nærhed, tilgængelighed og sammenhæng i deres forløb.

Den kommunale sygepleje skal understøtte, at kommunens borgere bedst muligt kan leve deres liv med nedsat funktionsevne eller konsekvenser af sygdom, samt opnå størst mulig grad af livskvalitet. Det gør sig gældende, hvad enten der er tale om midlertidig, længerevarende eller kronisk sygdom/tilstand, handicap, behov for lindring eller situationer, hvor døden er nært forestående eller forventelig.

Et forløb i den kommunale sygepleje forstås som den samlede periode, hvor borgere modtager sygepleje og eventuelt andre relaterede sundheds- og omsorgsindsatser. Forløb spænder fra at være korte og afgrænsede til mere omfattende og langvarige. Et forløb kan være en del af en

sammenhængende kommunal indsats, hvor borgerne også modtager helhedspleje og/eller genoptræning eller alene omhandle sygepleje.

Forløb i den kommunale sygepleje skal tage udgangspunkt i de enkelte borgers samlede situation og løbende tilpasses, når borgernes behov eller livssituation ændrer sig. Forløbene skal tilrettelægges med en rehabiliterende og personcentreret tilgang. Indsatserne skal derfor differentieres i forhold til de enkelte borgere og deres pårørende og kan variere i både omfang, intensitet, hyppighed og varighed.

Indsatser i den kommunale sygepleje forstås som de konkrete sygeplejefaglige handlinger og aktiviteter. Indsatserne skal tilbydes fleksibelt - på sygeplejeklinikker, ved digitale besøg eller i borgernes hjem eller opholdssted på baggrund af borgernes samlede situation og ud fra medarbejdernes faglige vurderinger. Indsatserne justeres løbende. Kommunen skal kunne tilbyde digitale besøg og hjemmemonitorering, når det er fagligt relevant, og borgerne ønsker det, med udgangspunkt i borgernes behov og digitale forudsætninger²¹.

Den kommunal sygepleje vil også kunne varetage sundhedsindsatser på vegne af regionerne via horisontale samarbejdsaftaler²².

Den kommunale sygepleje skal kunne varetage hyppigt forekommende indsatser, fx medicindispensering- og administration og kompressionsbehandling, samt mindre hyppigt forekommende indsatser, fx sondeernæring og stomipleje. Selvom de enkelte indsatser i den kommunale sygepleje bygger på udbredte behov og dermed ofte forekommer, kan borgernes samlede forløb være komplekst.

Kompleksitet i den kommunale sygepleje

Grundlæggende sygepleje er i praksis ofte kompleks, fordi den skal tilpasses borgernes samlede situation. Kompleksiteten knytter sig derfor ikke

alene til den enkelte indsatser, men til den faglige vurdering, prioritering og koordinering, der skal ske i borgernes samlede forløb²³. Hertil kommer, at medarbejderne ofte arbejder selvstændigt i borgernes hjem og skal navigere i forløb med andre samarbejdspartnere i kommunalt, regionalt og privat regi.

Kompleksiteten kan knytte sig til borgernes samlede situation og samspillet mellem forskellige helbredsmæssige, funktionelle, personlige og sociale forhold. Det gælder især ved multisygdom, polyfarmaci, kognitive, psykiske og sociale problemstillinger, og når flere aktører er involveret på tværs af sektorer og kommunale tilbud. Den kommunale sygepleje har i disse forløb en vigtig funktion i at understøtte sammenhæng for borgerne gennem løbende sundhedsfaglig vurdering og tværfaglig koordinering samt klinisk lederskab.

3.2. HENVISNING OG VISITATION TIL KOMMUNAL SYGEPLEJE

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri sygepleje efter lægehenvvisning. Det kan være en henvvisning fra almenmedicinske tilbud, speciallægepraksisser, læger fra sygehuse, eller sundheds- og omsorgspladser. På baggrund af en lægehenvvisning visiterer kommunen borgerne til sygepleje samt tilrettelægger den sygeplejefaglige indsats.

Henvisning sker typisk via elektronisk kommunikation. Ved henvisning er det vigtigt, at der er mulighed for direkte dialog mellem den kommunale sygepleje og den henvisende læge eller øvrige part. Det skal skabe sammenhæng og koordination og medvirke til, at forebygge forsinkelser ved overgange eller utilsigtede hændelser.

Kommunen kan derudover visitere sygepleje uden lægehenvvisning. Det kan, fx ske ved henvendelse fra øvrige kommunale tilbud, akutsygepleje samt

²² Vejledning om indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler og om anmodninger i det nære sundhedsvæsen, Retsinformation, 2026

²³ Grundlæggende pleje til borgere i eget hjem, Forskningsenheden for klinisk sygepleje, Aalborg Universitetshospital, 2022

hospice og ved direkte henvendelse fra borgere eller pårørende.

Det er ledelsens ansvar at sikre en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse, herunder at der er de rette kompetencer tilstede for, at den kommunale sygepleje kan varetage et givent forløb og indsatser, der bliver visiteret til.

Ledelsen er ansvarlig for at sikre dialog med den henvissende part om alternativer, hvis ikke de fornødne kompetencer er tilstede i kommunen til at kunne varetage dette og kan eventuelt være under forudsætning af oplæring, fx fra et sygehus i forhold til specifikke procedurer eller via en samarbejdsaftale hvor kommunen varetager en indsats på vegne af regionen.

3.3. TILDELING AF FORLØB OG TILRETTELÆGGELSE AF INDSATSER

Kommunerne har myndighedsansvaret for kommunal sygepleje og dermed tildelingsretten (visitation)

Ved opstart af et forløb skal der foretages en sundhedsfaglig vurdering i form af en sygeplejefaglig udredning- med inddragelse af borgerne og eventuelt pårørende. Udredningen danner grundlag for tildeling af kommunal sygepleje samt mål-sætning for og tilrettelæggelse af konkrete sygeplejeindsatser i det videre forløb. Forløbet skal så vidt det er muligt tilrettelægges i samarbejde med relevante aktører internt i kommunen og på tværs af sektorer, så borgerne oplever nærhed, tilgængelighed og sammenhæng.

Borgernes behov skal herefter vurderes løbende, og indsatserne justeres og tilpasses i overensstemmelse hermed af den kommunale sygepleje i relevant omfang med den behandlingsansvarlige læge.

Ved henvisning til kommunal sygepleje skal nødvendige sygeplejefaglige indsatser med afsæt i den konkrete tildeling kunne iværksættes rettidigt. Den sygeplejefaglig udredning tilrettelægges ud fra borgernes samlede situation, herunder

kompleksitet og borgernes aktuelle sundhedstilstand. Nødvendige indsatser skal kunne iværksættes, inden den samlede sygeplejefaglige udredning er gennemført. Udredningen gennemføres på det tidligst hensigtsmæssige tidspunkt, dog senest inden for den første uge efter henvisning og opstart af indsatser. Behovet for og tidspunkt for udredningen afklares så vidt muligt med borgerne og eventuelt pårørende.

3.4. FOREBYGGELSE OG REHABILITERING

Forløb i den kommunale sygepleje skal tage afsæt i et forebyggende og rehabiliterende sigte med henblik på at opnå størst mulig livskvalitet og funktionsevne. Det skal være et grundlæggende formål, at sygeplejen understøtter borgernes ressourcer og muligheder for at bevare eller udvikle funktionsevne. Indsatsen skal derfor også differentieres i forhold til den enkeltes borgers kompetencer og ressourcer.

Forebyggelse indgår som en integreret del af den kommunale sygepleje og har til formål at forebygge sygdom, forværring af sygdom, funktionstab, komplikationer og u hensigtsmæssige indlæggelser. Det sker blandt andet gennem tidlig opsporing, løbende observation, fx gennem telemedicinsk hjemmemonitoring, sundhedsfaglig vurdering, rådgivning, opfølgning, og inddragelse af relevante aktører omkring borgeren, fx helhedspleje, civilsamfundet og pårørende.

Den kommunale sygepleje skal i et forløb have systematisk opmærksomhed på borgernes rehabiliteringsbehov- og potentiale. Det indebærer blandt andet opmærksomhed på ændringer i helbredstilstand og funktionsevne, ernæringstilstand, kognitiv funktion, psykisk trivsel, sociale forhold og mestring i hverdagen. Rehabiliteringsbehov kan, fx opstå ved ændringer i borgerens samlede situation, efter indlæggelse, ved nyopstået eller forværret sygdom eller som følge af senfølger efter alvorlig sygdom. Rehabiliterende indsatser i den kommunale sygepleje skal tage afsæt i borgerens ressourcer, mål og samlede livssituation. Rehabiliterende indsatser er en samarbejdsproces mellem borger, eventuelle pårørende og professionelle,

hvorfor eventuelle pårørende skal medtænkes aktivt. Indsatserne indgår som en sammenhængende del af det samlede forløb og ofte i tværfagligt samarbejde med andre relevante aktører, fx helhedsplejen, genoptræning m.fl.

Rehabilitering og palliation har væsentlige faglige overlap og kan i mange forløb tænkes sammen, da begge har til formål at fremme livskvalitet for borgeren²⁴. Palliative indsatser opstartes derfor ofte gradvist og parallelt med sygdomsrettet behandling og rehabilitering efterhånden som borgerens behov udvikler sig. Overgangen mellem rehabiliterende, behandlende og palliative indsatser vil ofte være glidende og koordinering er centralt for at skabe sammenhæng.

3.5. BASAL PALLIATION

Basal palliation skal være en integreret del af den kommunale sygepleje^{25 26}.

Palliative indsatser skal iværksættes systematisk og tidligt for borgere med palliative behov i samarbejde med borgeren, dennes almenmedicinske tilbud samt eventuelle pårørende. Den kommunale sygepleje skal derfor:

- systematisk screene relevante borgere (jf. kapitel 2 - målgruppe for palliative indsatser) for behov for palliation ved hjælp af validerede redskaber.
- løbende vurdere behovet for palliative indsatser hos borgere med identificerede palliative behov ved hjælp af validerede redskaber
- i samarbejde med relevante aktører udarbejde en palliativ plan for den enkelte borger med tydelig koordinering mellem

aktører - særligt almenmedicinske tilbud eller relevant sygehusafdeling

- iværksætte relevante palliative indsatser med fokus på symptomlindring, fx smerte, obstipation, åndenød, kvalme og angst samt psykisk, social og eksistentiel/åndelig støtte.
- arbejde rehabiliterende med udgangspunkt i borgerens samlede situation og ønsker med henblik på at understøtte funktionsevne, selvhjulpethed, deltagelse og livskvalitet trods livstruende sygdom.

Borgere med behov for palliation skal identificeres systematisk og rettidigt, fx med Surprise Question (SQ)²⁷ og redskabet Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT)²⁸ eller SPICT-4all²⁹. Behov skal afdækkes tidligt, løbende og systematisk ved hjælp af validerede redskaber. Borgernes egen vurdering af symptomer og livskvalitet skal altid indgå i behovsvurderingen når dette er muligt, fx ved brug af det nationale spørgeskema PRO til basal palliation også kaldet *"Spørgeskema om Lindring og livskvalitet"*³⁰.

Hvis en borger har palliative behov, skal den kommunale sygepleje løbende tilbyde samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling, fx ved hjælp af metoden Advanced Care Planning (ACP)³¹, på dansk *"Ønsker for Fremtidig Pleje og Behandling"* (FPB)³². Den kommunale sygepleje skal også informere borgere og pårørende om andre relevante palliative tilbud, fx mulighed for plejeorlov eller tilbud i civilsamfundet såsom vågetjenester. Dialog med den enkelte borger og dennes pårørende skal medvirke til, at indsatserne tilpasses den enkeltes situation og behov. Målet er, at både borgere og deres pårørende oplever tryghed og

²⁴ Hvidbog om rehabilitering, Rehabiliteringsforum Danmark, 2022

²⁵ Udmøntningsaftale om Kræftplan V (2026 og frem), Regeringen, Danske Regioner og KL, 2025

²⁶ Et bedre liv med og efter kræft - Kræftplan V | Sundheds- og Kirkeministeriet, 2025

²⁷ Palliation - Klinisk vejledning for almen praksis, DSAM 2024

²⁸ SPICT Programme. *Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT-DK*. Dansk oversættelse, University of St Andrews, 2026

²⁹ SPICT Programme. *Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT-4ALL-DK*. Dansk oversættelse, University of St Andrews, 2023.

³⁰ Palliation - Sundhedsdatastyrelsen (u.å.)

³¹ Anbefalinger for den palliative indsats, Sundhedsstyrelsen, 2017.

³² Neergaard MA, Helledie E, Jørgensen B, Mathiesen H, Nielsen MK. Danish consensus and definition for Advance Care Planning (ACP). *Sygeplejevidenskab.dk - Journal of Nursing Research & Professional Knowledge*. 2024.

værdighed gennem palliative forløb og i den sidste tid. De palliative indsatser skal samlet set bidrage til, at borgere kan modtage palliation i eget hjem og forblive der, så længe de ønsker det.

3.6. OPFØLGNING OG AFSLUTNING

Et forløb eller specifikke sygeplejeindsatser kan afsluttes, når de opstillede mål er nået, når borgeren selv kan varetage indsatsen, eller når der ikke længere er behov for kommunal sygepleje. Et forløb kan også afsluttes eller pauseres, hvis borgeren overgår til et andet tilbud, fx et specialiseret forløb i regionalt regi, ophold på en sundheds- og omsorgsplads eller hvis borgeren frasiger sig indsatsen.

Ved afslutning af et forløb foretages en opfølgning på den sygeplejefaglige udredning og de fastsatte mål. Der foretages samtidig relevant overlevering til øvrige kommunale eller regionale tilbud, hvis borgeren fortsat har behov for indsatser. Den behandlingsansvarlige læge orienteres om afslutningen af forløbet via skriftlig elektronisk kommunikation. Hvis borgernes almenmedicinske klinik har en tovholderfunktion, informeres denne også.

3.7. UDSTYR

Medarbejderne i den kommunale sygepleje skal have adgang til, og kunne betjene, det nødvendige

udstyr til varetagelse af sygeplejefaglige indsatser. Sammenhængende forløb og rettidige indsatser i den kommunale sygepleje forudsætter, at der er nem adgang til relevant udstyr til opstart af behandlingen, også uden for dagstid. Det omfatter bl.a., utensilier og plejehjælpemidler, herunder sygeplejeartikler til at kunne foretage observation, pleje og behandling. Der skal også være det nødvendige udstyr tilgængeligt til at kunne arbejde forebyggende og rehabiliterende. Der skal desuden, fx gennem tværsektoriel organisering og aftaler, være adgang til relevant palliativt udstyr og medicin, fx subkutan lindrende medicin, så livstruende syge og døende borgere kan modtage rettidig og effektiv symptomlindring i eget hjem døgnet rundt.

Der skal foreligge relevante procedurer for kvalitetssikring, drift og vedligeholdelse af udstyr.

Den kommunale sygepleje skal have adgang til at anvende digitale systemer og værktøjer som en integreret del af opgaveløsningen, når det er muligt og fagligt relevant. Digital teknologi kan indgå i et forløb, fx ved at benytte skærm i stedet for fysiske besøg - som en del af telemedicinsk teknologi, samt hvis der er behov for rådgivning og vejledning fra en læge eller akutsygepleje. Digitale værktøjer kan også anvendes til, fx dosisdispensering, medicin håndtering, monitorering, opfølgning og vejledning i forbindelse med behandling samt pleje og omsorg.

4. KOMPETENCER

Krav

Den kommunale sygepleje skal:

- have kompetencer til at varetage grundlæggende sygepleje, herunder observation, vurdering, planlægning, justering, udførelse og evaluering af sygepleje og behandling af borgerne i målgruppen
- have kompetencer til at udføre grundlæggende sygepleje, herunder både hyppigt forekommende og mindre hyppigt forekommende sygeplejefaglige indsatser
- på enhedsniveau have medarbejdere med særlige fagområdespecifikke sygeplejekompetencer inden for palliation, demenspleje, inkontinens samt kompliceret sårpleje.
- have kompetencer i forhold til personcentreret tilgang
- have kompetencer i klinisk lederskab, herunder klinisk beslutningstagning, prioritering og koordinering af sammenhængende borgerforløb
- have kompetencer til at arbejde tværfagligt og tværsektorielt
- have kompetencer til at arbejde forebyggende og rehabiliterende
- have kompetencer til at anvende relevant digitalt udstyr samt oplære borgeren

- skal understøtte, at alle medarbejdere har grundlæggende viden om basal palliation
- have kompetencer til at varetage de specifikke palliative indsatser som fremgår af kapitel 3
- løbende og systematisk vedligeholde og udvikle medarbejdernes kompetencer

Anbefalinger

Den kommunale sygepleje kan:

- have medarbejdere med øvrige fagområdespecifikke kompetencer på baggrund af behov i kommunens population, fx sårbare målgrupper såsom borgere med psykiske problemer eller misbrug
- tilrettelægge kompetenceudvikling på tværs af faggrupper og sektorer

4.1. KOMPETENCER

Kommunalbestyrelsen har ansvar for, at sygeplejen ydes i overensstemmelse med gældende lovgivning. Dertil er kommunalbestyrelsen ansvarlig for, at den kommunale sygepleje ydes af personer med de nødvendige uddannelses- og/eller kompetencemæssige kvalifikationer i forhold til opgaverne. Kompetencer ses som evnen til at omsætte relevant viden, færdigheder, erfaringer og professionelle værdier til fagligt forsvarlig og situationsbestemt handling. De nødvendige kompetencer kan være knyttet til den enkelte medarbejder eller

være tilgængelige i den samlede kommunale sygepleje enhed. Med kompetencer på enhedsniveau forstås at kompetencerne findes hos en eller flere medarbejdere i den samlede kommunale sygepleje.

Indsatserne i den kommunale sygepleje kan varetages af autoriserede sundhedspersoner, herunder særligt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt øvrige relevante faggrupper. Kompetencebehovet skal ses i sammenhæng med indsatsernes og borgerforløbenes kompleksitet.

Den kommunale sygepleje skal være baseret på sygeplejefaglige kompetencer, der modsvarer borgernes behov for grundlæggende sygepleje, herunder både hyppigt og mindre hyppigt forekommende sygeplejeindsatser.

På enhedsniveau skal den kommunale sygepleje besidde kompetencer til at:

- varetage forløb til borgere i målgruppen
- varetage grundlæggende sygepleje og basal palliation
- varetage fagområdespecifik sygepleje
- observere, vurdere, planlægge, udføre og evaluere sygeplejeindsatser
- justere behandlingsplan evt. i samspil med den behandlingsansvarlige læge
- arbejde personcentreret
- varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagning
- koordinere forløb og arbejde tværfagligt og tværsektorielt
- arbejde forebyggende og rehabiliterende
- håndtere digitale systemer og værktøjer
- udvikle kommunal sygepleje

Det er ikke en forudsætning, at alle medarbejdere i den kommunale sygepleje besidder alle ovenstående kompetencer så længe de er tilgængelige i den samlede kommunale sygepleje. Kompetencerne vil variere afhængigt af medarbejdernes uddannelse, erfaring og oplæring. Det centrale er, at den kommunale sygepleje samlet set har de nødvendige kompetencer i forhold til borgernes samlede situation og kan varetage de sygeplejefaglige

indsatser, som borgernes behov medfører. Den kommunale sygepleje skal kunne sikre faglig kvalitet, også ved mere komplekse og uforudsigelige forløb, hvor kompetencer i borgernær sygepleje på enhedsniveau kan indgå.

Den kommunale sygepleje skal have adgang til medarbejdere med særlige fagområdespecifikke sygeplejekompetencer, så de kan yde sygepleje til borgere med palliative behov og/eller behov på baggrund af demens, inkontinens eller komplicerede sår.

Den kommunale sygepleje kan desuden have medarbejdere med øvrige særlige fagområdespecifikke kompetencer på baggrund af behovene i kommunens population, fx viden om sårbare målgrupper; såsom borgere med psykiske problemer, misbrug, sprogbarrierer, sociale-/boligproblemer eller kroniske sygdomme som diabetes og KOL samt ernæring.

Medarbejdere med særlige fagområdespecifikke kompetencer har en vigtig rolle i at understøtte kompetenceudvikling og vidensdeling, så der sikres et generelt kompetenceløft inden for de relevante områder. Særlige målgrupper bør derfor ikke som udgangspunkt overdrages til særlige fagområdespecifikke medarbejdere, hvis det bryder kontinuiteten i borgernes forløb. I stedet bør kendte medarbejdere omkring borgeren have adgang til relevant faglig støtte og viden, når der er behov for det.

Den lokale ledelse har ansvar for en forsvarlig arbejdstilrettelæggelse, herunder at den kommunale sygepleje er bemandet med de nødvendige kompetencer, og at særlig viden og kompetencer om fagområder organiseres ud fra lokale forhold som geografi, opgavevolumen og ressourcer. Uanset organiseringen skal borgernes behov for sygepleje og basal palliation kunne imødekommes.

Kompetencer i klinisk lederskab

Den kommunale sygepleje forudsætter, at der på enhedsniveau er medarbejdere med kompetencer i klinisk lederskab. Kompetencerne omfatter evnen til at foretage sygeplejefaglige helhedsvurderinger, træffe kliniske beslutninger, prioritere og

koordinere indsatser samt sikre sammenhæng og kontinuitet i komplekse borgerforløb. Klinisk lederskab udøves i samarbejde med borgerne, pårørende og eventuelle andre aktører på tværs af kommunale og regionale tilbud.

Forebyggelse og rehabilitering

I den kommunale sygepleje skal der være kompetencer til at arbejde forebyggende og rehabiliterende. Det omfatter kompetencer til at forebygge sygdom og forværring af sygdom, tidlig opsporing af ændringer i borgernes funktionsevne og helbredstilstand samt at vurdere og handle på ændringerne. Rehabiliterende kompetencer omfatter evnen til at arbejde med afsæt i den bio-psyko-soziale model, borgernes egne mål og samlede livssituation. Det indebærer også kompetencer til løbende at følge op på, om indsatserne understøtter borgernes mestring, funktionsevne, selvhjulpenhed og deltagelse i hverdagslivet.

Instrumentelle procedurer

Medarbejdere, der anvender udstyr som led i sygeplejefaglige indsatser, skal have den nødvendige viden, erfaring og kompetencer til at betjene udstyret korrekt og sikkert samt til at vurdere, dokumentere og reagere relevant på måleresultater og observationer.

Digitale kompetencer

I den kommunale sygepleje skal der være færdigheder til at igangsætte, anvende og tilpasse digitale systemer og værktøjer, herunder betjene journalsystemer, videokommunikation, fx skærmbesøg, telemedicinsk teknologi og hjemmemonitorering. Samtidig er der behov for kompetencer til oplæring af borgeren, fx i forbindelse med telemedicinske tilbud.

Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Den kommunale sygepleje skal have kompetencer til at indgå i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, så borgerne så vidt det er muligt, oplever nære, tilgængelige og sammenhængende forløb. Det indebærer, at medarbejderne har viden om den kommunale sygeplejes organisering, opgaver og ansvar og kan agere inden for de organisatoriske og lovgivningsmæssige rammer. Medarbejderne skal desuden have relevant viden om

samarbejdspartneres opgaver og ansvar samt om arbejdsdelingen på tværs af fagligheder og sektorer.

Medarbejdere skal kunne samarbejde med relevante faggrupper, bidrage med egne sygeplejefaglige perspektiver og observationer samt forstå, anvende og formidle viden fra andre fagligheder i egen praksis.

Kompetencerne omfatter også, at medarbejdere, særligt i komplekse forløb, kan koordinere på tværs af fagligheder og sektorer, ofte i samarbejde med almenmedicinske tilbud og helhedsplejen. Dette kan, fx være at have en koordinerende rolle i tværfaglige teams omkring borgeren.

4.2. BASALE PALLIATIVE KOMPETENCER

Alle medarbejdere i den kommunale sygepleje skal have grundlæggende viden og kompetencer inden for palliativ pleje, omsorg og behandling. Kompetencerne skal tilpasses i forhold til den målgruppe der arbejdes med.

På enhedsniveau skal der være kompetencer til:

- tidligt og systematisk at identificere borgere med behov for palliation ved hjælp af validerede redskaber samt at handle på palliative behov og forværring i samarbejde med almenmedicinske tilbud og sygehuse
- at foretage løbende behovsafdækning tilpasset borgernes situation og ønsker ved hjælp af validerede redskaber
- at gennemføre tidlige og løbende samtaler om ønsker til fremtidig pleje og behandling med borgere og evt. pårørende med udgangspunkt i en helhedsorienteret tilgang til fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov
- at varetage grundlæggende symptomlindring, fx basal smertebehandling efter ordination fra den behandlingsansvarlige læge
- at indgå i tværfagligt og tværsektorielt palliativt samarbejde, herunder videregive relevante oplysninger til samarbejdspartnere

- at kommunikere inddragende og respektfuldt om alvorlig sygdom og død med borgere og pårørende

Den kommunale sygepleje skal herudover have medarbejdere med særlig viden og kompetencer inden for palliation, som kan understøtte komplekse forløb, eventuelt i samarbejde med sygehus og specialiserede palliative funktioner.

4.3. KONTINUERLIG OG SYSTEMATISK KOMPETENCEUDVIKLING

I den kommunale sygepleje er der et vedvarende behov for, at tilpasse og udvikle kompetencer, så sygeplejen både nu og i fremtiden kan imødekomme borgernes behov i takt med ændringer i

demografi, sundhedsvæsenets udvikling samt lokale forhold.

Kommunalbestyrelsen skal sikre, at medarbejdere i den kommunale sygepleje kontinuerligt vedligeholder og erhverver sig viden og kompetencer inden for relevante områder af sygeplejen. Kompetenceudvikling skal være systematisk og tilpasses den lokale kontekst og de konkrete behov i personalegruppen. Dette skal ske både i forhold til grundlæggende sygeplejekompetencer og kompetenceudvikling inden for særlige fagområdespecifikke områder, tværfagligt samarbejde, forebyggelse, rehabilitering og palliation. Kompetenceudvikling kan ske både i form af særlige kurser og ved løbende oplæring og kompetenceudvikling i hverdagen. Tilrettelæggelsen af kompetenceudvikling kan med fordel ske på tværs af faggrupper og sektorer.

5. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

Krav

Den kommunale sygepleje skal:

- kunne levere indsatser til borgere i målgruppen hele døgnet
- være telefonisk og digitalt tilgængelig for samarbejdspartnere hele døgnet
- indgå i tværkommunale samarbejder om specifikke indsatser, når dette er nødvendigt for at opretholde de fornødne kompetencer og den faglige kvalitet i opgavevaretagelsen
- have fastlagte arbejdsgange for tværfaglig sparring, koordinering og informationsdeling på tværs af relevante kommunale tilbud
- have tydelige og operationelle samarbejdsaftaler mellem den kommunale sygepleje og relevante regionale aktører, herunder akutsygeplejen
- rettidigt og sikkert udveksle relevante sundhedsoplysninger på tværs af forvaltninger og sektorer
- have organisatoriske rammer der understøtter anvendelse af digitale systemer og værktøjer

Anbefalinger

Den kommunale sygepleje kan:

- tilrettelægges, så sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde kan

anvendes i relevant omfang, hvor det er fagligt og organisatorisk hensigtsmæssigt.

- samarbejde med civilsamfund og lokale fællesskaber
- etablere organisatoriske rammer, der understøtter struktureret vidensdeling og omsætning af ny viden i praksis
- varetage nære regionale sundhedsindsatser, når indsatsen er aftalt og finansieret i en horisontal samarbejdsaftale

5.1. ORGANISERING OG TILGÆNGELIGHED

Kommunalbestyrelsen har myndighedsansvaret for, at der ydes vederlagsfri kommunal sygepleje efter sundhedslovens § 138.

Den kommunale sygepleje skal kunne tilbydes borgere i målgruppen døgnet rundt. Indsatserne er overvejende planlagte. Den kommunale sygepleje forventes også at kunne håndtere ikke-akutte indsatser hos borgere ved forværring af kendt sygdom eller nyopstået sygdom, fx i samarbejde med almenmedicinske tilbud. Det kan, fx være ændringer i borgernes tilstand, herunder forværring af kendt ikke-akut tilstand, observation efter et fald eller behov for en sygeplejefaglig indsats på baggrund af observationer fra helhedsplejen.

Ved akut opstået sygdom eller akut forværring af kendt sygdom, og hvor der er behov for hurtig sygeplejefaglig vurdering og indsats, iværksættes akutsygepleje eller anden relevant regional indsats. Nærmere rammer for organisering er beskrevet i kvalitetsstandarder for akutsygepleje.

Medarbejdere i den kommunale sygepleje skal døgnet rundt være tilgængelig for telefonisk og

digital kontakt med samarbejdspartnere, herunder almenmedicinske tilbud, lægevagt/akuttelefoni, sygehuse, herunder både psykiatriske og somatiske afdelinger, det præhospitale beredskab, akut-sygepleje samt sundheds- og omsorgspladser.

Det er den enkelte kommune, som fastlægger organiseringen af den kommunale sygepleje. Den konkrete tilrettelæggelse skal tage udgangspunkt i lokale forhold som befolkningssammensætning, geografi samt afstande til det øvrige sundhedsvæsen. Sygeplejen kan organiseres i forskellige funktioner, teams eller enheder. Organiseringen skal give mulighed for, at sygeplejeindsatser kan ydes i borgernes hjem, på vente- eller aflastningsplads, på sygeplejeklinik eller virtuelt via skærmbesøg afhængigt af borgernes samlede situation og medarbejdernes faglige vurdering jf. kapitel 3. Organiseringen af den kommunale sygepleje skal desuden understøtte det intrakommunale og tværsektorielle samarbejde, så borgeren så vidst det er muligt oplever nærhed, tilgængelighed og sammenhæng i sit forløb.

Den lokale ledelse har det overordnede ansvar for tilrettelæggelsen af specifikke indsatser, herunder brug af kompetencer samt instruktion og opfølgning ift. opgaveudførelsen, og at der er organisatoriske rammer, som understøtter anvendelse af digitale systemer og værktøjer.

Tilrettelæggelsen af den kommunale sygepleje kan variere på tværs af landet. Kommunalbestyrelsen kan varetage opgaverne i eget regi eller i samarbejde med andre kommuner. Gennem horisontale samarbejdsaftaler kan kommunen indgå aftale med deres tilhørende region om, at regionen som led i en horisontal samarbejdsaftale varetager hele eller dele af driften på vegne af kommunen og omvendt, at kommunen som led i en horisontal samarbejdsaftale varetager en regional opgave på vegne af regionen³³. Der kan endvidere indgås aftaler med private leverandører om udførelse af

opgaver i den kommunale sygepleje. Ansvar for visitation og tildeling af sygepleje kan ikke overdrages til private leverandører. Ved samarbejde med eksterne aktører skal der fastlægges bl.a. rammer for ansvar, kommunikation og informationsdeling - for at sikre sammenhæng og ensartethed i indsatserne.

Sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde

Kommunalbestyrelsen beslutter, hvordan kommunen kan gøre brug af sygeplejerskernes forbeholdte virksomhedsområde^{34 35}. Det anbefales at sygeplejerskernes forbeholdte virksomhedsområde anvendes i relevant omfang, hvor det er fagligt og organisatorisk hensigtsmæssigt. Dette skal bidrage til rettidige indsatser og kontinuitet i borgernes forløb. Det indebærer, at sygeplejersker med afsæt i ledelsens beslutning, anvender deres selvstændige kompetencer til at vurdere, iværksætte og følge op på sygeplejefaglige indsatser inden for deres forbeholdte virksomhedsområde.

Kommunens organisering og arbejdsgange bør understøtte, at sygeplejerskerne kan bringe deres kompetencer i spil. Der skal samtidig være tydelige rammer for, hvornår sygeplejersker kan handle selvstændigt, og hvornår der er behov for lægefaglig vurdering eller ordination. Ledelsen skal sørge for, at opgaver inden for det forbeholdte virksomhedsområde alene varetages af sygeplejersker med de nødvendige faglige kompetencer.

Opgaverne kan, i det omfang reglerne tillader det, delegeres fra en sygeplejerske til en medhjælper. Ved brug af medhjælper skal ledelsen sikre, at medhjælperen har de nødvendige kvalifikationer og modtager relevant instruktion. Den enkelte sygeplejerske har samtidig ansvar for at vurdere, om vedkommende er fagligt

³³ Vejledning om indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler og om anmodninger i det nære sundhedsvæsen, Retsinformation, 2026

³⁴ Bekendtgørelse om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde og orientering af patientens egen eller behandlende læge, Retsinformation, BEK nr. 1557 af 05/12/2025

³⁵ Vejledning om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde, Retsinformation, VEJ nr. 9001 af 20/12/2024

kvalificeret til at varetage den konkrete opgave på eget initiativ og ansvar³⁶.

5.2. FAGLIGT BÆREDYGTIG ORGANISERING

Organiseringen af den kommunale sygepleje skal understøtte faglig bæredygtighed³⁷, så både hyppige og mindre hyppigt forekommende opgaver varetages forsvarligt og med høj kvalitet. I planlægningen af sygeplejen er der en nødvendig balance mellem nærhed i opgaveløsningen og opretholdelse af faglig kvalitet og robusthed. I mindre enheder kan det være vanskeligt at sikre tilstrækkelig faglig tyngde og kontinuitet i varetagelsen af mindre hyppige eller teknisk krævende indsatser. Dette kan nødvendiggøre organisatoriske løsninger som tværgående teams, samarbejde på tværs af kommuner, udgående funktioner eller ressourcpersoner. Det betyder således, at der kan indgås samarbejdsaftaler på tværs af kommuner med henblik på at opnå de rette kompetencer på enhedsniveau, fx særlige fagområdespecifikke kompetencer. Det anbefales desuden at etablere organisatoriske rammer, der understøtter struktureret vidensdeling og omsætning af ny viden i praksis.

5.3. INTRAKOMMUNALT SAMARBEJDE

Mange borgere, som modtager kommunal sygepleje, vil også modtage andre indsatser fra øvrige kommunale forvaltningsområder, herunder særligt helhedspleje. Indenfor kommunens eget myndighedsområde er det kommunalbestyrelsens ansvar, at tilrettelægge gode rammer for samarbejde og koordination omkring borgere, fx gennem tydeliggørelse af roller og ansvar i borgerforløb. Det gælder på tværs af enheder og fagområder, herunder sygepleje, helhedspleje, socialpsykiatri og andre sociale indsatser, genoptræning, sundhedsfremme og forebyggelse m.fl..

Der skal dertil også være rammer for, hvordan der sparres og rådgives på tværs af forvaltninger.

Eksempelvis kan der være fastlagte arbejdsgange for tværfaglig sparring, koordinering og informationsdeling på tværs af relevante kommunale tilbud. Samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og helhedsplejen bør understøttes gennem tydelige rammer for koordinering, vidensdeling og opfølgning på ændringer i borgernes behov og tilstand. Samarbejdet kan blandt andet organiseres i faste, tværfaglige teams omkring borgeren.

Den kommunale sygepleje skal dertil rettidig og sikkert kunne udveksle relevante sundhedsoplysninger på tværs af forvaltninger, når det er relevant og lovgivningen giver mulighed for dette.

Et eksempel kan være, at der er aftaler for samarbejde mellem sygeplejen og socialpsykiatrien, hvor der for borgere med samtidig somatisk psykisk og somatisk sygdom kan være behov for sparring på tværs for at skabe kontinuitet og optimal behandling.

Sammenhæng i borgerforløb kræver - udover nødvendige og klare aftaler - en samarbejdskultur i de udførende enheder. Kommunerne og den lokale ledelse bør derfor prioritere rammer, som understøtter:

- kendskab til forskellige faggruppers roller, kompetencer og ansvarsområder
- fælles forståelse for borgernes samlede situation
- systematisk tværfagligt samarbejde

Den kommunale sygepleje kan, hvor det er relevant, samarbejde med tilbud og aktører i civilsamfundet, som kan supplere de kommunale indsatser og bidrage til støtte, tryghed og sammenhæng i borgernes forløb.

5.4. TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

En stor del af målgruppen modtager samtidig behandling i almenmedicinske tilbud eller i andet

³⁶ Vejledning om sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde, Retsinformation, VEJ nr 9001 af 20/12/2024

³⁷ Faglig bæredygtighed som grundlag for sundhedsplanlægning, Sundhedsstyrelsen, 2024

regionalt regi. Den kommunale sygepleje og relevante samarbejdspartnere, herunder akutsygeplejen og almenmedicinske tilbud, skal have adgang til de sundhedsfaglige oplysninger, der er nødvendige for at varetage, koordinere og følge op på borgernes forløb. Det omfatter blandt andet relevante oplysninger om borgernes tilstand, observationer, behandlingsplan, behov for opfølgning og det lægelige behandlingsansvar. De sundhedsfaglige oplysninger kan deles ved hjælp af besked-kommunikation, eller hvor muligt og hensigtsmæssigt via nationale datadelingsløsninger, herunder Sundhedsjournalen eller lokale datadelingsløsninger. Dette skal ske i overensstemmelse med gældende lovmæssige rammer for deling af oplysninger om borgere.

Der skal derfor være tydelige og operationelle samarbejdsaftaler mellem den kommunale sygepleje og relevante regionale aktører med afsæt i nationalt fastlagte snit, jf. National sundhedsplan, 2027-2020, indeværende kvalitetsstandarder, kvalitetsstandarder for akutsygepleje³⁸ og kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser³⁹. Aftalerne skal beskrive, hvordan information deles rettidigt og sikkert, samt hvordan ansvar og opgaver er fordelt mellem parterne, herunder almenmedicinske tilbud, sygehuse, den akutsygepleje, regional genoptræning, speciallægepraksisser, sundheds- og omsorgspladser samt specialiserede palliative tilbud⁴⁰. Samarbejdsaftalerne skal understøtte sammenhængende borgerforløb, koordination af indsatser på tværs af sektorer samt mulighed for faglig sparring mellem parterne. Derudover bør samarbejdsaftalerne understøtte, at flest mulige egnede borgere får mulighed for dosidspenseret medicin.

Den kommunale sygepleje bør have aftaler, der fastlægger adgang til rettidig rådgivning fra almenmedicinske tilbud eller lægevagt/akuttelefoni

mv. uden for åbningstid samt relevante regionale funktioner som sygehuse og akutsygepleje.

Det tværsektorielle samarbejde kan, i det omfang det lovgivningsmæssigt og teknisk er muligt, understøttes af digitale værktøjer som videokonsultationer, deling af relevante oplysninger, telemedicinsk teknologi og beslutningsstøtteværktøjer mv, der bidrager til sammenhæng og tryghed i overgange for borgerne.

Særlige fokusområder i forhold til tværsektorielt samarbejde udfoldes i de følgende underafsnit.

Samarbejde med behandlingsansvarlig læge

Det lægelige behandlingsansvar ligger hos den læge, der har henvist borgerne til den kommunale sygepleje, indtil det eventuelt overdrages. Behandlingsansvaret indebærer det lægefaglige ansvar for behandlingen i den kommunale sygepleje, herunder at understøtte koordination i forhold til borgernes øvrige sundhedsfaglige behandling. Der må ikke være tvivl om, hvilken læge der har behandlingsansvaret for de konkrete borgere i de konkrete situationer.

Efter udskrivelse har sygehuset et 96 timers behandlingsansvar ved udskrivelse til kommunal sygepleje. Dette gælder for både somatiske og psykiatriske sygehuse⁴¹. Målgrupper og de nærmere rammer er defineret i lokale aftaler. Fra 1. januar 2027 gælder 96 timers behandlingsansvar også for nogle patienter, som blot har haft et ophold på en akutmodtagelse.

Samarbejde med akutsygeplejen

Akutsygeplejen skal yde telefonisk eller virtuel rådgivning og faglig sparring til den kommunale sygepleje om konkrete borgere. Akutsygeplejen skal desuden rådgive om generelle sygeplejefaglige problemstillinger med relevans for den

³⁸ Kvalitetsstandarder for akutsygepleje

³⁹ [Kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser, Sundhedsstyrelsen, 2026](#)

⁴⁰ Digital Sundhed Danmark har igangsat et arbejde om, hvordan man på længere sigt kan undersøgte datadeling på de områder, hvor myndigheds- og finansieringsansvaret flytter fra kommuner til regioner. Digital Sundhed Danmark vil give anbefalinger herom i december 2026.

⁴¹ Patienter, der efter indlæggelse på psykiatrisk afdeling udskrives uden behov for kommunal sygepleje til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, vil også være en del af målgruppen jf. [Rammeaftale for det udvidet 96 timers behandlingsansvar til psykiatrien, 2026](#). Dette behandlingsansvar træder i kraft, når lokale aftaler er indgået fx i sundhedsrådene.

kommunale sygeplejes opgavevaretagelse. Rådgivningen om konkrete borgere skal efter behov kunne omfatte vurdering af ændringer i borgernes tilstand, relevante observationer og tiltag, sparring om udførelse og håndtering af konkret instrumentel sygepleje samt behov for inddragelse af andre sundhedsfaglige aktører. Rådgivningen skal så vidt muligt bidrage til, at den kommunale sygepleje kan varetage det videre forløb. I tilfælde, hvor den faglige sparring peger på behov for yderligere bistand fra akutsygeplejen, kan næste skridt være en klinisk sygeplejefaglig vurdering i borgerens hjem eller bistand til udførelse af konkret instrumentel sygepleje.

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

Akutsygeplejen skal, inden for få timer, kunne foretage kliniske sygeplejefaglige vurderinger i borgernes hjem ved akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom. Den kliniske sygeplejefaglige vurdering kan ske som bistand til den kommunale sygepleje, når den kommunale sygepleje har behov for en supplerende sygeplejefaglig vurdering. Akutsygeplejen overtager som udgangspunkt ikke patientforløbet i forbindelse med den kliniske sygeplejefaglige vurdering, men yder bistand, mens det fortsatte forløb varetages af den kommunale sygepleje. Når vurderingen foretages på foranledning af den kommunale sygepleje, varetager akutsygeplejen kontakten til den

behandlingsansvarlige læge om relevante lægelige ordinationer, herunder diagnostiske undersøgelser, observationsbehov og behandlingsplan. Der skal være klarhed om ansvaret for de enkelte indsatser, herunder det lægelige behandlingsansvar.

Hvis den kliniske sygeplejefaglige vurdering viser behov for yderligere observation, pleje eller behandling fra akutsygeplejen, kan akutsygeplejen varetage en tidsafgrænset indsats af kortere varighed, typisk ikke længere end få dage, med henblik på at forebygge forværring af sygdom eller behov for sygehusindlæggelse. I nogle tilfælde kan en indsats vare længere, hvis borgernes tilstand og behov for akutsygepleje tilsiger det. Den konkrete varighed beror på en individuel vurdering af borgerens behov, herunder behov for sammenhæng i forløbet.

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

Samarbejde med det specialiserede palliative niveau

For borgere med komplekse palliative behov er det væsentligt, at der er mulighed for sparring mellem den kommunale sygepleje, som leverer basal palliation og, fx specialiserede palliative enheder, døgndækkede palliative rådgivningsfunktioner eller medicinske afdelinger i regionalt regi⁴². Derudover kan der være behov for rådgivning og vejledning fra akutsygeplejen ved akut opståede behov.

⁴² I forhold til henvisning til specialiseret palliation, se da visitationsretningslinje til specialiseret palliation for voksne, udgives ultimo 2026

6. KVALITETSUDVIKLING

Krav

Den kommunale sygepleje skal:

- udføre løbende kvalitetsudvikling og forbedringstiltag med relevant inddragelse af sundhedsfaglige, brugeroplevede og organisatoriske perspektiv
- arbejde med dataunderstøttet kvalitetsudvikling, hvor relevant
- etablere organisatoriske rammer, der understøtter kvalitetsudvikling, forbedringstiltag, løbende læring og refleksion
- [systematisk indberette data, som tilvejebringer de nødvendige oplysninger vedrørende palliative indsatser i kommunen mhp. national monitorering]

Anbefalinger

Den kommunale sygepleje kan:

- anvende forbedringsmodellen til kvalitets- og forbedringsarbejde
- hvor muligt, anvende rutineopsamlede data i arbejdet med kvalitetsudvikling
- samarbejde med akutsygeplejen, almenmedicinske tilbud, sygehuse og andre regionale og kommunale tilbud, professionshøjskoler og universiteter om kvalitetsudvikling, fx i regi af sundhedsrådene

6.1. KVALITETSUDVIKLING OG MONITORERING

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for løbende at arbejde med kvalitetsudvikling og forbedringstiltag i den kommunale sygepleje. Dette forudsætter, at der følges op på indsatser og forløb, og at der er en kultur for løbende læring og refleksion over og i praksis⁴³.

Kvalitetsudvikling skal være dataunderstøttet, hvor dette er relevant, og baseret på standardiserede og systematisk indsamlede data både lokalt i den enkelte enhed og på kommunalt niveau. Kvalitetsarbejdet skal rumme både det sundhedsfaglige, organisatoriske og brugeroplevede perspektiv, hvor perspektiverne er relevante. Involvering af brugerperspektivet kan, fx ske via interviews og brugerråd.

Som led i den nationale monitorering skal kommunalbestyrelsen indberette data om kommunal sygepleje til Digital Sundhed Danmark. Oplysningerne indberettes i henhold til den til enhver tid gældende vejledning om indberetning af data. Data samles i KPOS-registret⁴⁴ og indeholder oplysninger baseret på Fælles Sprog III om borgerens tilstande, indsatser, kontakter og opfølgning på indsatser⁴⁵.

[Dertil skal kommunerne som noget nyt systematisk indberette data om basal palliation med henblik på at understøtte national monitorering, opfølgning og kvalitetsudvikling af området. Det følger af udmøntningsaftalen mellem regeringen, KL og Danske Regioner om Kræftplan V, at der igangsættes et udviklingsprojekt i regi af Sundhedsdatastyrelsen med inddragelse af relevante aktører med henblik på at styrke og sikre tilstrækkelige data på det palliative område, herunder med fokus på at etablere data til at følge de basale palliative

⁴³ Læringskapacitet i hjemme og sygeplejen, Vive, 2024

⁴⁴ KPOS står for Kommunal Pleje, Omsorg og Sygepleje – se mere her: Sundhedsdatastyrelsen

⁴⁵ Bekendtgørelse om indberetning af data om kommunale sundhedsindsatser fra kommunalbestyrelser til Sundhedsdatastyrelsen, Retsinformation, 2026

indsatser. De nærmere rammer for indberetningen skal ses i sammenhæng hermed. Fokus vil være på at begrænse arbejdet til det mest nødvendige for at kunne identificere den basale palliative indsats i kommunerne og minimere den administrative byrde⁴⁶.]

6.2. RAMMER FOR KVALITETS-UDVIKLING

Ledelsen skal etablere organisatoriske rammer, som understøtter kvalitetsudvikling - herunder at rutineopsamlede data anvendes hvor muligt - samt iværksættes forbedringstiltag. Dette forudsætter samarbejde på tværs og involvering af relevante samarbejdspartnere. Arbejdet kan, fx understøttes ved anvendelse af forbedringsmodellen⁴⁷, som fordrer en struktureret tilgang til kvalitets- og forbedringsarbejde. Anvendelsen af forbedringsmodellen understøtter også en praksisnær og dataunderstøttet tilgang, hvor både kvantitative og kvalitative data inddrages, fx fra dokumentation,

borgeroplevelser og faglige vurderinger. Det kan med fordel også kombineres med, fx audit, feedbackmøder og systematisk erfaringsopsamling med henblik på løbende udvikling af kvaliteten.

Det anbefales, at den kommunale sygepleje indgår i faste samarbejder med almenmedicinske tilbud, sygehuse eventuelt andre relevante tilbud om at dele og anvende viden om de sundhedsfaglige indsatser på tværs af praksis, fx i regi af sundhedsrådene, hvor data, resultater og forbedringsinitiativer drøftes og følges op.

For læring og udviklingens skyld, anbefales det, at samarbejde med professionshøjskoler og universiteter om kvalitetsudviklings- eller forskningsprojekter.

Opstartes forskningsprojekter og kvalitetsprojekter i relation til indførelse af nye behandlinger, skal man være opmærksom på at følge "*Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet*"⁴⁸.

⁴⁶ Udmøntningsaftale om Kræftplan V (2026 og frem), Regeringen, Danske Regioner og KL, 2025

⁴⁷ Kvalitet og systematik | Videnscenter for ældrepleje, Sundhedsstyrelsen 2025

⁴⁸ Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet, Retsinformation, 2026 – Under revidering så der kommer en ny version i slut 2026

BILAG 1. BEGREBER

Kommunal sygepleje

Kommunal sygepleje anvendes som samlet begreb for den sygepleje, som foregår i kommunalt regi efter sundhedslovens § 138. Det omfatter blandt andet sygepleje på sygeplejeklinikker, i borgernes eget hjem, herunder på plejehjem- og centre, botilbud samt på vente- og aflastningspladser – også når ydelserne leveres af private leverandører. Kommunal sygepleje varetages af forskellige faggrupper afhængigt af opgavens karakter, kompetencebehov og lokal organisering⁴⁹.

Forebyggelse

I kvalitetsstandarderne anvendes Sundhedsstyrelsens definition af forebyggelse:

Forebyggelse forstås som sundhedsrelaterede indsatser, der har til formål at forhindre opståen, udvikling eller forværring af sygdom, funktionstab, komplikationer, psykosociale problemer eller ulykker⁵⁰. I den kommunale sygepleje kan forebyggelse blandt andet omfatte tidlig opsporing, rådgivning og indsatser, der understøtter borgerens sundhed og funktionsevne.

Rehabilitering

I kvalitetsstandarderne anvendes Hvidbog om rehabiliterings definition af rehabilitering:

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter⁵¹. I den kommunale sygepleje kan rehabilitering indgå som en del af pleje- og behandlingsforløb, hvor sygeplejefaglige indsatser understøtter borgerens funktionsevne, mestring og mulighed for at deltage i hverdagslivet.

Palliation

I kvalitetsstandarderne anvendes WHO's definition af palliativ indsats:

Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter/borgere og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art.

Den basale palliative indsats er målrettet mennesker med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder og kan indgå integreret i den øvrige pleje og behandling. Basal palliativ indsats ydes af fagpersoner i de dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave, herunder i den kommunale sygepleje, på sygehusafdelinger, i almenmedicinske tilbud og i den øvrige praksissektor⁵². Den kommunale sygepleje varetager som udgangspunkt basal palliation som en integreret del af den

⁴⁹ Ny bekendtgørelse for kommunal sygepleje, Retsinformation, *udgives ultimo 2026*

⁵⁰ Terminologi, Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed, Sundhedsstyrelsen 2005

⁵¹ Hvidbog om rehabilitering, Rehabiliteringsforum Danmark, 2022

⁵² Anbefalinger for den palliative indsats, Sundhedsstyrelsen, 2017.

samlede pleje og behandling, ofte i samarbejde med almenmedicinske tilbud og sygehus. Ved komplekse palliative behov kan specialiserede regionale palliative tilbud, fx palliative teams, palliative afdelinger eller hospice, inddrages gennem rådgivning, sparring eller fælles indsats.

HØRINGSUDKAST

BILAG 2. CASES

EKSEMPLER PÅ BORGERE I MÅLGRUPPEN

Nedenfor følger beskrivelser af eksempler på borgere, der indgår i målgruppen for kommunal sygepleje og basal palliation. Eksemplerne er ikke udtømmende.

Ældre borger der modtager helhedspleje

En 86-årig borger med KOL og hjertesvigt, der modtager hjælp og pleje i form af helhedspleje efter ældreloven grundet nedsat funktionsevne, og som har behov for kommunal sygepleje til medicinhåndtering, observation og lindring af symptomer.

Borger der udskrives fra hospital

En 72-årig borger, der udskrives fra hospital efter behandling for lungebetændelse. Borgeren er fortsat svækket og har behov for kommunal sygepleje til observation af helbredstilstand, støtte til medicinadministration i en midlertidig periode, samtidig med at borgeren modtager helhedspleje efter ældreloven og genoptræning efter sygehusindlæggelse efter sundhedsloven.

Borger, der bor i et botilbud og som har behov for kommunal sygepleje

En 27-årig borger med en psykisk sygdom, der bor i et socialpsykiatrisk botilbud. Borgeren har samtidig et sår og har behov for kommunal sygepleje til medicinhåndtering samt observation og pleje af såret.

Yngre borger med psykisk sygdom og rusmiddelafhængighed

En 45-årig borger med en svær psykisk sygdom og langvarig rusmiddelafhængighed, som bor i egen bolig. Borgeren har nedsat evne til at tage vare på egenomsorg og har behov for kommunal sygepleje til støtte i medicinhåndtering, observation af helbredstilstand samt opfølgning på somatiske problemstillinger i samarbejde med andre relevante indsatser.

Døende borger

En 56-årig borger med fremskreden kræftsygdom, der bor i eget hjem og er i den sidste fase af livet. Borgeren har behov for basal palliation til lindring af smerter og andre symptomer, observation af tilstanden samt støtte til borgeren og dennes pårørende i den terminale fase.

EKSEMPLER PÅ BORGERE, DER IKKE INDGÅR I MÅLGRUPPEN

Nedenfor følger beskrivelser af eksempler på borgere, der ikke indgår i målgruppen for kommunal sygepleje eller som i den konkrete situation har behov for andre indsatser. Eksemplerne er ikke udtømmende.

Ældre borger med behov for hjælp og støtte i hverdagen

En 85-årig borger med nedsat funktionsevne og behov for hjælp og støtte i hverdagen. Borgeren har ikke behov for en sygeplejefaglig indsats, men modtager hjælp og støtte i form af helhedspleje efter ældreloven.

Borgere med behov for akut pleje og behandling

En 78-årig borger med akut opståede brystsmarter og påvirket almentilstand i eget hjem. Borgeren har behov for akut og specialiseret vurdering og behandling, som varetages af det regionale præhospitale område og ikke af den kommunale sygepleje.

En 82-årig borger med KOL, kendt af den kommunale sygepleje og helhedsplejen, får forværring af vejrtræningsproblemer og påvirket funktionsniveau, som for at undgå indlæggelse kræver observation og hurtig behandling fra akutsygeplejen eller det præhospitale område. Når borgerens tilstand med den akutte indsats er stabiliseret, overgår borgeren igen til den kommunale sygepleje.

Borger med psykisk lidelse med behov for psykiatrisk behandling

En 40-årig borger med skizofreni er tilknyttet den regionale psykiatri og modtager ambulant behandling. Borgeren har ikke somatiske problemstillinger, der kræver kommunal sygepleje, men har behov for fortsat psykiatrisk behandling og social støtte.

Sundhed for alle ♥ + ●